

Regina Celia Lucizani Müller

**A HISTÓRIA FAMILIAR E A
OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA:
UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO
COM ADOLESCENTES OBESOS**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Pediatria

Orientadora: *Profa. Dra. Maria Ignez Saito*

Co-orientadora: *Profa. Dra. Maria Marta M. Battistoni*

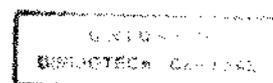
Campinas, 1999



UNICAMP

Faculdade de Ciências Médicas

95 16654



UNIDADE	BC
N.º DE REGISTRO	
N.º DE CLASSIFICAÇÃO	
N.º DE ACQUISIÇÃO	
N.º DE COTAÇÃO	
N.º DE ARQUIVAMENTO	
N.º DE CLASSIFICAÇÃO	38675
N.º DE REGISTRO	229/99
N.º DE ACQUISIÇÃO	
N.º DE COTAÇÃO	
N.º DE ARQUIVAMENTO	
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	04/09/99
N.º CPD	

CM-00134274-4

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

M917h

Müller, Regina Celia Lucizani

A história familiar e a obesidade na adolescência : um estudo clínico-qualitativo com adolescentes obesos / Regina Celia Lucizani Müller.
Campinas, SP : [s.n.], 1999.

Orientadores: Maria Ignez Saito, Maria Marta de Magalhães Battistoni

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Obesidade. 2. Adolescentes. 3. Família. 4. Aspectos psicossociais. I. Maria Ignez Saito. II. Maria Marta de Magalhães Battistoni. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca Examinadora da Tese de Doutorado

Orientador(a): Prof.^a. Dr.^a. Maria Ignês Saito

Membros:

1. Prof.^a. Dr.^a. Maria Ignês Saito

2. Prof.^a. Dr.^a. Maria Helena D'Aquino Benício

3. Prof.^a. Dr.^a. Dayse Maria Borges Keiralla

4. Prof.^a. Dr.^a. Tamara Beres Goldeberg

5. Prof. Dr. José Martins Filho

Curso de pós-graduação em Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 22/6/99

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

Elisabeth Kübler-Ross

*Aos meus pais,
ao Harald,
e aos meus filhos
Mariana e Gustavo*

AGRADECIMENTOS

Aos adolescentes e pais entrevistados, que me deram a oportunidade de aprender.

À Prof. Dr^a. Maria Ignez Saito, pelo incentivo e valiosa orientação que foram muito importantes para que este trabalho se efetuassem.

À Prof^a. Dr^a. Maria Marta de Magalhães Battistoni que, com sua amizade e competência, muito me ajudou com as valiosas sugestões e discussões sobre este trabalho.

À Miriam Franzoloso Santos Martins e ao José Luis Tatagiba Lamas, com os quais trabalho há muitos anos e que têm me apoiado em todos os momentos.

Agradeço também aos profissionais que participam dos Grupos de Obesos, Ana Cláudia Surge Mondini, Marlene Borelli, Mirian Antunes, especialmente à Dr^a. Inês Maria Crespo Gutierrez Pardo, pela dedicação aos pacientes e cooperação no andamento dos ambulatórios.

À Marcela Knox da Veiga, hoje longe da equipe, mas presente com sua amizade.

Ao Prof. Dr. José Martins Filho, por sua solidariedade, quando reitor desta universidade, durante os momentos difíceis que passei.

Ao Prof. Dr. Paulo Eduardo Rodrigues da Silva, sempre pronto a me apoiar nestes momentos.

Aos meus colegas do Ambulatório de Pediatria pela solidariedade.

Ao Dr. Patrick Boland por sua grande competência técnica e humana.

Ao Dr. Frederico Costa pela atenção, presença constante e dedicação.

A Humberto Menezes Júnior, por ajudar-me a compreender-me.

Ao meu marido Harald Roberto Müller, por seu companherismo e inestimável ajuda em todos os momentos, em especial pela preciosa ajuda na editoração deste trabalho.

Aos meus amigos, pela amizade e companhia nas horas incertas.

À minha família constituída, de origem e agregada. Aos meus filhos, pelo amor.

In memoriam, ao Jarbas, pela inesquecível amizade e à Agnes, exemplo de como mulheres podem ser firmes sem perder a ternura.

Sumário

SUMÁRIO

RESUMO	i
ABSTRACT	iii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Conceituação e definição da obesidade	1
1.2 Epidemiologia	4
1.3 Etiologia e fatores de risco	7
1.3.1 Fatores genéticos	7
1.3.2 Fatores metabólicos	9
1.3.3 Fatores ambientais	10
1.4 Comportamento alimentar	13
1.5 O processo da adolescência e suas implicações no hábito de comer	16
1.5.1 Desenvolvimento do tecido adiposo na puberdade	17
1.5.2 Desenvolvimento psicossocial do adolescente	19
1.6 Complicações	22
1.7 Insucessos no tratamento e proposta de abordagem	23
1.7.1 A importância das relações familiares	24
1.7.2 Compreensão da obesidade sobre o enfoque psicodinâmico	28
2 OBJETIVOS	37
2.1 Objetivo geral	37
2.2 Objetivos específicos	37
3 METODOLOGIA	38
3.1 Notas introdutórias	38
3.2 A escolha do método	39
3.3 A técnica da entrevista semi-estruturada de questões abertas	41

3.4	Procedimentos para a entrevista	44
3.4.1	Instrumento	44
3.4.2	Seleção dos sujeitos da pesquisa	45
3.4.2.1	Tamanho da amostra	45
3.4.2.2	Critérios gerais de Seleção para o grupo de estudo	46
3.4.3.3	Critérios de exclusão	47
3.4.3	Enquadre das entrevistas e definição do <i>setting</i>	47
3.5	Análise dos dados: tratamento e a apresentação dos dados obtidos	48
3.5.1	Conceituação de Análise de Conteúdo	47
3.5.2	Organização da análise	49
3.5.3	Confiabilidade e validação dos dados	50
3.5.4	Categorização	51
3.5.5	Apresentação dos dados	52
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
4.1	Dados médico-sociais dos adolescentes entrevistados	53
4.2	Aspectos relevantes da Análise das entrevistas	67
4.3	Discussão	92
4.3.1	História familiar da obesidade do adolescente	92
4.3.2	A importância da relação mãe-bebê, do processo de individuação e da função paterna na estruturação do sujeito e suas implicações na obesidade	99
4.3.3	Sentimentos e concepções em relação a obesidade	109
4.3.4	A demanda do adolescente e família	117
5	CONCLUSÕES	124
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
7	ANEXOS	140

Resumo

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo estudar os aspectos da história familiar do adolescente obeso através da pesquisa qualitativa, tendo em vista maior compreensão dos fatores desencadeantes e mantenedores da obesidade, propondo-se ampliar a abordagem deste distúrbio alimentar. Para isto usou-se os parâmetros do método clínico-qualitativo e o instrumento da pesquisa foi a entrevista semi-estruturada. Foram entrevistados quatorze adolescentes pertencentes a doze famílias. O tratamento dos dados foi realizado seguindo-se os conceitos da Análise de Conteúdo. Foram definidas quatro categorias temáticas o que permitiu a análise e a discussão dos seguintes itens: 1) A história familiar do adolescente obeso; 2) A importância da relação mãe-bebê, do processo de individuação e da função paterna na estruturação do sujeito e suas implicações na obesidade; 3) Sentimentos e concepções em relação à obesidade; 4) Demanda do paciente e família (expectativa em relação ao tratamento, motivo de procura). Os resultados evidenciaram que, embora o componente genético estivesse presente, havia relevante interação de fatores ambientais, ressaltando-se os psicossociais. Entre estes encontrou-se: a existência de conflitos individuais e interpessoais não resolvidos no sistema familiar; a existência de dificuldades na relação mãe-bebê, desde o período da gravidez, que pode ter contribuído para o desenvolvimento de um padrão de interação relacionado com o hábito alimentar adquirido na infância e mantido até a adolescência; problemas com a figura paterna que, em muitos casos, apresentava conflito de ordem afetiva e era vista na família como figura fraca e submissa ou agressiva; com problemas de alcoolismo; baixa auto-estima e culpa no casal parental; dificuldade de algumas mães com a sua sexualidade, o que afetava o relacionamento do casal. Os adolescentes mostraram sentimentos de solidão, ansiedade, depressão e frustração que, segundo o relato dos pais, já existiam na infância mas foram fortalecidos na adolescência; apresentavam-se inseguros, dependentes, com problemas de auto-estima e na esfera da sexualidade, sendo percebido, em alguns deles, o uso que faziam do alimento como substituto do afeto ou como conforto emocional. Foi verificado que a procura do tratamento baseou-se em demanda externa, sendo buscadas soluções imediatas e mágicas para resolução do problema. As entrevistas mostraram que os adolescentes tinham conhecimento sobre o que os faz engordar e até noções sobre o tratamento e as

complicações da obesidade, mas isto não tinha sido suficiente para o emagrecimento. As conclusões deste estudo enfatizam não só os achados acima, mas também a importância do uso de métodos qualitativos quando o objeto do estudo é a compreensão de aspectos do relacionamento humano. Propõe-se uma abordagem do adolescente obeso, centrada na relação médico-adolescente-família, que faz o adolescente sujeito de sua história e não, objeto de sua obesidade. Esta hipótese de trabalho pode ser realmente ampliada através de estudos baseados na pesquisa qualitativa.

Abstract

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess the aspects of the obese adolescent's family history as a means for understanding the factors that set off and maintain obesity in and to provide an additional approach for dealing with this eating disorder. A qualitative clinical approach based on semi-structured interview was used. Fourteen adolescents from 12 families were interviewed. The results were classified into four thematic categories, as follows: 1) the adolescent's family history, 2) the importance of the mother-child relationship, the process of individuation, the paternal role in building the individual's structure and its implications for obesity, 3) feelings and concepts about obesity and 4) the patient's and the family's reasons for deciding on treatment and their expectations. Although the presence of the genetic factor, there was an important contribution of environmental factors, outstanding the psychosocial factors like unresolved individual and interpersonal family conflicts, difficulties in the mother-child relationship which contributed to the developing of an interaction pattern related with eating habits in childhood that were maintained during adolescence, problems with the father figure who, in many cases, demonstrated affective conflicts (often seen as a weak, submissive figure or aggressive), alcoholism problems, low self-esteem for which the parents were blamed and the difficulty of some mothers in dealing with her own sexuality and the effects of this on the couple's relationship. The adolescents presented feelings of solitude, anxiety, depression and frustration, which, according to the parents, existed during childhood but increased during adolescence. They demonstrated insecurity, dependence, self-esteem and sexuality difficulties, and some of them showed the need to use food as a substitute for affection and emotional comfort. The desire for treatment represented an external demand for quick and magical methods of solving these problems. During the interviews, the adolescents revealed that they knew what caused an increase in weight and even had an idea of treatment and the complications of obesity, but this was not enough to stimulate them to try to lose weight. The conclusions of this study emphasized these findings and also confirmed the usefulness of qualitative methods for studying human relationship. It proposes the approach to obese adolescent centered in the physician-adolescent-family relation, making the adolescent as the subject of his own story and not the object of his obesity. This hypothesis can be widely amplified by using qualitative research methods.

Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1 Conceituação e definição da obesidade

A obesidade é considerada uma síndrome multifatorial na qual a genética, o metabolismo e o ambiente interagem, assumindo diferentes quadros clínicos, nas diversas realidades sócio-econômicas. Atualmente, é considerada uma condição de elevada prevalência, que suscita a atenção do clínico, do pesquisador, assim como dos que trabalham na área social e sanitária.

A obesidade tem sido, nesta última década, um importante campo de estudo, particularmente na infância e adolescência. O tratamento da obesidade constitui um desafio para o médico, e o seu manuseio solicita um profissional que tenha várias competências. Entre elas uma abordagem holística da medicina, inclusive quanto aos conhecimentos da medicina psicossomática.

Segundo GROSS et al. (1984), a obesidade é essencialmente representada pelo aumento dos triglicérides do tecido adiposo branco. Corresponde, portanto, a um excesso de tecido gorduroso corporal, que se distribui de forma regular.

O termo obesidade vem do latim "ob edere", que quer dizer comer em excesso (NOTARBARTOLO, 1996).

O termo obesidade simples, ou primária, ou exógena ou por ingestão calórica, tem sido empregado para identificar aquela obesidade que não apresenta causa orgânica em sua etiologia e, também, para diferenciá-la da obesidade endógena que está, primariamente, associada a distúrbios endócrinos, síndromes genéticas e outros, como patologias de sistema nervoso, inclusive os tumores hipotalâmicos.

A obesidade exógena ou nutricional reflete um excesso de gordura decorrente do balanço positivo de energia entre a ingestão e o gasto calórico, corresponde a 95% dos casos de obesidade; os restantes (5%) são os obesos endógenos (HALPERN, 1986).

A obesidade por ingestão calórica vem sendo cada vez mais estudada. Encontra-se na literatura numerosos estudos genéticos, que demonstram uma base de hereditariedade, embora, até os dias atuais, ela não esteja totalmente compreendida. Nestes últimos anos também foram realizadas pesquisas cada vez mais avançadas, demonstrando a secreção de alguns neuropeptídeos implicados com a regulação da saciedade, além dos estudos das alterações metabólicas relacionadas com gasto calórico, termogênese e metabolismo basal.

Este tipo de obesidade é considerado um problema crônico e crescente, para o qual a pesquisa de novas idéias sobre sua base biológica oferece esperança para soluções efetivas. A definição de obesidade como um aumento de massa corporal, e não só um aumento de peso, trouxe uma profunda influência no seu entendimento e tratamento. Em princípio, o aumento de peso é determinado pelo balanço entre energia perdida e energia ingerida, mas isto não explica todos os casos de obesidade.

Para RIVA & SCAGLIONE (1996), a obesidade pode ser definida como um excesso de tecido adiposo, em grau tal, que pode levar a um aumento significativo de risco para a saúde. Este risco estaria mais relacionado com a distribuição do tecido gorduroso corporal, com as alterações metabólicas decorrentes da perda, ou mesmo com o posterior ganho de peso e com o chamado efeito *yo-yo*.

Composição Corporal e Métodos de Avaliação

A obesidade, entendida como um aumento do tecido gorduroso, passou a ser diagnosticada e estudada não tanto em função do peso, mas sim em relação à massa de gordura.

Vários estudos, no entanto, ainda usam o peso corporal para o diagnóstico da obesidade. O ponto de demarcação entre peso normal e obesidade só pode ser definido quando adotado o critério que utiliza como normal uma população de referência (TANNER, 1962; TANNER, WHITEHOUSE & TAKAISHI, 1966; MARQUES et al., 1982)

Atualmente, enfatiza-se os métodos que medem a massa magra ou a massa de

gordura, direta ou indiretamente.

Os métodos diretos são: a bioimpedância, a gordura marcada com radioisótopo, a tomografia computadorizada, a densitometria, a ressonância magnética, mas são pouco usados na prática.

Entre os métodos indiretos, o denominado índice de massa corpórea (IMC) ou índice de Quetelet, definido por peso (Kg) pela altura elevada à segunda potência (m^2), é o mais usado na prática, embora defina a massa corporal total e não a massa de gordura. Valores do IMC (kg/m^2) menores que 25 indicam ausência de obesidade, de 25 a 30 indicam excesso ponderal ou sobrepeso, valores acima de 30, obesidade, e acima de 40, obesidade mórbida (HALPERN & MANCINI 1990).

Na adolescência, é preconizado o uso do índice de massa corpórea (IMC) por idade como o melhor indicador do estado nutricional, pois tem a informação para a idade e foi validado como um indicador da gordura corporal total nos percentis superiores e deverá ser analisado segundo as tabelas de percentis publicadas (WHO, 1995). É indicado também para a avaliação de adolescentes considerados de risco para a obesidade. Os adolescentes com IMC igual ou acima do percentil 85 são considerados como sobrepeso, sendo considerados obesos com IMC igual ou acima do percentil 95. Como o IMC é uma medida não exata da massa de gordura total, o termo obesidade é melhor empregado quando existe alto grau de gordura subcutânea. Esta é dada pela espessura das pregas cutâneas tricípitas e subescapulares (WHO, 1995). Assim temos para o diagnóstico de obesidade:

- índice de massa corpórea (IMC): \geq percentil 85 e
- prega tricípital $>$ percentil 90 e/ou
- pregas subescapular $>$ percentil 90 ou,
- índice de massa corpórea (IMC): \geq percentil 95

Há autores que valorizam mais a avaliação clínica e o uso dos métodos combinados para o diagnóstico de obesidade (SAITO, 1987; HALPERN & MANCINI, 1990)

1.2 Epidemiologia

A obesidade exógena é das patologias nutricionais a que mais tem apresentado aumento da prevalência, não apenas nos países desenvolvidos, mas também nos países onde a desnutrição continua como o maior problema nutricional.

A obesidade é relativamente comum em sociedades industrializadas. Alcançou proporções epidêmicas nos Estados Unidos, afetando entre 20% a 27% das crianças e adolescentes e 33% dos adultos. É causa de 300.000 mortes por ano e de grande morbidade, perda de dias de trabalho e várias disfunções. A incidência da obesidade na infância e na adolescência cresceu pelo menos 50% desde 1976 (SHONFELD-WARDEN & WARDEN, 1997). As prevalências variam de 10% a 20%, na maioria dos países europeus. Entre as mulheres afro-americanas e, também, entre a população feminina do leste europeu e dos países do Mediterrâneo, a prevalência da obesidade pode alcançar 40% (MONDINI, 1996).

Nos países desenvolvidos, levantamentos epidemiológicos representativos mostram aumento da obesidade em mulheres e homens. As dietas com alto valor energético e o estilo de vida sedentário são apontados como as principais razões deste aumento.

Nos países em desenvolvimento existe pouco conhecimento sobre a tendência e os determinantes da obesidade. Segundo MONTEIRO et al. (1998), a grande heterogeneidade econômica, social e cultural, entre e dentro desses países, aponta para um grande espectro de situações. Essas podem variar desde países onde o risco da obesidade é baixo e restrito para a elite, até um novo cenário, similar ao encontrado nos países desenvolvidos, onde a obesidade está aumentando e a classe menos favorecida é mais afetada do que os mais ricos.

Em alguns países da América do Sul e do Caribe, conforme o grau de urbanização e/ou do nível sócio-econômico alcançado pela população, as prevalências de obesidade são comparáveis às observadas em muitos países europeus (WHO, 1995). Alguns países da América do Sul, da América Central, do Norte da África e do sudeste

Asiático, que nas últimas décadas sofreram modificações demográficas e econômicas, registraram importantes alterações no padrão de morbi-mortalidade de suas populações, destacando-se o aumento da obesidade e da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e o declínio da prevalência da desnutrição, de enfermidades infecciosas e da mortalidade infantil (WHO, 1990).

O Brasil, como os outros países em desenvolvimento que apresentam diferentes estágios de transição econômico-demográfica nos vários estratos sociais e regiões, vem apresentando o que se configura como um mosaico de situações nutricionais. MONDINI (1996) realizou um estudo mostrando que a obesidade entre mulheres (20 a 64 anos) e a desnutrição em crianças (até 35 meses) são os distúrbios nutricionais mais comuns no Brasil. Este estudo revelou também que a obesidade era mais freqüente que a desnutrição tanto em adultos quanto em crianças, nas regiões mais desenvolvidas e mais ricas do Brasil (população urbana do sudeste e população rural e urbana da região sul), com estrato de renda maior que 1,0 salário mínimo per capita. Entretanto, a prevalência em adolescentes não foi relatada nesse estudo.

É fato conhecido que nos níveis sócio-econômicos mais baixos o aumento de peso com o passar dos anos é maior, existindo maior prevalência de obesidade nessa camada populacional (FERNANDEZ & SUMANO, 1986; PUMARINO & LOPEZ, 1988)

Outros fatores, e não somente o nutricional, podem ser relacionados com este aumento. Como exemplo, tem-se o estudo realizado em países do leste europeu mostrando que, em algumas regiões, houve restrição da ingestão de calorias como resposta à transição sócio-econômica, mas não houve diminuição da prevalência da obesidade. Entretanto, outros fatores, como diminuição da atividade física e diminuição do hábito de fumar, ocorreram nesse período e podem ter contribuído para manter o balanço calórico positivo (HAINER et al, 1998).

As análises comparadas dos inquéritos sobre nutrição no Brasil, de 1974 e 1989, evidenciam que ocorreu um crescimento de 75% e 60%, respectivamente, na proporção de homens e mulheres obesas (PNSD, 1989). Os dados do mesmo inquérito mostram que

existiam no Brasil, em 1989, entre as crianças com idade abaixo de 10 anos, 11,3% de crianças obesas de família de maior renda e 5,3% das pertencentes às famílias de menor renda (TADDEI, 1993).

MONTEIRO et al. (1998) demonstraram, através da análise dos levantamentos nacionais por amostra de domicílio realizados no Brasil nos últimos vinte anos (de 1975 a 1996), que houve um crescimento rápido e contínuo da obesidade em todas as classes sociais. A análise multivariada com regressão logística aplicada aos dados demográficos e sócio-econômicos, do último levantamento nacional, mostrou que nas cidades (76% da população), o baixo nível de escolaridade e o pequeno acesso à informação (e não o baixo nível econômico) eram os principais determinantes da obesidade feminina. No mesmo estudo e no mesmo período foi visto que a prevalência de mulheres obesas na faixa etária de 20-49 anos, com índice de massa corpórea maior que 30 kg/ m², dobrou nas cidades (5,7% a 10,6%) e triplicou para a população rural (3,25 a 9,9%).

Na última pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1996, o Brasil tem 34 milhões de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, ou seja, um em cada cinco brasileiros é adolescente, estimando-se que 25% destes são obesos.

São relatadas variações da prevalência da obesidade entre crianças e adultos em diferentes grupos étnicos.

KUCZMARSKI et al (1994) mostram que os dados de pesquisas realizadas nos Estados Unidos, revelam para a população adulta branca, 31% dos homens e 32% das mulheres são obesos; na população afro-americana, 31% dos homens e 48% das mulheres são obesos e; para os latinos, 39% dos homens e 47% das mulheres são obesos. É também relatado o aumento da prevalência da obesidade em crianças pré-escolares latinas; uma prevalência já alta entre crianças escolares afro-americanas e latinas, e um índice de 25% de obesidade nas adolescentes afro-americanas entre 12 e 17 anos (KUMANYKA, 1993).

1.3 Etiologia e fatores de risco

A obesidade tem múltiplos fatores desencadeantes. Sobre uma predisposição genética podem agir fatores, parcialmente conhecidos, como metabólicos, nutricionais, psicológicos e sociais. Estes fatores embora atuem conjuntamente serão apresentados separadamente para fins didáticos.

1.3.1 Fatores genéticos

As pesquisas mostram a extrema importância da predisposição genética, que condiciona o aumento da deposição de tecido adiposo.

A relação dos fatores genéticos com a obesidade é revelada nos estudos feitos com crianças adotadas. Estes estudos demonstram uma correlação elevada entre os índices de massa corporal dessas crianças e de seus pais e irmãos biológicos, correlação que não existe ao estudar as mesmas crianças em relação aos pais adotivos (STUNKARD et al., 1986, SORENSEN et al., 1992).

Outros estudos envolvendo gêmeos reforçam a importância dos fatores genéticos. Entre eles, STUNKARD, FOCH et HRUBEC (1986) realizaram um estudo com gêmeos idênticos, mostrando que a contribuição genética para o índice de massa corpórea é estimada em 64% a 84%; entretanto, como os gêmeos cresceram juntos no mesmo ambiente, esse dado pode estar super estimado.

Os estudos com gêmeos idênticos vivendo em ambientes distintos são geralmente considerados os mais efetivos modelos para distinguir a importância da parte genética da parte ambiental. Mais tarde, STUNKARD et al. (1990) estudaram 93 pares de gêmeos idênticos crescendo separados, 154 pares de gêmeos idênticos vivendo juntos, 218 pares de gêmeos fraternos crescendo separados e 208 pares de gêmeos fraternos vivendo juntos. Este estudo permitiu demonstrar maior precisão da contribuição da genética, sendo que os fatores genéticos parecem ser os maiores determinantes do índice de massa corpórea. Os resultados deste estudo podem ser interpretados sob a luz do conceito de hereditariedade, que se refere à influência genética encontrada entre pessoas que vivem em determinadas condições ambientais, ou seja, se as condições ambientais forem outras, diferentes estimativas podem ser obtidas.

Outros estudos clínicos demonstram um grau de hereditariedade estimada em torno de 30% a 50%, em relação ao índice da massa corporal dos pais e filhos (BOUCHARD et al, 1988).

Os mecanismos através dos quais se expressam as influências genéticas ainda não são bem conhecidos; estas poderiam estar relacionadas com os mecanismos neuroendócrinos e intestinais que controlam a ingestão de alimentos, com a eficiência do metabolismo ou mesmo com a atividade física.

Acredita-se que a carga genética também poderia influenciar, em alguns indivíduos, a perda de peso durante os programas terapêuticos, tendo implicação no mecanismo de controle da gordura corporal. Estudos realizados por LEFEVRE (1997) em gêmeos monozigóticos mostram que existe estreita associação entre mudança de peso e o grau de atividade física; já em gêmeos dizigóticos a mudança da massa de gordura era independente do grau de atividade física. Esses achados sugerem que fatores genéticos podem modular os efeitos da atividade física na mudança de peso, assim como um estilo de vida sedentário pode ter efeito de promover a obesidade em pessoas com esta predisposição genética.

Segundo BOUCHARD (1998), até os dias atuais, imagina-se que os genes contribuem, de alguma forma, para uma suscetibilidade de obesidade em humanos, mas a magnitude desse efeito, o número e a natureza dos genes responsáveis continuam ainda não esclarecidos.

Controle da ingestão de gordura

Em princípio, a obesidade é determinada pelo balanço entre energia perdida e energia ingerida, mas isto não explica todos os casos de obesidade. A literatura mostra cada vez mais pesquisas que buscam a compreensão das bases biológicas da obesidade, especialmente após a identificação de uma nova via endócrina, envolvendo a secreção de leptina pelo tecido gorduroso e o receptor de leptina situado no hipotálamo (SHONFELD-WARDEN & WARDEN, 1997). Acredita-se que os níveis de leptina plasmática estão correlacionados com a massa de gordura corporal e que seriam regulados pela alimentação

e digestão, insulina, glicocorticóides e outros fatores.

Estudos realizados em animais identificaram e clonaram no tecido adiposo do rato e do homem o gene *ob* (ZHANG et al, 1994). Esta mutação no rato leva a uma síndrome que induz a obesidade, deposição de gordura, hiperglicemia, hiperinsulinemia. Já foram identificadas outras mutações no mesmo gene em cinco cromossomos do rato, que dão origem a obesidade.

O produto gênico do gene *ob*, a leptina, se injetada em animais magros ou obesos produz redução do consumo de gordura e do peso corporal, agindo a nível hipotalâmico mediante a inibição da atividade do neuropeptídeo Y. No caso da leptina não ser produzida, o sistema nervoso não enviaria a informação do aumento do tecido gorduroso, não havendo assim então a mensagem para reduzir o aporte de gordura (RIVA & SCAGLIONE, 1996). Os dados da literatura são consistentes com a hipótese de que a leptina estaria envolvida na regulação do peso corporal e que poderia ser um fator responsável pela saciedade. Entretanto, isso pode não acontecer com todos obesos. LINDROOS et al (1998) demonstraram que a leptina parece ter um papel no controle da ingestão de alimentos, levando a ganhar ou perder peso, em mulheres obesas sem história parental de obesidade, mas não em outras com pelo menos um parente obeso.

1.3.2 Fatores metabólicos

O balanço energético depende de várias influências que são tanto de natureza endógena, relacionadas com o sistema neuro-endócrino, quanto de natureza exógena, como estresse, fatores psicossociais e afetivo.

Os estudos realizados com crianças obesas não têm demonstrado um consumo calórico por unidade de massa magra diferente da criança com peso normal. Estudos sobre o metabolismo basal, que representa a cota mais relevante do gasto energético diário, não demonstraram diferença significativa entre a população obesa e não obesa na idade pediátrica (BANDINI et al., 1990; MAFFEIS et al., 1991; RIVA & SCAGLIONE, 1996).

1.3.3 Fatores ambientais

Os fatores ambientais contribuem de forma decisiva nas relações do indivíduo com a nutrição, independente da predisposição genética. Esses fatores podem estar presentes desde uma disponibilidade de alimentos que estimulam o apetite, até a diminuição das atividades físicas. Considera-se como fatores ambientais todas as variáveis que direta ou indiretamente se relacionam com hábitos alimentares inadequados e levam ao sedentarismo. Podem influir, tanto os fatores do micro ambiente (o lar, a escola, a comunidade local, o trabalho), como os macro ambiente, que são regidos por setores da política econômica, pela cultura e por valores sociais. De modo geral podemos citar: o conhecimento que as pessoas têm em relação à nutrição, os hábitos culturais, a mídia, a indústria de alimentos, os “modismos”, as estações do ano, a geografia (mais freqüente nos núcleos urbanos) e a condição sócio-econômica.

Com relação aos adolescentes, além da influência da mídia, dos modismos, das dietas da moda, eles são, também, influenciados pelo grupo de amigos, cujo papel é importante na manutenção de hábitos alimentares inadequados, por exemplo, comer alimentos de rápido preparo (DIETZ, 1986; SAITO, 1987, 1994).

Algumas variáveis ambientais envolvidas no desenvolvimento da obesidade podem ser citadas:

- nutricionais;
- hábito de vida e de alimentação na família: pais sedentários, que ingerem alimentos com elevado aporte de calorias, mais facilmente têm filhos sedentários e obesos;
- região geográfica do país: as regiões mais frias;
- densidade populacional: mais na cidade do que no campo;
- nível socio-econômico: inversamente proporcional à prevalência de obesidade;
- pouca disponibilidade dos pais a favorecer uma vida ativa e prática esportiva;
- Solidão: nas crianças que ficam muito em casa sozinhas;

-estado nutricional no primeiro mês de vida: o baixo peso ao nascer está correlacionado estatisticamente com o desenvolvimento da obesidade.

Os múltiplos aspectos que envolvem a obesidade estão se tornando gradativamente conhecidos, sendo a idade de seu início e severidade considerados importantes em relação a sua história natural (DIETZ, 1983,1986).

FERNANDEZ & SUMANO (1986) verificaram que a obesidade correlacionava-se com as seguintes variáveis do micro ambiente: famílias obesas, mães obesas, desmame precoce, introdução do leite modificado antes dos três meses de idade, início do excesso de peso antes dos 9 anos de idade, alimentação irregular e sedentarismo.

Os estudos de KNITTLE (1979) são importantes ao mostrarem os dois períodos de crescimento do tecido adiposo: da trigésima semana de gestação a um ano de idade, e na puberdade, que se constituem em momentos de risco para o aparecimento da obesidade (LEIBEL, 1986; SAITO, 1987). Foi descrito por LLOID et al. (1981) que 80% das crianças obesas serão adultos obesos, e que 75% dos adultos com obesidade grave iniciaram o sobrepeso na infância.

Segundo LEIBEL (1986), as influências relativas dos fatores genéticos e do ambiente no desenvolvimento da composição corporal no ser humano ainda não foram bem definidas, mas é conhecido que o potencial para formar novos adipócitos está presente desde o segundo trimestre da gravidez até a idade adulta. Mesmo que o número total de adipócitos esteja sob controle genético, a velocidade com que alcançam o número total e o tamanho dessas células podem sofrer influência ambiental. Até os dias atuais não se conseguiu definir qual a maior influência de um ou outro fator, mas ambos são importantes na obesidade.

A valorização da obesidade como indicativo de saúde também contribui para o seu desenvolvimento nas sociedades ocidentais. Sobre isto escreve VALTUËNA BORQUE: "a falta de alimentos e a magreza conseqüente foram vividas durante muito tempo como uma autêntica ameaça física, sobretudo para a maturação infantil e para evitá-la se acreditou, como mostram os retratos das mais poderosas famílias ocidentais, que era

necessário comer muito, como garantia de que a criança iria crescer bem e sem enfermidades" (1990).

Os fatores nutricionais têm seguramente relevante papel no desenvolvimento da obesidade, documentado por maior prevalência deste distúrbio alimentar nos países onde existe mais disponibilidade de alimentos. Todavia, os inquéritos alimentares podem não mostrar um maior aporte calórico no indivíduo obeso, porque esses inquéritos falham em determinar a diferença de ingestão entre o obeso e o não obeso, pois pelo modo de avaliação não se considera a "caloria oculta", que conscientemente ou inconscientemente não se revela nas enquetes alimentares. Outro aspecto relevante para o nosso meio é o aumento da obesidade nas camadas de população com menor poder aquisitivo, nas quais predomina a ingestão alimentar rica em hidratos de carbono e se usa excesso de gordura para o preparo dos alimentos (SAITO, 1985; MUZZO, 1986). Em um estudo por GIOVANNINI et al. (1988), em uma escola de Milão, foram encontradas as seguintes características da alimentação da criança:

- excessiva ingestão de calorias;
- 60% das crianças obesas não toma o café da manhã;
- as que o fazem ingerem menos calorias que as com peso normal;
- tendência de comer preferencialmente à tarde e à noite, mas não no horário das refeições;
- escassa ingestão de carboidrato de absorção lenta, proteína e óleo vegetal, fibras, verdura e frutas;
- elevado aporte de açúcar de rápida absorção e lipídeos de origem animal.

Essas características são as mesmas encontradas nas anamneses realizadas nos ambulatórios dos serviços públicos, ressaltando-se a ingestão excessiva de carboidratos, por serem alimentos mais baratos, conforme já referido acima..

O hábito de permanecer muito tempo em frente à televisão tem sido freqüentemente relatado como fator de risco para o início e a persistência da obesidade (DIETZ & GORTMARKER, 1985). Uma pesquisa realizada por DIETZ (1990), sugere que é possível estabelecer uma relação causal entre o tempo de inatividade ao assistir à

televisão e o aumento da prevalência da obesidade entre crianças e adolescentes. Este hábito pode contribuir para a obesidade por duas maneiras: 1) aumentando o consumo alimentar (hábito de comer enquanto assiste à TV; comer alimentos de alto conteúdo energético anunciados nos intervalos comerciais); 2) diminuindo a atividade física pelo sedentarismo e efeitos hipnóticos da TV (que podem diminuir o metabolismo basal).

DIETZ (1998), em recente publicação, mostrou que nos Estados Unidos, a obesidade em crianças e adolescentes é mais comum em locais altamente urbanizados do que em ambientes com baixa densidade populacional, mais prevalente no inverno e primavera do que no verão e outono. Para este autor, a obesidade dos pais representa a mais forte e consistente associação com a obesidade infantil em relação ao ambiente social; quando os pais são obesos há o risco 15 vezes maior das crianças se tornarem adultos jovens obesos, independente do peso da criança.

Para este autor, que estuda há muito tempo os fatores de risco da obesidade, ainda faltam estudos controlados que esclareçam a ligação entre os padrões da dieta e da atividade física, com o início e manutenção da obesidade.

O reconhecimento dos fatores de risco para a obesidade é uma das responsabilidades médicas, porque alguns são modificáveis e portanto preveníveis, outros não o são; os segundos podem não se revelar ou se revelar em uma idade mais tardia (RIVA & SCAGLIONE).

1.4 Comportamento alimentar e personalidade do obeso

Os aspectos psicológicos das pessoas portadoras de obesidade foram objeto de estudo, no encontro "Consensus Conference on Obesity" (1985), tendo-se concluído que: "A obesidade cria uma enorme carga psicológica ... Em termos de sofrimento, esta carga pode ser o maior efeito adverso da obesidade" (STUNKARD & WADDEN, 1992).

STUNKARD & WADDEN (1992), em uma revisão sobre os aspectos psicológicos das pessoas com obesidade grave, encontraram poucas informações sobre o tema na literatura. Para estes autores muito do que se conhece sobre os aspectos

psicológicos de indivíduos com obesidade grave, é derivado de pessoas que foram submetidas a tratamento cirúrgico para a obesidade. Durante muitos anos a obesidade foi atribuída ao fato de que as pessoas comiam muito como resposta ao estresse ou problemas psicopatológicos. Esta hipótese foi apoiada por estudos clínicos mostrando que distúrbios emocionais são comuns entre pessoas obesas que procuram tratamento para perder peso. Outras pesquisas, revisadas por estes autores, baseadas em entrevistas estruturadas, mostram a presença de distúrbios afetivos em vários momentos da vida dos sujeitos.

Há evidência que as pessoas obesas podem experimentar significativas dificuldades relacionadas com o peso, que não se manifestam só como depressão clínica em muitos casos, mas devem ter um efeito negativo na qualidade de vida. Isto parece ser mais grave no grupo que apresenta obesidade desde criança (DIETZ, 1986).

Segundo GARNER (1998), a bulimia é outro problema encontrado entre os obesos, seus estudos indicam que 25% a 45% dos obesos que entram em um programa de perda de peso referem apresentar sintomas de bulimia. Isto é um contraste com amostras populacionais onde a prevalência é de 2%, em indivíduos não obesos, embora os indivíduos, portadores deste transtorno alimentar, freqüentemente o negam.

Os dados da literatura não são conclusivos em relação aos aspectos emocionais relacionados com a obesidade. Alguns discutem que nem todos os obesos têm sentimentos negativos sobre o seu corpo; esses sentimentos seriam mais comum em pessoas com o início da obesidade na infância, cujos pais e amigos depreciam o seu corpo (STUNKARD & MENDELSON, 1967). O distúrbio da imagem corporal, que se desenvolveria na adolescência, representa uma internalização de censura dos pais e pares, e persiste com a contínua desvalorização.

É conhecido o fato de que as alterações na imagem corporal são encontradas em pouco mais da metade das pessoas com o início da obesidade na infância, e que esse problema atinge as pessoas mais severamente obesas (STUNKARD & WADDEN, 1992). Essas pessoas podem experimentar outras alterações psicossociais, que envolvem a falta de confiança em decorrência da dificuldade de manter a perda de peso, o sentimento de

isolamento atribuído à falha da família e dos amigos para compreender a frustração que decorre do problema do peso.

Alguns estudos associam depressão e baixa auto-estima com obesidade (SHESLOW et al., 1993; HILL & SILVER, 1995). Outros relatam que, apesar de presente, esta auto-estima diminuída em pessoas obesas, não parece estar relacionada com o desenvolvimento da obesidade (FRENCH et al, 1996).

Os autores referem a associação de problemas da dinâmica familiar, famílias numerosas, separação dos pais, depressão e ansiedade, nos pacientes obesos (GARN et al. 1976; DIETZ & GORTMAKER, 1984; DIETZ, 1986; EPSTEIN et al, 1990).

BRUCH (1973) estudou o significado da obesidade em relação ao desenvolvimento global do indivíduo, particularmente em relação a sua competência em se adaptar ao estresse cotidiano. Esta autora identificou três grupos de obesos: constitucional, reativo e de desenvolvimento.

Os obesos de tipo constitucional são em geral indivíduos pesados, provavelmente de acordo com sua composição constitucional, e neles o excesso de peso não está relacionado a um funcionamento psicológico anormal. Entretanto, podem vir a sofrer problemas emocionais em decorrência da própria obesidade, particularmente na adolescência, quando o excesso de peso pode provocar críticas, levando-os ao isolamento social.

Os obesos de desenvolvimento apresentam excesso de peso desde os primeiros anos de vida. Descreve-se os indivíduos desse grupo como tendo baixa capacidade de discriminar suas necessidades somáticas e afetivas; tendem a vivenciar os mais variados desejos como uma necessidade de alimento. Esses indivíduos caracterizam-se por apresentar graves distúrbios emocionais e da personalidade.

Os obesos reativos podem iniciar a obesidade na adolescência, mas é mais freqüente na vida adulta. Geralmente são referidas situações demarcando o início do ganho de peso: casamento, nascimento dos filhos, separação, mudanças de moradia, mudança de

emprego, perda de pessoas próximas da família, a menarca e outras. Segundo BETTARELLO (1988), são pessoas com dificuldade da elaboração psíquica de certos estados emocionais, mas conseguem associar, em geral, modificações no padrão de ingestão alimentar com ansiedade, medo, nervosismo, solidão, dentre outros sentimentos.

Este tipo de obesidade tem importante implicação com a obesidade na infância. Segundo BRUCH (1973), o pai pode tornar-se obeso antes do nascimento de seu filho, sendo que isto pode ocorrer em homens extremamente dependentes; estes, mesmo após o nascimento do bebê, continuam a comer muito para combater sua ansiedade e ciúmes, e para compensar a si próprios de algo que estão perdendo. Estes pais, através desta conduta, podem levar a um padrão alimentar na família que predisponha à obesidade. Para esta autora, a obesidade que se desenvolve durante e após a gravidez freqüentemente pertence ao grupo da obesidade reativa; são mulheres que estão desapontadas com seu casamento, ou insatisfeitas; desenvolvem fantasias sobre o que a criança poderia fazer por elas, sentem inveja dos cuidados que o bebê recebe e têm ressentimentos das necessidades e demandas do bebê. Muitas mulheres obesas apresentam rejeição à gravidez e ao papel materno, e com freqüência revelam desejo de continuar a ser criança. Como será visto adiante, isto levaria a dificuldades no relacionamento mãe-bebê.

Os autores referem que a sexualidade nos indivíduos obesos é reprimida e o desenvolvimento das relações com o sexo oposto está prejudicado. Trabalhos que usam os testes da figura humana em adolescentes mostram um primitivismo e falta de detalhes para a idade (GARNER apud BETTARELLO, 1988, PIZZINATO, 1992, BATTISTONI, 1996)

Assim, o distúrbio do apetite que origina a obesidade pode ser somente um componente de uma alteração maior na organização psicológica. Outros autores chamam a atenção para os fatores relacionados com o ambiente mais precisamente com a família.

1.5 O processo da adolescência e suas implicações no hábito de comer

A adolescência é um período da vida quando ocorrem grandes transformações biopsicossociais.

É freqüentemente definida como uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta. Sua caracterização é baseada nas mudanças físicas que marcam esse momento do desenvolvimento do ser humano, usando-se, muitas vezes, os termos puberdade e adolescência como sinônimos (TANNER, 1962). Alguns autores preferem distinguir os termos puberdade e adolescência, empregando-se o primeiro para as transformações físicas e o segundo para os aspectos psicológicos desse processo. É importante assinalar que embora tenha características universais, a manifestação desse processo acontece dentro do marco cultural e social no qual se desenvolve (KNOBEL, 1970).

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE conceitua que a adolescência é um período de vida, no qual ocorre uma série de transformações amplas, rápidas e variadas, registradas entre os 10 e 19 anos de idade, período que corresponde ao início da puberdade até a idade adulta (OMS, 1965).

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

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

1.5.1 Desenvolvimento do tecido adiposo na puberdade

Na maioria das crianças entre 8 e 10 anos de idade ocorre aumento do tecido adiposo em ambos os sexos.

COLLI (1979) refere-se a esse fenômeno denominado de 'repleção' como um aumento discreto na deposição de gordura no início do desenvolvimento puberal, sendo normal e mais acelerado nas meninas e, segundo a autora, seria uma espécie de

“abastecimento em vôo”.

Na puberdade ocorrem, além do estirão de crescimento e do aparecimento dos caracteres sexuais, a modificação da composição corporal. A composição corporal é modificada pelo aumento da massa magra e da massa de gordura. Enquanto o adolescente ganha cerca de 20% da sua altura final durante a puberdade, o acréscimo de peso neste mesmo período é cerca de 50%.

Com o início do estirão, continua a deposição de gordura, mas a velocidade do ganho de gordura diminui. TANNER (1962) mostrou que o fenômeno é o mesmo em ambos os sexos. No entanto, a diferença importante entre os sexos consiste no fato que nas meninas a deposição de gordura é sempre maior que nos meninos, e estas mesmo diminuindo o ritmo de crescimento continuam ganhando gordura embora mais lentamente. Este aumento ocorre até atingir cerca de 25% do peso corporal no sexo feminino. Nos meninos, a porcentagem de peso corporal que corresponde a tecido adiposo é atingida mais tarde, corresponde a 15% a 20% do peso corporal na idade adulta. O ganho de peso fisiológico nos meninos é devido ao grande aumento da massa muscular, enquanto nas meninas é de massa de gordura. Portanto, o dimorfismo sexual evidencia-se por maior teor de gordura no sexo feminino e maior massa muscular no sexo masculino.

Atualmente, é descrito nas crianças obesas uma multiplicação do número de adipócitos mais cedo, em torno de 6 e 8 anos, que aumentaria o risco para desenvolver obesidade. Chamam esse fenômeno biológico de rebote de adiposidade (*adiposity rebound*) (DIETZ, 1998).

O risco do adolescente engordar é decorrente de vários fatores, entre eles citam-se dois: o aumento do apetite e conseqüente ingestão de alimentos (em decorrência do crescimento) e a persistência de maus hábitos alimentares (ou são adquiridos durante a adolescência). Se esses hábitos persistirem após o término do crescimento, o aumento de peso se dará também por aumento do tamanho do adipósito (hipertrofia), além do aumento do número de adipósitos (hiperplasia) ocorrido anteriormente.

1.5.2 Desenvolvimento psicossocial do adolescente

A adolescência por ser um período da vida quando o adolescente tem que resolver os conflitos básicos do próprio desenvolvimento evolutivo, como separação dos pais, reviver a situação edipiana, as vivências da sexualidade, constitui de per si, um risco psicossocial para a obesidade.

ABERASTURY (1988) descreve a adolescência como sendo um dos momentos importantes do processo de desprendimento. Para esta autora, esse processo atravessa três momentos fundamentais: o primeiro é o nascimento, o segundo surge no final do primeiro ano de vida com a eclosão da genitalidade, a dentição, a linguagem e a marcha, e o terceiro com a adolescência. Este último momento, relaciona-se com as manifestações da puberdade e as angústias relacionadas a estas vivências. É o momento em que há o desprendimento do seio familiar, buscando a própria identidade e o seu lugar no mundo dos adultos. É um período caracterizado por alterações do humor, instabilidade emocional, contradições, atitudes ambivalentes entre dependência e independência, atitudes anti-sociais.

Segundo ABERASTURY & KNOBEL (1981), o ser humano ao deixar de ser criança sofre três perdas fundamentais: a perda do corpo infantil, a perda do papel e identidade infantis e a perda dos pais da infância. Há uma reorganização da personalidade para conseguir o amadurecimento, o que significa elaborar essas perdas. Sob o ponto de vista psicodinâmico significa passar por um processo de luto, no qual ocorrem fases de negação, raiva, depressão e aceitação, com idas e vindas para os aspectos infantis e adultos.

KNOBEL (1970), descrevendo essas manifestações típicas desse período, desenvolveu o conceito de “síndrome normal da adolescência”, associando termos tão contraditórios, enfatizou que embora as manifestações da adolescência sejam próprias do período, necessitam ser tratadas com cuidado e atenção. Assim identificou dez itens que caracterizam o processo da adolescência:

- 1- a busca da identidade
- 2- a tendência grupal
- 3- a necessidade de intelectualizar e fantasiar

- 4- as crises religiosas
- 5- a deslocação temporal
- 6- a evolução sexual para a heterossexualidade
- 7- a atitude social reivindicatória
- 8- as contradições na conduta
- 9- a separação progressiva dos pais
- 10- as flutuações no humor e estado de ânimo

Entre os vários processos que ocorrem na adolescência, o de desprendimento da família é caracterizado por ambivalências, entre dependência e independência, oscilando entre o impulso ao desprendimento e a defesa, que impõe o temor à perda do conhecido. Por outro lado, mudanças ocorrem com os pais que também podem se tornar ambivalentes entre a satisfação de ver o filho crescer e o desejo, muitas vezes inconsciente, de que continue criança (ABERASTURY & KNOBEL, 1981; ABERASTURY et al., 1988; MARCELLI & BRACONNIER, 1989). Assim o hábito alimentar desenvolvido na infância pode ser mantido na adolescência ou pode ser rejeitado pelo adolescente, como manifestação de independência própria desta fase. O adolescente obeso pode ter dificuldade em viver essa fase se já vem apresentando uma relação simbiótica com a família.

Para BRUCH (1973), a fome e saciedade no adolescente obeso são mal discriminadas. Para esta autora, os obesos apresentam dois traços importantes: incapacidade de reconhecer a fome ou outras formas de sensações corporais e falta de consciência de viver a sua própria vida. Seus estudos evidenciaram que são incapazes de perceber e interpretar certos estímulos vindos de dentro do corpo. Além de não perceberem a fome, apresentavam uma falha na percepção de outras sensações, sentimentos, preferências e opiniões.

Segundo (MARCELLI & BRACONNIER, 1989), na adolescência, não é raro o aparecimento de condutas alimentares desviantes, distinguindo-se três tipos de perturbações: comportamentos alimentares instáveis: fome canina e bulimia; comportamento quantitativamente inadequados: hiperfagia, beliscagem e restrição global; e comportamentos alimentares qualitativamente perturbados: exclusão alimentar, regime especial.

Duas condutas alimentares são mais comuns no adolescente obeso: a hiperfagia e a beliscagem. A hiperfagia é caracterizada pela abundante ingestão de caloria durante três a quatro refeições por dia. A hiperfagia corresponde a fatores ambientais, em particular aos hábitos alimentares da família. O ato de beliscar acontece fora das refeições, durante todo o dia, ocorrendo mais à tarde, os alimentos são aqueles que não necessitam de preparação (doces, bolachas, chocolates) e acompanham as atividades dos adolescentes, como na escola, na televisão, etc. O sedentarismo e a solidão podem estar presentes em tais condutas, podendo ser fatores agravantes da obesidade.

O adolescente passa por uma mudança da sua imagem corporal, em decorrência das transformações físicas ocorridas a partir do desenvolvimento da puberdade. A importância social da puberdade leva também a mudanças de comportamento da sociedade em relação ao adolescente.

Esse conceito de imagem corporal é importante para se entender como se processaria a relação do adolescente obeso com seu corpo. Segundo Tordjiman (1976), a imagem corporal se constrói pelo reconhecimento do nosso próprio corpo e através do corpo do outro; primeiramente, o reconhecimento se faz por meio da exploração do corpo da mãe, depois evolui por múltiplos registros de informações da escola, das tradições culturais, dos serviços de saúde, da rua, da moda, da mídia. Assim, a aquisição da consciência da imagem corporal é o resultado de múltiplas informações, podendo ser desenvolvida através da dor, da atividade física, da enfermidade, da experiência erótica, entre outras sensações.

A experiência de ver o corpo mudando rapidamente sem o seu controle gera com frequência sentimento de impotência e passividade, que podem despertar medo e ansiedade, que muitas vezes são deslocados para o nível somático. O ato de comer em demasia pode estar relacionado com essas vivências da puberdade.

O processo de individuação do adolescente tem a ver com o conhecimento e adaptação ao próprio corpo; a identidade pessoal não é conseguida sem a elaboração de uma imagem corporal.

As amizades são importantes nesse processo de individuação, pois permitem aos adolescentes trocarem idéias, sentimentos, viver experiências diferentes, enfim viverem períodos afastados dos pais. A aceitação pelo grupo é muito aspirada, assim como a rejeição é muito temida e causa muito sofrimento. O grupo certamente influencia muito o comportamento dos adolescentes, quanto ao modo de se vestir, portar-se, falar, enfim quanto aos hábitos e estilo de vida. Sua influência é muito forte, mas por outro lado o grupo de adolescentes é muito influenciado pela mídia nos vários aspectos da vida, particularmente em relação aos tipos de beleza física, ao consumo de bens materiais e de alimentos industrializados e de rápido preparo, etc.

Assim, o desenvolvimento da imagem corporal, na criança e no adolescente obesos, poderia estar comprometida por fatores ambientais como a família e a sociedade.

O adolescente obeso, principalmente aquele com história de obesidade desde a infância, pode ter uma percepção distorcida da imagem corporal, sentindo-se grotesco, desajeitado e feio. A pouca aceitação pelo grupo reforça a baixa auto-estima levando-o ao afastamento das atividades sociais. Quando a criança obesa atinge a adolescência o estigma da obesidade já contribuiu para uma auto-imagem negativa, comportamento passivo e isolamento social, reforçados pela pouca aceitação de si mesmo e de seus pares. As mensagens culturais são reforçadas pelas figuras caricatas que a obesidade é mostrada na mídia. Poucas celebridades obesas são usadas como modelo de beleza e invariavelmente são retratadas humoristicamente (DIETZ & GORTMAKER, 1985; DIETZ, 1986; DREYFUS, 1993).

1.6 Complicações

Os distúrbios nutricionais, decorrentes tanto do déficit como do excesso alimentar, determinam conseqüências importantes para a saúde dos indivíduos. A obesidade considerada como uma patologia multifatorial, gera ou se associa com diversos distúrbios. Relaciona-se com a doença cardiovascular e com o aumento da prevalência de seus fatores de risco: hipertensão, hiperlipidemia, diabetis mellitus. Outras doenças são associadas com a obesidade, tais como artrite, gota, calculose vesicular, anormalidades da função pulmonar

e neoplasias de cólon e próstata em homens, e de mamas, ovários, endometrial e de vesícula em mulheres (PI-SUNGER, 1991; SOLOMON & MANSON, 1997).

A obesidade na infância e na adolescência tem grande probabilidade de se manter na idade adulta, sendo um importante preditor de morbidade e mortalidade futuras. Se o excesso de peso na adolescência persiste até a vida adulta, este tem um papel importante nos múltiplos fatores de risco para doença cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas, com o agravante que a hipertensão, a hiperlipidemia e a hiperinsulinemia podem ser encontradas em adolescentes (KIKUCHI et al.1990; MUST et al, 1992; ROBINSON et al, 1993; SHONFELD-WARDEN & WARDEN, 1997; SOLOMON & MANSON, 1997).

1.7 Insucessos no tratamento e proposta de abordagem

A obesidade constitui um problema para os clínicos, pediatras, endocrinologistas, inclusive quanto aos resultados terapêuticos. Os autores verificam amiúde dificuldades no tratamento da obesidade, relatando insucessos freqüentes, o que constitui um problema importante, especialmente na adolescência.

A importância de se estudar a obesidade na fase da adolescência decorre da grande dificuldade com relação ao tratamento, tanto no que diz respeito à perda de peso em si, como à adesão e seguimento. A porcentagem de fracasso terapêutico em distintos estudos varia de 30% a 80%, com persistência na idade adulta. Menos que 5% dos adolescentes que perderam peso conseguem manter essa perda após cinco anos de tratamento (HAMMER, 1996).

A falta de adesão ao tratamento por parte dos adolescentes e suas famílias foi verificada em vários estudos (BROWNELL, KELMAN & STUNKARD, 1983; SAITO et al, 1985; MUZZO, 1986). Estes autores relatam também que entre os que conseguem perder peso em curto período, a longo prazo não conseguem manter essa perda.

Na prática clínica, foram observadas dificuldades por parte dos pais e dos adolescentes em seguir as orientações com relação à mudança de hábitos alimentares, ou

realizar atividades físicas. As alegações têm sido várias, como falta de tempo para o preparo da dieta, a não permissão por parte de outros membros, obesos ou não, para qualquer tipo de restrição alimentar e mesmo a falta de condição financeira para adquirir os alimentos com baixo valor calórico. Observa-se também na prática clínica sentimentos de rejeição, agressividade, às vezes descaso dos pais com os adolescentes que não perdem peso.

A obesidade pode decorrer tanto de uma suscetibilidade genética que predispõe ao aumento de peso, bem como da influência de fatores ambientais. Dentre eles citam-se as experiências precoces com a alimentação na infância e ao longo de todo desenvolvimento evolutivo. O distúrbio do apetite pode ser somente um componente de uma alteração maior na organização psicológica.

Os conflitos familiares podem estar presentes desde o nascimento, manifestando-se de várias maneiras, desde os sintomas físicos até os emocionais. Esses conflitos podem estar relacionados desde o nascimento com a alimentação, particularmente durante o processo de formação da unidade psicossomática, e, se mantidos, podem colaborar para o início e manutenção da obesidade.

Assim, dado a importância da família como grupo de referência, dentro da inserção ambiental, procurou-se nesta pesquisa conhecer o significado da obesidade, buscando-se a compreensão das vivências e vicissitudes próprias do adolescente obeso e a sua interação com a família.

Para que este trabalho se desenvolvesse foi necessário destacar, enquanto parte de sua fundamentação teórica, alguns pontos importantes das relações familiares e dos aspectos do desenvolvimento do bebê e suas relações objetais, para a compreensão do desenvolvimento da obesidade sob o enfoque psicodinâmico.

1.7.1 A importância das relações familiares

É conhecido que a condição psicológica de uma pessoa está relacionada com a estrutura social da qual faz parte, destacando-se como primeiro grupo de referência a família.

Esta é conceituada por PICHON RIVIÈRE (apud SOIFER, 1983) como "estrutura social básica, que se configura pelo entrelaçamento de papéis diferenciados (mãe, pai, filho), entrelaçamento que constitui o modelo natural de interação de um grupo". Segundo SOIFER (1983), este conceito pode ser ampliado, caracterizando a família como "um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Este núcleo se acha relacionado com a sociedade, que lhe impõe uma cultura e ideologia particulares, bem como recebe dela influências específicas".

Nas teorias sistêmicas encontram-se autores que ampliam a compreensão a respeito das relações do indivíduo com a família como uma totalidade. Assim, as transformações que ocorrem nos indivíduos e na estrutura familiar são resultado de um processo, em que as alterações de comportamento em cada membro influenciam e também são influenciadas pelo comportamento de todos os outros (DARE, 1992; GONÇALVES, 1994).

CALIL (1987), baseada na teoria geral dos sistemas, mostra que a família pode ser considerada como um sistema aberto, onde há uma interação de seus membros tanto entre si, como com os sistemas extra familiares (meio ambiente, comunidade). Os sistemas abertos possuem propriedades como a globalidade, na qual eles se comportam como um todo coeso, inseparável, interdependente. A segunda propriedade dos sistemas é o conceito de retroalimentação ou "feedback", onde a família é vista como um circuito de retroalimentação, dado que o comportamento de uma pessoa afeta e é afetado pelo comportamento dos outros membros.

Para BATESON (apud CALIL, 1987), a família é compreendida como um sistema dinâmico de forças, que busca sempre um ponto de equilíbrio, que lhe permite funcionar da forma menos conflitiva possível. Este é o conceito de homeostase familiar.

Este sistema familiar, através de retroalimentação negativa, oferece resistência à mudanças, mantendo tanto quanto possível seus padrões e interação. PAUL BELL (1982) elaborou a noção de coerência do sistema, que mostra a família como entidade evolutiva

capaz de transformações; o mecanismo responsável por essas transformações dos padrões familiares se faz através de "feedback" positivo (CALIL, 1987).

Na abordagem psicanalítica, o conceito de transferência desenvolvido por FREUD trouxe grande contribuição na compreensão das relações humanas, quer em nível interpessoal, na própria relação médico paciente, quer nas relações familiares. Outros autores têm contribuído para essa compreensão. WINNICOTT atendia os pacientes fazendo entrevistas conjuntas com os filhos e os pais. A ênfase de seu trabalho é o que ele chamou de "ambiente facilitador". Nesse trabalho WINNICOTT (1945) enfatiza o papel da figura materna, embora em sua obra a figura paterna seja citada também, mas como elemento a auxiliar e dar apoio à mãe.

Dentre os terapeutas de família que trouxeram conceitos importantes e que poderíamos extrapolar para a prática clínica (médica) destacam-se: MAURIZIO ANDOLFI que enfatiza em seu trabalho a dinâmica das reações triangulares, sendo a mais comum, pai-mãe-filho; aqui o que mais aparece é o filho na função desviante do conflito dos pais e as alianças que faz com um ou com outro; SALVADOR MINUCHIN interessou-se mais na estrutura hierárquica das famílias, nos conluios entre seus membros, no esclarecimento de suas regras e controles. Este autor vê a família como um organismo: um sistema complexo formado por subsistemas, nos quais os indivíduos ou mais pessoas se agrupam por geração, por sexo, interesse ou função; cada indivíduo pertence a diferentes subsistemas, conforme os papéis que desempenha (por exemplo o subsistema conjugal: marido e mulher; subsistema parental: pai e mãe) (GONÇALVES, 1994).

Para PATTERSON (1995), as famílias constroem e partilham significados em três níveis: 1) o das situações estressantes, 2) o da sua identidade e 3) o da maneira como percebem o mundo. As situações estressantes têm significados específicos e referem-se às percepções subjetivas da família a respeito de suas exigências e capacidades, bem como a inter-relação entre ambos. A identidade familiar emerge dos valores expressos e não expressos e dos tipos de relacionamento que orientam os familiares, na maneira de relacionarem entre si. É através de rotinas (refeições em família, ou a hora dormir das crianças) e rituais (aniversários) que os valores e a identidade da família são criados e

mantidos. O terceiro nível de significados da família, ou seja, a maneira como percebe o mundo, baseia-se em sua forma de interpretar a realidade e em suas pressuposições a respeito do seu ambiente, suas crenças existenciais, isto é, seu objetivo de vida.

Quanto às refeições em família, são habituais os conflitos entre adolescente e seus pais em torno da alimentação: estes desejam manter o equilíbrio alimentar que acham satisfatório, ao passo que o adolescente reivindica alimentar-se segundo critérios próprios. Nos dias atuais, a maioria dos adolescentes das classes populares tem que preparar sua própria refeição, em decorrência do trabalho da mulher fora de casa.

Outro aspecto em relação à família a ser enfatizado refere-se aos problemas que vão aparecendo em uma sociedade em mudança dos padrões de valor. Um dos problemas familiares que aparece é a interminável discussão sobre sexualidade, redefinição da relação entre os sexos, as mudanças do papel da mulher na sociedade, a própria valorização do corpo dentro da sociedade atual, entre outras mudanças. Por esses motivos o conceito clássico de harmonia e desarmonia na família deve ser revisto conforme a cultura na qual esteja inserida.

Segundo ARAÚJO (1993), não seria correto distinguir famílias “normais” de famílias “anormais” por ausência de crises ou conflitos, dado que isso ocorre em todos os grupos familiares. A capacidade adaptativa de cada família é um rico indicador de saúde ou de patologia. Quando aparece algum evento que causa desequilíbrio no sistema familiar, o primeiro movimento será para que se restabeleça o equilíbrio perdido. Nesse momento de crise algum membro da família pode ser “eleito” como foco problemático, porque assim o grupo se resguarda do risco de maior desestruturação. É o que se denomina de “bode expiatório” ou o que se chama de paciente identificado.

Para RICHTER (1979), o importante para a compreensão do relacionamento familiar no desenvolvimento de sintomas é que “existem trocas conscientes e inconscientes dentro da família, e seus efeitos podem determinar qual o indivíduo que virá sofrer de perturbação psíquica, que forma tomará essa perturbação e como se desenvolverá”.

As relações familiares conflitantes podem perpetuar o sintoma 'obesidade', não permitindo que adolescente obeso amadureça, mantendo-o em estados simbióticos com a mãe, quando o alimento representa um substituto das carências afetivas, ou um modo de não pensar para não entrar em contato com o sofrimento psíquico (PIZZINATO, 1992).

BRUCH (1973), em seus estudos, diz que não há um quadro familiar único para a obesidade. Considera que, mesmo em crianças e em adolescentes, há diferentes formas de obesidade. Desde seus primeiros estudos chamava a atenção para famílias de pequeno tamanho, geralmente com dois filhos. Outro aspecto relatado era o relacionado com a posição do adolescente obeso na família, sendo mais comum os filhos únicos e os mais novos da família.

São descritas nas famílias com crianças obesas, mães que interferem na capacidade da criança em adquirir autonomia e iniciativa. O pai geralmente tem um papel subordinado na família. É tratado pela mãe com desprezo e censura. Assim é pessoa sem habilidade para colocar regras e limites no ambiente familiar e cumprir o seu papel dentro da família. Resta à mãe o domínio familiar, sem conseguir, ao mesmo tempo, cumprir seu papel. Assim, este clima emocional torna difícil para a criança desenvolver a sua própria auto-estima e sentimento próprio de segurança emocional (BRUCH, 1973; PIZZINATO, 1992).

1.7.2 Compreensão da obesidade sobre o enfoque psicodinâmico

O enfoque psicodinâmico é um dos múltiplos aspectos de um processo, envolvendo todo o contexto de vida do indivíduo obeso. Alguns autores consideram a obesidade como um sintoma, quer seja de uma doença psicossomática, quer seja de um distúrbio da dinâmica da família. Várias citações na literatura apontam que o modo como a relação mãe-filho se desenvolve tem íntima ligação com a maneira pela qual o indivíduo vai lidar com o alimento futuramente. Os estudos psicodinâmicos mostram também a importância da função paterna na estruturação da subjetividade do indivíduo em relação aos primeiros anos de vida, quando se instituem os hábitos alimentares.

A obesidade pode estar relacionada a conflitos básicos que ocorrem com o indivíduo dentro do seu processo evolutivo, desde a manutenção de uma relação simbiótica com a mãe já na infância, até os conflitos próprios da adolescência, como anteriormente descrito. Os primeiros momentos de vida são fundamentais para a estruturação da personalidade. Assim, para desenvolver esse trabalho foi de fundamental importância o conhecimento do desenvolvimento emocional do bebê, porque é através da alimentação que o bebê faz os primeiros contatos com o mundo.

A relação mãe-bebê e o alimento

Nessa abordagem são revistas algumas teorias que enfatizam as relações objetais do bebê no desenvolvimento emocional inicial, sendo também descritos alguns termos e conceitos da área da saúde mental que serão usados para a discussão dos dados. Nem todas as teorias foram usadas para o desenvolvimento deste trabalho, mas tal conhecimento permitiu compreender aspectos do desenvolvimento humano sob diversas óticas.

SPITZ (1954) em sua obra, *Desenvolvimento Emocional do Recém-Nascido*, descreve a observação pioneira realizada a partir de 1935 em Viena. Este autor sugere que o recém nascido é um organismo em estado de não-diferenciação, incapacitado para funcionar psiquicamente, não podendo estabelecer relações objetais. Ele propõe o conceito de organizadores psíquicos, os quais definiu como “marcos comportamentais da formação estrutural”. Estes organizadores são precedidos pelo reflexo condicionado que surge entre a 3ª e 5ª semana de vida extra uterina (sorriso reflexo). O primeiro organizador psíquico é o “sorriso social”, que indica o início de um estágio de diferenciação e incorporação de outra pessoa (a mãe). Para ele a angústia do 8º mês, relacionada com a percepção de um rosto estranho, diferente do rosto materno, relaciona-se com o segundo organizador psíquico. Este segundo organizador – ansiedade do 8º mês – indica evolução da relação mãe-filho e permite ao bebê descarregar a tensão afetiva de maneira dirigida. Ao redor dos 15 meses, a criança imita o movimento negativo da cabeça da mãe. O gesto de negação e a palavra ‘não’ seriam os primeiros símbolos e o primeiro conceito por ela formulado, constituindo o terceiro organizador (OSÓRIO, 1981).

SPITZ distingue duas funções na amamentação: a ingestão de alimento, que aplaca a fome e a sede; e a descarga da tensão, ou seja, a satisfação da mucosa oral por meio da atividade dos lábios, língua, palato e espaço faríngeo, durante a amamentação. Assim, segundo este autor, nas primeiras semanas de vida, o aumento da pressão interna é aliviado por descarga oral e o desprazer de qualquer origem é expresso por protesto oral (PIZZINATO, 1992).

MELANIE KLEIN (1935), através de sua compreensão da relação da criança com o corpo da mãe, mostrou a importância da fantasia e da ansiedade inconsciente na relação da criança com o mundo.

Segundo OSÓRIO (1981), “a utilização e a ampliação dos conceitos de fantasia inconsciente e relações objetais foram as pedras angulares da teoria kleiniana”. Para MELANIE KLEIN, as fantasias inconscientes seriam o conteúdo primário de todos os processos mentais. A relação objetal inicial seria o que a autora chama de objeto parcial, o seio materno, e através dessa relação primitiva se estabelecem os mecanismos básicos de todo o relacionamento objetal posterior, estando presente nas primeiras experiências do bebê com o alimento e a presença da mãe que o nutre. Este modelo estaria subjacente a toda vida de relação do indivíduo.

Esta autora desenvolveu sua teoria para a formação do psiquismo, considerando que o ego, ainda que rudimentar, já existiria desde o nascimento. Refere-se à posição esquizoparanóide e a posição depressiva, ambas fazendo parte da fase oral. A noção de posição nesta teoria está relacionada não só a um sentido estrutura: ela se refere ao fato de que os processos descritos não estão ligados a uma só fase do desenvolvimento, mas supõe que eles persistem durante toda a vida.

No estudo da posição esquizoparanóide, foi introduzido por MELANIE KLEIN o conceito de identificação projetiva; o que ocorre é que partes do *self*¹ objetos internos são destacados e colocados no objeto externo (mãe), que se torna controlado pelas partes

1 Para WINNICOTT “self” não é ego: é a pessoa que eu sou que é somente eu, que possui uma totalidade baseada na operação do processo maturativo (1978)

projetadas e com elas identificado (SEGAL, 1966). Na posição esquizoparanóide há o predomínio de angústias paranóides e, na posição depressiva, de angústias depressivas. O bebê oscila entre uma e outra e é na posição depressiva, onde aparece a reparação, que o ego está mais integrado e mais adaptado à realidade onde se encontra (SEGAL, 1966). Outra idéia de KLEIN é sobre a possibilidade de reparação do ser humano, podendo recuperar e recriar, tanto interna como externamente, o objeto amado considerado perdido.

MARGARETH MAHLER (1975) trouxe sua contribuição à compreensão psicodinâmica da evolução da criança, fundamentada na hipótese da universalidade das origens simbióticas da condição humana. Conceitua o crescimento dentro do que denominou processo de separação e individuação, ou seja, o lento e gradativo desligamento da situação simbiótica. A separação/individuação normal seria um pré-requisito crucial para o desenvolvimento e manutenção da identidade pessoal (OSÓRIO, 1981).

Segundo MAHLER (1975) o recém-nascido apresenta-se como um organismo imaturo. As estruturas mentais vão se organizando a partir das experiências corporais de vínculos afetivos e grau de harmonia desenvolvidos entre criança e a mãe protetora, durante a fase simbiótica. As primeiras semanas de vida são descritas como estágio de “autismo normal” do bebê e se estende do nascimento até o segundo mês de vida. Esta fase da unidade mãe-bebê dá lugar à fase simbiótica. Esta fase simbiótica ocorre do 2º ao 4º ou 5º mês aproximadamente, quando o bebê percebe pequena parte da realidade externa representada pelo seio, rosto e mão da mãe, durante os períodos de fome. O termo simbiose descreve o estado de fusão com a mãe, no qual o “eu” não se distingue do “não eu” e quando o exterior e o interior não estão ainda bem discriminados (OSÓRIO, 1981).

A fase de separação/individuação se prolonga partir da segunda metade do 1º ano até o final do terceiro ano de vida. Em seu trabalho, divide o processo em quatro sub fases: de diferenciação e desenvolvimento da imagem corporal, que se inicia no 5º mês ao 9º mês. A esta se segue a etapa de exploração a partir do 10º mês e, logo depois, a etapa de reaproximação dos 14 aos 24 meses, para caminhar no sentido da constância do objeto emocional, a qual deverá estabelecer-se completamente aos 36 meses (OSÓRIO, 1981).

DONALD WINNICOTT, pediatra de formação, foi um dos primeiros psicanalistas a enfatizar a relação mãe-bebê nos primeiros estágios do desenvolvimento mental e a demonstrar que as deficiências da mesma podiam resultar em defeitos psíquicos predispondo à psicose ou às patologias somáticas (BATTISTONI, 1996). Um dos postulados de WINNICOTT sobre o psiquismo infantil é a concepção da existência de um Ego primitivo precoce, simultâneo ao Id, indispensável para a existência do recém-nascido. Esse Ego primitivo se caracterizaria por ser ainda deficiente e frágil, estando sua força na dependência da capacidade materna em compensar essa debilidade (OUTEIRAL, 1997).

WINNICOTT (1945) em seus estudos, deu ênfase ao que ele chamou de meio ambiente facilitador “suficientemente bom”; está representado pela função materna, que ele chama “preocupação materna primária” (1956): um estado em que a mãe se dedica ao bebê de maneira autêntica e está disposta a “ser todo o mundo para seu filho”. Considera essa fase como uma doença normal da mulher grávida e que continua até alguns meses após o parto.

Segundo WINNICOTT (1945) existem três processos que parecem começar muito cedo: (a) integração, (b) personalização e (c) a realização.

a) integração:

Para WINNICOTT existe, inicialmente, uma não integração primária, não havendo integração entre psique e soma. A integração começa logo no início da vida, com os cuidados do bebê: manutenção da temperatura corporal, como é banhado, embalado e nomeado e também pelas experiências pulsionais, repetição das funções sensoriais e motoras, que tendem a formar a personalidade una a partir do interior. Nessa fase o bebê depende totalmente da união que estabelece com a mãe.

b) personalização:

Tão importante quanto a integração, é o desenvolvimento do sentimento de que se está dentro do próprio corpo, quando os bebês constroem o que se pode chamar de personalização satisfatória. O bebê começa a perceber limites entre o seu corpo e o de sua

mãe. Este termo foi empregado por WINNICOTT (1945) para designar o processo de formação da existência psicossomática individual.

c) realização-adaptação à realidade

Atingida a integração e a personalização, a criança começa a desenvolver a capacidade de estabelecer relações com os objetos da realidade externa. É a fase da relação primária com a realidade externa. Exemplifica WINNICOTT (1945) “Considerando-se o par bebê e o seio da mãe, o bebê tem ímpetos pulsionais e idéias de ataque ao seio; a mãe por ser madura e fisicamente capaz tem que ter tolerância e compreensão, de forma que é ela quem produz uma situação que, com sorte, pode resultar no primeiro laço feito pelo bebê com um objeto externo. O ser humano, no caso a mãe, tem que trazer o tempo todo o mundo até o bebê adequando-o às necessidades dele.”

A criança torna-se capaz de relacionar-se com sua mãe, como pessoa separada e reconhece também o pai que passa a desempenhar importante papel em sua vida.

Esses processos de integração, personalização e contato com a realidade, que se desenvolvem no bebê, poderão se realizar desde que ocorram três aspectos da função materna.

a) É através do *holding* materno ou ação de sustentar, que a criança desenvolve o sentimento de integração consigo mesma, com o espaço e gradualmente com o tempo. A base para o desenvolvimento dessas atitudes é a capacidade de empatia da mãe; se a mãe é capaz de intuir as necessidades do filho e satisfazê-las, a criança gradualmente vai se percebendo separada da mãe, personaliza-se.

b) o manejo ou *handling*, que consiste no conjunto de atitudes que a mãe desenvolve, como resposta aos novos sinais que a criança fornece. A mãe tem que dar tempo para que o bebê se expresse e ter sensibilidade para compreender o sentido do mesmo. Não deve se adiantar às necessidades do filho, o que prejudicaria o processo de individuação. Quando o meio ambiente proporciona essa separação, ou seja, a criança consegue perceber a mãe como um objeto real, essa relação novamente tem que ser tratada diferentemente.

c) conduta de apresentar objetos e de conviver com a criança: nesse período a mãe é a intermediária entre o mundo circundante e a criança. A mãe apresenta ao filho os novos objetos e, através dela, a figura do pai e de outras pessoas próximas que interessam à criança. O bebê sente internamente que ele mesmo criou o objeto. Necessita deste período de onipotência para estruturar o Ego.

Os termos *self*-verdadeiro e falso *self* são empregados por WINNICOTT para diferenciar o aspecto interior, autêntico de uma pessoa – aquele que não compactua com o ambiente – do seu aspecto exterior e complacente, construído segundo as expectativas do ambiente (GADDINI, apud BATTISTONI, 1996)

WINNICOTT (1951) introduz o conceito de objeto e fenômenos transicionais. Segundo ele “é uma área intermediária de experimentação para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa...”. O fenômeno transicional representa a transição de um estado em que está fundido com a mãe, para um estado em que a reconhece como algo externo, que não faz parte dela.

O bebê que experimenta a si próprio e o seu corpo vai percebendo limites entre ele, a sua pele e o mundo externo; vai aprendendo a respeito das diferentes partes do corpo. A região oral e depois as regiões anal e genitourinárias, enquanto zonas libidinais têm um papel relevante na ‘estrutura global do esquema corporal’.

Função Paterna

Para que a criança possa se separar da mãe nessa relação simbiótica, é importante o terceiro elemento representado pela figura paterna.

O pai desempenha também um importante papel no desenvolvimento afetivo de seu filho. Esse papel pode ser realizado diretamente na sua relação com a criança, ou através da sua relação com mãe, estimulando-a, ajudando-a em seu papel de nutridora.

Segundo ABERASTURY (1988), “função paterna é importante ao redor do quarto mês de vida, quando se institue o triângulo edípico, sobrevêm então o desprendimento do seio materno, e se inclui o pai, terminando a relação única com a mãe”.

WINNICOTT (1969) escreveu sobre a figura paterna "...à medida que o bebê passa do fortalecimento do ego, graças ao reforço do ego da mãe, à identidade própria, ou seja, à medida que a tendência herdada, a interação, o leva adiante graças a um ambiente suficientemente bom ou a um ambiente medianamente previsível, a terceira pessoa começa a desempenhar, ou assim me parece, um papel. O pai pode ter sido ou não um substituto materno, porém o certo é que se sente em algum momento que ele está ali em papel distinto: e sugiro que é então que o bebê provavelmente o use como padrão de sua própria integração, ao converter-se por momentos em uma unidade. Se o pai não está presente, o bebê tenderá a ter esta mesma evolução, porém lhe resultará mais difícil ou terá que usar alguma outra relação bastante estável com uma pessoa total... Deste modo parece que talvez o pai seja para a criança quem lhe dá o primeiro elemento de integração e de totalidade pessoal." (OUTEIRAL, 1997)

A função paterna pode ser desempenhada por outra pessoa que não o pai, mas a presença do elemento masculino se faz importante quando na resolução da relação edipiana ao redor dos três, quatro anos de idade. Pode ocorrer que a dificuldade de estabelecer uma identificação edipiana satisfatória seja conseqüente ao predomínio dos aspectos simbióticos, com identificação mais primária com a figura materna.

BRUCH (1973) relaciona o desenvolvimento da obesidade com as primeiras vivências com o alimento. Considera que a fome é um fenômeno universal, familiar para todos através das experiências pessoais. A função de comer não é inata, necessita ser apreendida. Este processo de aprendizagem pode ser inadequado quando a resposta do meio ambiente é confusa e mal conduzida. Assim a criança não aprende a identificar suas necessidades corporais. Esta autora enfatiza dois traços nos pacientes obesos: a inabilidade de reconhecer a fome ou outras sensações corporais e a falta de consciência de viver a sua própria vida.

Como foi visto, os componentes estruturais do processo maturacional do bebê na fase oral, com seus mecanismos de defesa, podem ser os fatores que comprometem a formação da criança obesa. Esta continuará utilizando o alimento, de forma regressiva, como elo de ligação com o mundo.

As dificuldades do desenvolvimento emocional nas fases descritas acima podem levar a não integração da psique e soma, podendo ser a origem das doenças psicossomáticas. Muitos autores têm considerado a obesidade como manifestação de um processo psicossomático (BRUCH, 1973; PERESTELLO, 1982; PIZZINATTO, 1992; BATTISTONI, 1996).

Este trabalho foi desenvolvido com a proposta principal de ampliar a abordagem em relação à obesidade, através da escuta da história familiar do sujeito. Procurou-se conhecer as interações familiares através do detalhamento da história, tanto do ponto de vista da hereditariedade, como do psicossocial.

Objetivos

2 OBJETIVOS

Os objetivos que nortearam este trabalho podem ser expressos de forma sintética e condensada através dos seguintes enunciados:

2.1 Objetivo Geral

Identificar, descrever e compreender, numa abordagem qualitativa, aspectos da história familiar que influenciam a obesidade de uma amostra de adolescentes atendidos no Ambulatório de Obesidade na Adolescência do Hospital das Clínicas da Unicamp, Campinas SP.

2.2 Objetivos específicos

Compreender, com base nos estudos psicodinâmicos, a influência da interação familiar na obesidade destes adolescentes.

Investigar as percepções que a família e estes adolescentes têm em relação à obesidade.

Identificar e analisar as motivações destes adolescentes e seus pais para a busca do tratamento da obesidade

Metodologia

3. METODOLOGIA

3.1 Notas introdutórias

A pesquisa qualitativa tem uma longa e distinta história em ciências humanas, constituindo uma área de investigação que envolve disciplinas, campos e temas diversos. Um complexo e interconectado conjunto de termos, conceitos e pressupostos envolvem este tipo de pesquisa. Pode ser definida, genericamente, como: “um multimétodo, envolvendo abordagem interpretativa, naturalística dos objetos de estudo”. Isto significa que o pesquisador na pesquisa qualitativa estuda os sujeitos em seus ambientes naturais, interpretando o fenômeno em termos do significado que as pessoas trazem para ele (DENZIN & LINCOLN, 1994).

O objetivo da pesquisa qualitativa é o desenvolvimento de conceitos que ajudem a compreender o fenômeno em ambiente natural, dando a devida ênfase aos significados, experiências e visão para todos os participantes (POPE & MAYS, 1995). Dentro do método qualitativo, o fenômeno é um conceito muito usado, diferente de fato usado no contexto positivista. A expressão fenômeno deriva do grego e significa ‘aquilo que se mostra, que se manifesta’ (MARTINS & BICUDO, 1994).

A pesquisa qualitativa tem histórias e objetivos, distintos e separados nas diversas disciplinas: educação, comunicação, psicologia, história, estudos organizacionais, ciências médicas, antropologia, e sociologia (DENZIN & LINCOLN, 1994). Esta forma de pesquisa permitiu um novo reordenamento na discussão de questões como a relação sujeito-objeto, neutralidade científica e objetividade (MINAYO, 1993)

Em algumas áreas da medicina, particularmente com referência aos aspectos das doenças psicossomáticas, verifica-se dificuldades em se trabalhar dentro dos parâmetros das ciências naturais. DILTHEY (apud BLEGER, 1968) estabeleceu uma distinção entre os métodos de análise das ciências, ou seja, a explicação seria própria das ciências naturais e a compreensão, das ciências humanas. A compreensão consistiria na busca dos sentidos e significados da experiência humana. Entretanto, BLEGER (1968) diz que, embora exista uma diferença entre explicar e compreender, não há entre ambos exclusão, mas interação dialética.

Os métodos qualitativos são também apropriados quando se busca descrever a forma e a natureza dos fenômenos, particularmente quando este é complexo. Enquanto os estudos quantitativos preocupam-se com a extensão do fenômeno, como, por exemplo, a prevalência de uma determinada doença ou a frequência de suas complicações; a pesquisa qualitativa descreve a experiência do indivíduo com a doença e o tratamento, no contexto da vida cotidiana (BRITTEN et al., 1995).

Para THIOLENT (1987), “o comportamento do homem não é apenas determinado pelo seu estado atual, mas o é por toda sua vida precedente. Assim, o seu conhecimento deve ser compreendido dentro de uma perspectiva de totalidade, não só do indivíduo, mas das suas inter-relações com o meio”.

A partir dessa visão mais abrangente foi-se delineando um novo paradigma do conhecimento vinculado ao surgimento da dialética, da fenomenologia e da psicanálise, e estas áreas nos dão subsídios para sustentar pressupostos teóricos para o desenvolvimento da pesquisa científica (BLEGER, 1968, 1978; THIOLENT, 1987; MINAYO, 1993; DENZIN & LINCOLN, 1994).

3.2 A escolha do método

Para a compreensão de um fenômeno psicossociológico complexo, como a relação do indivíduo obeso com a família, é necessário entrar em sua estrutura de forma livre (DESLANDES et al, 1994). Para atender a este objetivo, buscou-se um método que melhor evidenciasse as dimensões biopsicossociais e psicodinâmicas dos adolescentes obesos, permitindo a descrição do modo de vida dos sujeitos da pesquisa. A partir das vivências com o atendimento clínico de adolescentes e seus pais, escolheu-se uma proposta de trabalho baseada na compreensão e interpretações de conteúdos e dinamismos do ser humano. Por isso foi escolhido o método Clínico-Qualitativo.

O método clínico colheu na prática clínica o que constitui a sua unidade: a convicção de que apenas um estudo aprofundado de indivíduos isolados, cuja individualidade seja reconhecida e respeitada e que sejam considerados em situação de

evolução, possibilitará a compreensão do indivíduo e, talvez por intermédio deles, a do homem” (REUCHLIN, 1979).

Segundo ARRUDA (1991), no método clínico “os caminhos percorridos originam-se da prática clínica, são ditados pelas próprias atividades clínico-assistenciais e pelas bases teóricas fundamentadoras e decorrentes desta prática, apoiam-se na criticidade e no modelo interpretativo e visam a compreensão, a conexão de sentidos e a elaboração de conhecimentos”.

Este método está ligado ao nome de PIAGET e seus estudos da inteligência da criança: “a arte de entrevistar do investigador clínico consiste em não fazer originar respostas, mas em fazer falar livremente e em descobrir as tendências espontâneas em lugar de canalizá-las e encerrá-las. Seu trabalho deve consistir em situar todo sintoma num contexto mental, em lugar de fazer abstração do contexto...”(apud TRIVIÑOS,1987).

Os métodos qualitativos tem cinco características principais: é naturalístico, tem dados descritivos, a preocupação é com o processo, é indutivo e o significado dos fenômenos é essencial. O pesquisador é o instrumento principal para efetuação da pesquisa e a natureza do experimento permite o uso tanto de teorias como da prática (MINAYO, 1993)

É através da dialética que se estabelece entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa que se dá a observação e a experiência. Para isto o pesquisador usa de instrumentos que “dêem o enquadramento necessário para que se gere o material do conhecimento” (MINAYO, 1993).

Segundo REUCHLIN (1979), deve-se caracterizar o método clínico “mais pela adoção de uma certa atitude do que pelo acionamento de técnicas específicas”. Esta atitude implica em tomar o sujeito como quadro de referência, considerando-o como pessoa total e respeitando-se a sua individualidade.

Reconhece-se, também, que a relação que se estabelece entre o pesquisador e quem é pesquisado não pertence à ordem da objetividade, mas da intersubjetividade.

Para esse estudo foi usado um referencial clínico centrado na relação adolescente/família com a obesidade. Procurou-se estudar os vínculos estabelecidos na infância, como foram esses vínculos com as figuras paternas ou parentais, importantes na construção da singularidade do adolescente e, principalmente, aspectos relacionados com a alimentação.

3.3 A técnica da entrevista semi-estruturada de questões abertas

A entrevista é o procedimento usual no trabalho de campo da pesquisa qualitativa, através dela o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos sujeitos-objeto da pesquisa (BRIOSCHI & TRIGO,1987; THIOLENT,1987; MINAYO,1993; BRITTEN, 1995).

O objetivo da entrevista nestes casos é obter descrição da vida dos entrevistados com respeito a determinado fenômeno, procurando-se interpretar sentidos e significados dos temas enfocados pelo sujeito. Sentido traduz 'para onde uma fala e/ou uma atitude humana apontam'; e significado, refere-se ao 'o que quer dizer esta idéia ou aquela atitude humana' ou 'o que estará sob este fato?'

Segundo BLEGER (1978), entrevista é o instrumento fundamental do método clínico, para este autor "a entrevista é um campo de trabalho no qual se investiga a conduta e a personalidade de seres humanos". Para este autor "toda conduta humana desenvolve-se sempre num contexto de vínculos e relações humanas, e a entrevista não é uma distorção das pretendidas condições naturais e sim o contrário: a entrevista é a situação 'natural' em que se dá o fenômeno que, precisamente, nos interessa estudar: o fenômeno psicológico".

Para a estruturação do instrumento procurou-se levar em conta os seguintes aspectos da entrevista em pesquisa qualitativa, explicitados por KVALE (1996):

Significado: a entrevista procura interpretar o significado de temas na vida do sujeito. O entrevistador registra e interpreta o significado do que é dito e como é dito, através da postura, dos gestos, do significado do silêncio.

Qualitativa: a entrevista procura conhecimentos qualitativos expressos em linguagem comum, não tem o objetivo de quantificação.

Descritiva: a entrevista procura obter enunciados abertos de diferentes aspectos de vida dos sujeitos.

Especificidade: descrições de situações específicas e seqüências de ação são elegíveis, não opiniões gerais.

Focalizada: a entrevista está focalizada em temas particulares, não é inteiramente estruturada com questões padronizadas e nem inteiramente “não-diretiva”.

Ambigüidade: as declarações do entrevistado, algumas vezes, podem ser ambíguas, refletindo contradições na vida do sujeito ou no mundo em que vive.

Mudança: O processo de ser entrevistado pode produzir novos *insights* e nova percepção, e o sujeito pode, no curso da entrevista, mudar sua descrição e significados sobre o tema.

A entrevista instrumentaliza o entrevistador para que ele possa adequar sua intervenção a cada momento-acontecimento da entrevista, tomada assim como uma espécie particular de situação experimental.

Segundo BLEGER (1978) “a forma de observar bem é ir formulando hipóteses enquanto se observa, e, no curso da entrevista, verificar e retificar as hipóteses durante o seu transcurso mesmo, em função das observações subsequentes, que por sua vez se enriquecem com as hipóteses prévias”.

MINAYO (1993) diz que “a entrevista de pesquisa consiste em uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, com o fim de obter informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e a entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”.

Para LÜDKE & ANDRÉ (1986) uma entrevista pode permitir o tratamento de assuntos de natureza estritamente pessoal e íntima, assim como temas de natureza complexa.

Cabe ao entrevistador observar o comportamento total do indivíduo e que inclui não apenas a função de escutar, mas também a função de vivenciar e observar, pois é a observação da conduta que permite formulação de hipóteses e a sua verificação. Para BLEGER (1963), “observar, pensar e imaginar fazem parte de um único processo dialético”.

Na relação que se estabelece durante a entrevista, deve-se contar com dois fenômenos altamente significativos: a transferência e a contratransferência. Segundo BLEGER (1978), a primeira refere-se “ao aparecimento na entrevista de sentimentos, atitudes e condutas inconscientes, por parte do entrevistado, que correspondem a modelos que este estabeleceu no curso do desenvolvimento, especialmente na relação interpessoal com seu meio familiar”... “com a transferência, o entrevistado fornece dados através dos quais o entrevistador poderá descobrir o que ele espera, sua fantasia em relação à ajuda, incluída as fantasias patológicas de cura, etc”. Na contratransferência incluem-se “todos os fenômenos que aparecem no entrevistador como emergentes do campo psicológico que se configura na entrevista; são as respostas do entrevistador às manifestações do entrevistado”.

Outro aspecto diz respeito aos cuidados que o entrevistador deve ter em relação ao desenrolar da entrevista, e um desses cuidados é o que alguns autores chamam de “atenção flutuante” (THIOLLENT, 1987). A expressão “atenção flutuante”, vem da psicanálise, e é um modo de escutar que não privilegia qualquer elemento do discurso.

Segundo LUKE & ANDRÉ (1986), o entrevistador precisa estar atento não apenas ao roteiro e às respostas verbais, que vai obtendo ao longo da interação; há toda uma gama de gestos, expressões e entonações, sinais não verbais, enfim toda uma comunicação não-verbal, cuja captação é muito importante para a compreensão e validação do que foi dito. Assim, interessa ao entrevistador o modo de falar do sujeito, as alterações na fala, como momentos de silêncio, voz embargada, choro, e outras.

Segundo BLEGER (1978), a entrevista constitui um campo com características definidas e deve-se dar um enquadramento, que consiste em transformar um conjunto de

variáveis em constantes, e dentro deste enquadramento incluem-se a atitude técnica e o papel do entrevistador, como também os objetivos, o local e o tempo da entrevista.

Optou-se por entrevistas semi-estruturadas, em decorrência da dificuldade das pessoas comparecerem (do pouco tempo disponível dessas pessoas e das implicações econômicas e sociais que isto acarreta). A entrevista semi-estruturada tem muito da qualidade da entrevista aberta e requer todas as habilidades da entrevista aberta.

A coleta dos dados, portanto, foi feita através de entrevista semi-estruturada que combina questões fechadas (ou estruturadas) e questões abertas, segundo a descrição de HONNINGMANN, citado por MINAYO (1993), com os parâmetros do método clínico.

A entrevista semi-dirigida ou semi-estruturada é baseada no uso de um roteiro de entrevista. Este é “uma lista de perguntas e tópicos, que mostram o controle do que o pesquisador quer de uma entrevista, deixando o informante livre para seguir novos caminhos que podem mostrar outra realidade ou outra vivência do entrevistado, não esquecendo que os objetivos da pesquisa incorporados às entrevistas, dependem do conteúdo das perguntas” (MINAYO, 1993).

3.4 Procedimentos para a entrevista

3.4.1 Instrumento

Como instrumento da pesquisa, inicialmente, usou-se o seguinte roteiro básico: 1) porque procuraram tratamento? 2) quando iniciou a obesidade? 3) Porque uma pessoa engorda? Neste primeiro momento foram entrevistados o adolescente e o acompanhante (de preferência ambos os pais) com a finalidade de se perceber como se constitui a relação entre eles (Anexo 1).

Em outro momento, buscou-se elementos na história familiar e na história de vida dos adolescentes e família. Essas entrevistas foram realizadas em momentos distintos:

- 1) com os adolescentes (roteiro no Anexo 2)
- 2) com seus pais e/ou responsável que tenha participado de sua história de vida (roteiro no Anexo 3).

Os roteiros foram realizados à luz das obras de referencial psicodinâmico sobre as fases do desenvolvimento da criança e do adolescente, os momentos evolutivos capazes de provocar problemas e as vivências da família que poderiam interferir na formação do sujeito (WINNICOTT, 1978; ABERASTURY & KNOBEL, 1981; OSÓRIO, 1981; SOIFER, 1983; OUTEIRAL & ABADI, 1997).

3.4.2 Seleção dos sujeitos da pesquisa

Foram entrevistados adolescentes e pais que procuraram ou foram encaminhados ao Ambulatório de Obesidade na Adolescência do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Os sujeitos foram entrevistados após terem passado pelo atendimento da equipe desse ambulatório. A faixa etária estudada foi dos 10 aos 19 anos, conforme é definida a adolescência pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS, 1963).

O diagnóstico de obesidade foi dado calculando-se o índice de massa corpórea ($IMC = \text{peso em quilogramas} / \text{estatura em centímetros ao quadrado}$) e comparando-o com os dados das tabelas de percentis de IMC por idade, segundo o sexo (WHO, 1995) (Anexo 5).

3.4.2.1 Tamanho da amostra

No estudo qualitativo não há intenção de se generalizar os resultados, mas criar possibilidades de generalizar as hipóteses que possam ser levantadas na conclusão do estudo. Conforme diz MINAYO (1993) “que numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão”.

Nas abordagens qualitativas o que importa é a individualidade e a subjetividade, assim uma ou várias pessoas podem ser estudadas, sem que haja necessidade de se pensar em termos de amostra representativa da população.

SANDELOWSKI (1995) traz uma contribuição referente ao tamanho da amostra, considerando, que: “um tamanho adequado de amostra em pesquisa qualitativa é a que permite – em virtude de não ser muito grande – a profundidade e análise orientada para o caso, que é a marca de todos os inquéritos qualitativos, e que resulta, em virtude de não ser muito pequena, numa nova e ricamente tecida compreensão da experiência”. Segundo este autor “o conjunto de entrevistas constitui-se na amostra”.

Segundo MINAYO (1993), a amostragem qualitativa deve:

- 1- privilegiar os sujeitos que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer;
- 2- deve considerá-los em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém sem desprezar informações ímpares cujo potencial explicativo tem de ser levado em conta;
- 3- entender que na homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças;
- 4- esforçar-se para que a escolha do locus e do grupo de observação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.

Foi realizada a escolha de um pequeno número de pessoas, diversificadas, mas representativas do assunto estudado; o fechamento do grupo estudado deu-se pelo critério de saturação. Neste critério o modo de amostragem significa fechar o grupo quando as informações coletadas num certo número de sujeitos passa a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo (KVALE, 1996).

3.4.2.2 Critérios gerais de seleção para o grupo estudado

- a) Faixa de idade: 10 a 19 anos
- b) Concordância em participar: os adolescentes e os pais/ou responsável participaram da pesquisa, de acordo com as normas do CONSELHO

NACIONAL DE ÉTICA DE PESQUISA EM SERES HUMANOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996), assinando o “Termo de Consentimento de Participação da Pesquisa”.

- c) Tempo disponível: os adolescentes e os pais /ou responsável dispunham de tempo adequado para a entrevista de cerca de duas horas e meia (30 minutos com o adolescente e seus pais, 60 minutos só com adolescente e 60 minutos com os pais).
- d) Acompanhamento médico: os adolescentes eram atendidos, regularmente, pela equipe multiprofissional do Ambulatório de Obesidade na Adolescência do Hospital das Clínicas da Unicamp.

3.4.2.3 Critérios de Exclusão

- a) Foram excluídos os adolescentes com problemas mentais, que impedissem a comunicação.
- b) Foram excluídos os adolescentes com problemas físicos que dificultassem a sua locomoção.

3.4.3. Enquadre das entrevistas e definição do *setting*²

Local das entrevistas: foi definido um consultório do Ambulatório Geral de Adolescentes no Hospital das Clínicas da Unicamp, para a aplicação do instrumento, em *setting* criado para manter privacidade.

Convite aos pacientes: seguindo os critérios gerais de seleção, o adolescente e seus pais eram convidados para as entrevistas. Explicava-se a importância e o interesse da pesquisa e agendava-se um dia para a entrevista, conforme conveniência do entrevistado e entrevistador.

Estabelecimento de *rapport*³: apresentação mútua entrevistador-entrevistado. Explicação dos itens que seriam abordados, e esclarecimento do motivo da entrevista ser gravada, mas deixando à disposição a possibilidade de entrevistar sem gravar.

2 *Setting* - entendido aqui como ambiente delimitado, enquadramento.

3 *Rapport* – relação harmoniosa, em comum acordo (DENZIN & LINCOLN, 1994)

Coleta dos dados sociodemográficos: sucintamente, pois estes dados estão no prontuário médico.

Colocação da disponibilidade do pesquisador: quando encerrava a entrevista colocava-me à disposição para perguntas.

Registro dos casos: gravação das entrevistas, relatório de entrevistas, observação sobre o comportamento e atitudes dos entrevistados, descrição da disposição espacial das pessoas durante a entrevista, impressões do entrevistador e auto-avaliação do entrevistador. Foram realizadas consultas aos prontuários clínicos dos adolescentes para obtenção de dados antropométricos e clínicos (Anexo 4).

Anotações das reações contratransferências: que foram indiretamente usadas na análise dos dados.

3.5 Análise dos dados: tratamento e a apresentação dos dados obtidos

Segundo MINAYO (1993), a análise do material possui três finalidades complementares dentro da proposta da pesquisa qualitativa: a) a primeira propõe-se a uma atitude de busca a partir do próprio material coletado; b) a segunda é de “administração de provas”: parte de hipóteses provisórias, confirma ou levanta outras; c) a terceira é a de ampliar a compreensão de contextos com significados que ultrapassem o nível espontâneo das mensagens.

Tratar um material é codificá-lo. A codificação é a transformação dos dados brutos em uma representação do conteúdo (BARDIN, 1977).

Usamos para tratamento dos dados desta pesquisa a Análise de Conteúdo.

3.5.1 Conceituação de análise de conteúdo

Segundo proposto por alguns autores: 1- “uma forma de investigação dos significados dos dados qualitativos” (ANDRÉ, 1983); 2- “Um conjunto de técnicas através

do qual busca-se sentidos escondidos que convinha desvendar” (BARDIN, 1979); 3- “Classificação e quantificação do material em função de categorias pré-determinadas” (BERELSON, CARTWIGHT e STONE apud THIOLENT, 1987); 4- “Verificação de hipóteses e/ou questões, e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos” (MINAYO, 1994); 5- “é um método que dá significados sistemáticos e objetivos para tornar válidas as inferências de dados verbais, visuais ou escritos, para descrever e quantificar dado fenômeno (DOWNE-WAMBOLDT, 1992); 6- Exame sistemático do texto pela identificação e agrupamento de temas e códigos, classificando e desenvolvendo categorias” (POPE & MAYS, 1995).

Seguindo-se a orientação destes autores, cujos conceitos vem de encontro à proposta da pesquisa, ou seja compreender os significados e os sentidos dos dados colhidos, optou-se por uma das formas de análise de conteúdo, especificamente, a análise temática.

3.5.2 Organização da Análise

Ordenação dos dados: Primeiramente houve transcrição na íntegra das entrevistas gravadas para um arquivo de texto em microcomputador. Posteriormente realizou-se revisão das anotações feitas sobre cada entrevistado, que foram juntadas às entrevistas.

Pré-análise: através da leitura sucessiva com “atenção flutuante”, procurou-se obter uma “impregnação” a fim de descobrir, perceber e relacionar os elementos significativos que permitirão a discussão. “Atenção flutuante” vem da psicanálise, como já foi dito é um modo de escutar que não privilegia qualquer elemento do discurso.

O conjunto das entrevistas selecionadas é o *corpus*, um conjunto sistematizado de assuntos tidos em conta para serem submetidos a procedimentos analíticos. Fazem, igualmente, parte do *corpus* as verbalizações assim como as hesitações, os silêncios, os risos, os lapsos, etc., que são considerados reveladores de significação latente. O *corpus* não é considerado como texto único (MICHELAT, G., 1987).

3.5.3 Confiabilidade e validação dos dados

A demonstração de rigor das pesquisas qualitativas depende muito do desempenho dos instrumentos de coleta de dados, quanto aos atributos de validação e confiabilidade.

Usou-se os seguintes critérios:

Validação interna: A verificabilidade dá ao estudo a CONFIABILIDADE (MAYS & POPE, 1995). GUBA & LINCOLN (apud APPLETON 1995), sugerem que um estudo pode ser julgado confiável, se o leitor pode acompanhar a ‘trilha de decisão’ do processo de pesquisa. Portanto, decorre do emprego adequado do método de pesquisa, do desenvolvimento das técnicas e procedimentos em entrevistas e como foram valorizados, analisados e interpretados os dados.

A validação do estudo diz respeito à confiabilidade, que é definida como “grau de consistência que um instrumento mede o que se deseja conhecer do estudo” (GUBA & LINCOLN apud APPLETON, 1995). A confiabilidade decorre da experiência do pesquisador em executar a entrevista, assim como de suas características pessoais. Estabelecimento de reação transferencial positiva com o entrevistado A consistência dos dados decorre também dos equipamentos empregados na entrevista que permitem maior verificabilidade, como por exemplo, a gravação das entrevistas (APPLETON, 1995).

Validação externa: a aplicabilidade, em termos qualitativos, está relacionada com a validade externa da pesquisa quantitativa, e refere-se à generalizabilidade de achados e a representatividade de sujeitos, testes e situações de teste. GUBA & LINCOLN (apud APPLETON, 1995), sugerem a idéia de “ajustabilidade”, ao invés de generalizabilidade. Assim, uma pesquisa qualitativa cujos achados se “ajustam” aos contextos fora da situação de estudo é descrita como tendo ajustabilidade.

Pode ser usado como procedimento para testar a validação dos dados obtidos na pesquisa, a “corroboração de outros juizes” (MARTINS & BICUDO, 1994).

Neste trabalho, a supervisão e discussão dos dados com o orientador e do co-orientador foi o procedimento para testar a validação da obtenção dos dados, e das

interpretações e inferências, assim como a comparação dos dados obtidos e dos referenciais teóricos usados.

3.5.4 Categorização

A análise de conteúdo requer a criação de uma lista de categorias derivadas dos dados coletados, e então codificados sistematicamente nestas categorias.

A categorização é uma operação de “classificação dos elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, segundo o gênero” (BARDIN,1977).

As categorias são classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro), sob um título genérico.

Os critérios que nortearam o processo de categorização foram a) os tópicos mais freqüentes no conjunto das entrevistas; b) outros que apresentavam relevância na literatura especializada e; c) outros decorrentes da importância dos significados tanto das falas quanto dos gestos.

Ao codificar o material, produziu-se um sistema de categorias. Foi usado o processo no qual o sistema de categorias resultou da classificação analógica e progressiva dos elementos. O critério de categorização empregado foi das categorias temáticas.

Segundo BARDIN (1979), o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. As unidades de registro usadas foram sentenças ou fragmentos de relatos dos entrevistados.

As categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta dos dados. Aquelas estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. A categorização estabelecida antes do trabalho de campo foi: sentimentos e concepção sobre a obesidade.

A categorização temática permitiu a seguinte seqüência de apresentação dos dados:

- 1) A história familiar do adolescente obeso;
- 2) A importância da relação mãe-bebê, do processo de individuação e da função paterna na estruturação do sujeito e suas implicações na obesidade;
- 3) Sentimentos e concepções sobre a obesidade;
- 4) Demanda do paciente e família (expectativa em relação ao tratamento, motivos de procura).

3.5.5 Apresentação dos dados

A apresentação dos dados foi feita de forma descritiva e ocorreu conjuntamente com sua discussão. A apresentação da análise dos resultados incluiu citações ilustrativas da fala dos entrevistados.

O relato do adolescente e/ou dos pais, sob a forma escrita, nem sempre consegue descrever o relato verbal e a atmosfera emocional subjacente a ele. Assim, para que a veracidade desses dados fosse a maior possível, optou-se por transcrever alguns fragmentos, relatos ou pequenas frases, em sua forma original.

Para preservar o anonimato dos sujeitos da pesquisa substituiu-se o nome por um nome fictício. A fim de facilitar a leitura usou-se a expressão: mãe de ... e pai de... , quando o texto referia-se às mães e aos pais entrevistados.

Como referencial teórico para as interpretações, análise e discussão dos resultados foram usadas as concepções sobre relações familiares e desenvolvimento da criança e do adolescente contidas na introdução desta tese.

Resultados e **Discussão**

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Dados médico-sociais

Entrevista n° 1

pai (X)
mãe ()
outro ()

Nome : Antônio (irmão do Everaldo)

Idade : 13 anos Sexo : Masculino Cor: branca

Procedência : Campinas – S.P. Escolaridade : 5ª série

Lazer : Andar de bicicleta

Pai : 45 anos, cor; branca, pedreiro

Mãe : 36 anos, cor branca, do lar, obesa

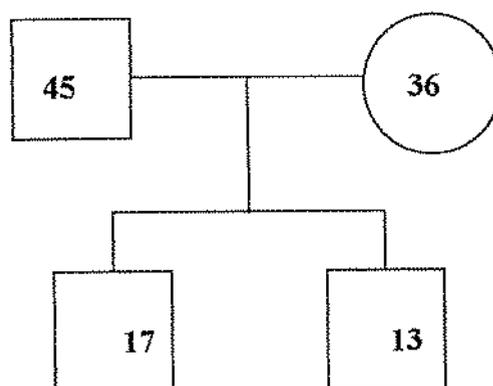
Situação Econômica (renda per capita): 1,2 SM Ocupação : estudante

Peso : 84 kg Estatura: 164 cm IMC: 31 kg/m²

Estadio puberal de Tanner: G₃ P₃

Início da obesidade : desde 2-3 anos Obesidade na família : mãe

Heredograma



Entrevista n° 2

pai (X)

mãe ()

outro ()

Nome : Everaldo (irmão do Antônio)

Idade : 17 anos Sexo : masculino Cor: branca

Procedência : Campinas - S.P. Escolaridade : 1° colegial

Lazer : Ver TV; frequenta bar, vai a bailes

Pai : 45 anos, cor; branca, pedreiro

Mãe : 36 anos, cor branca, do lar, obesa

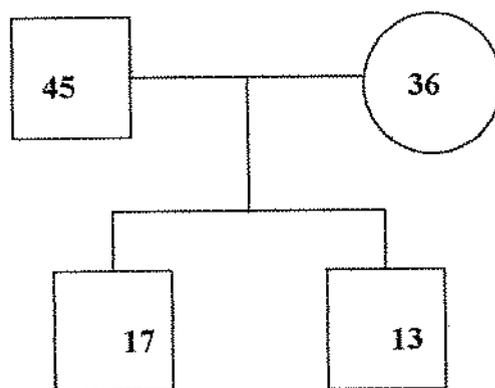
Situação Econômica (renda per capita): 1,2 SM Ocupação : vendedor

Peso : 88 kg. Estatura: 168 cm IMC: 31 kg/m²

Estádio puberal de Tanner: G₄ P₄

Início da obesidade : 8 anos Obesidade na família : mãe

Heredograma



Entrevista nº 3

pai ()

mãe (X)

outro ()

Nome : Milton

Idade : 15 anos Sexo : Masculino Cor: branca

Procedência : Tapirutaba - S.P. Escolaridade : 7^a série

Lazer : Jogar volei

Paí : 50 anos, cor branca, pedreiro, obeso

Mãe : 49 anos, cor branca, faxineira, obesa

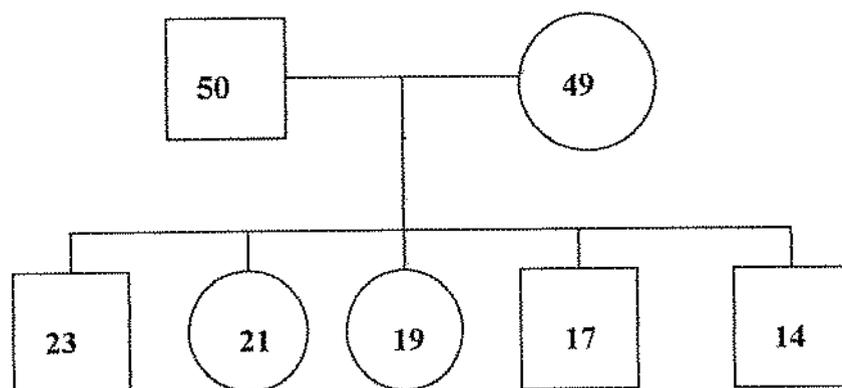
Situação Econômica (renda per capita): 0,6 SM Ocupação : Estudante + balconista

Peso : 89.5 kg Estatura: 173 cm IMC: 30 kg/m²

Estadio puberal de Tanner: G₄ P₄

Início da obesidade : Desde 2 anos Obesidade na família : Todos

Heredograma



Entrevista n° 4

pai ()

mãe (X)

outro ()

Nome : Alexandre

Idade : 13 anos Sexo : Masculino Cor: pardo

Procedência : Sumaré - S.P. Escolaridade : 7ª série

Lazer : Jogar futebol na rua

Pai : 45 anos, cor pardo, electricista, obeso

Mãe : 39 anos, do lar, cor parda, obesa

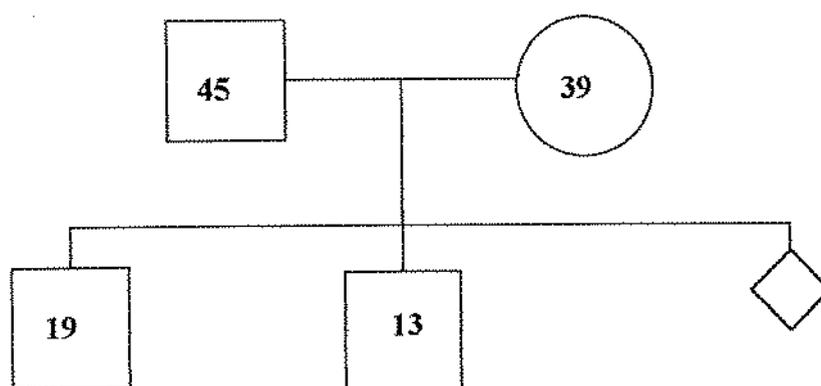
Situação Econômica (renda per capita): 1 SM Ocupação : estudante

Peso : 89 kg Estatura: 157 cm IMC: 32 kg/m²

Estadio puberal de Tanner: G₃ P₃

Início da obesidade : desde pequeno Obesidade na família : Avós, pais e irmão

Heredograma



Entrevista n° 5

pai ()

mãe (X)

outro ()

Nome : Márcia

Idade : 14 anos

Sexo : Feminino

Cor: branca

Procedência : Campinas - S.P.

Escolaridade : 5ª série - 2 repetências

Lazer : ver TV

Pai : 37 anos, cor branca, vendedor

Mãe : 31 anos, cor branca, faxineira

Situação Econômica (renda per capita): 1 SM

Ocupação : estudante

Peso : 86 kg

Estatura: 166 cm

IMC: 31 kg/m²

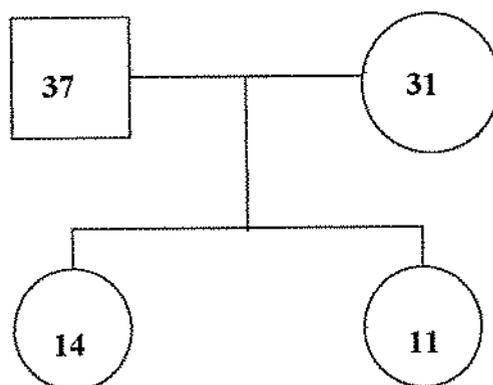
Estádio puberal de Tanner: M₄ P₄

Menarca: 12 anos

Início da obesidade : Lactente

Obesidade na família : nega

Heredograma



Entrevista nº 6

pai ()

mãe (X)

outro ()

Nome : Zilda

Idade : 13 anos

Sexo : Feminino

Cor: Branca

Procedência : Santa Bárbara - S.P.

Escolaridade : 6ª série

Lazer : ver TV, jogar volei

Pai : 44 anos, cor branca, obeso após casamento, mestre de obras

Mãe : 35 anos, cor branca, obesa após a primeira gravidez, do lar

Situação Econômica (renda per capita): 0,75 SM

Ocupação : Estudante

Peso : 63 kg

Estatura: 152 cm

IMC: 31 kg/m²

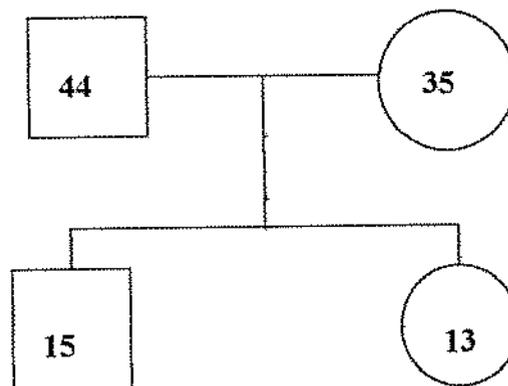
Estádio puberal de Tanner: M₃ P₃

Menarca: —

Início da obesidade : desde pequena

Obesidade na família : Pais e avó materna

Heredograma



Entrevista n° 7

pai ()

mãe (X)

outro (X) irmã

Nome : Selena (irmã de Selma)

Idade : 14 anos Sexo : Feminino Cor: parda

Procedência : Campinas - S.P. Escolaridade : 5ª série

Lazer : Andar de bicicleta, ver TV

Pai : 41 anos, cor branca, pedreiro, obeso

Mãe : 35 anos, cor parda, empregada doméstica, obesa

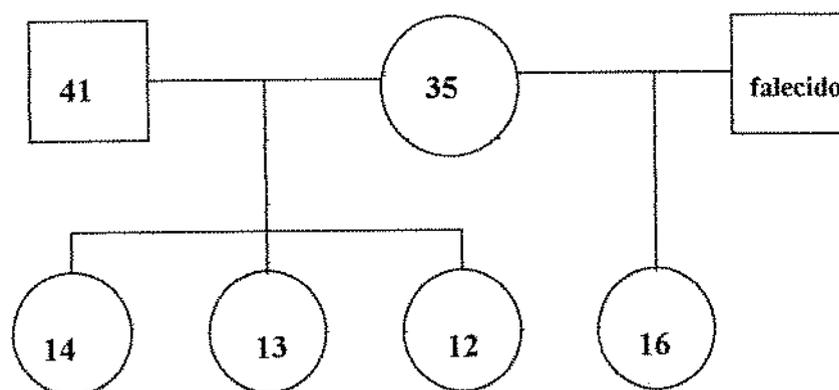
Situação Econômica (renda per capita): 0,83 SM Ocupação : estudante

Peso : 83 kg Estatura: 162 cm IMC: 32 kg/m²

Estadio puberal de Tanner: M₄P₄ Menarca: 11 anos

Início da obesidade : Desde pequena Obesidade na família : Pais, irmãos e avós

Heredograma



Entrevista n° 8

pai ()

mãe (X)

outro (X) irmã

Nome : Selma (irmã de Selena)

Idade : 13 anos Sexo : feminino Cor: parda

Procedência : Campinas - S.P. Escolaridade : 4ª série - 2 repet. (faltas)

Lazer : andar de bicicleta

Pai : 41 anos, cor branca, pedreiro, obeso

Mãe : 35 anos, cor parda, empregada doméstica, obesa

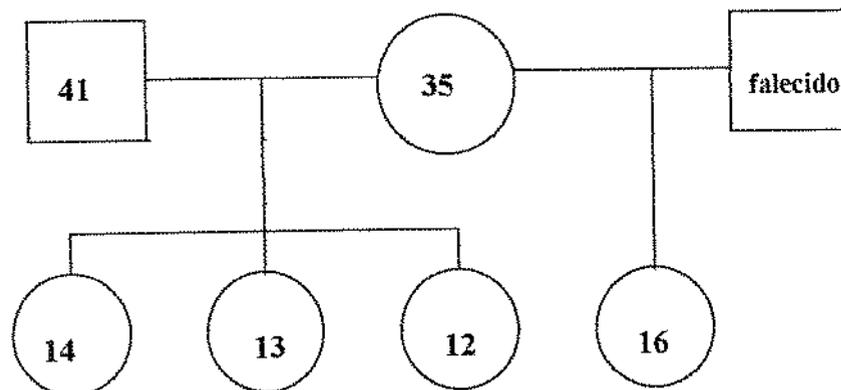
Situação Econômica (renda per capita): 0,83 SM Ocupação : estudante

Peso : 80 kg Estatura: 160 cm IMC: 31 kg/m²

Estadio puberal de Tanner: M₄P₄ Menarca: 11 anos

Início da obesidade : desde pequena Obesidade na família : pais, irmãos, avós

Heredograma



Entrevista nº 9

pai ()

mãe ()

outro ()

Nome : Bernardete

Idade : 18 anos Sexo : feminino Cor: branca

Procedência : Campinas - S.P. Escolaridade : 3ª série – aband. P/ saúde

Lazer : ver TV

Pai : 41 anos, cor branca, motorista de transportadora

Mãe : 37 anos, cor branca, do lar, obesa

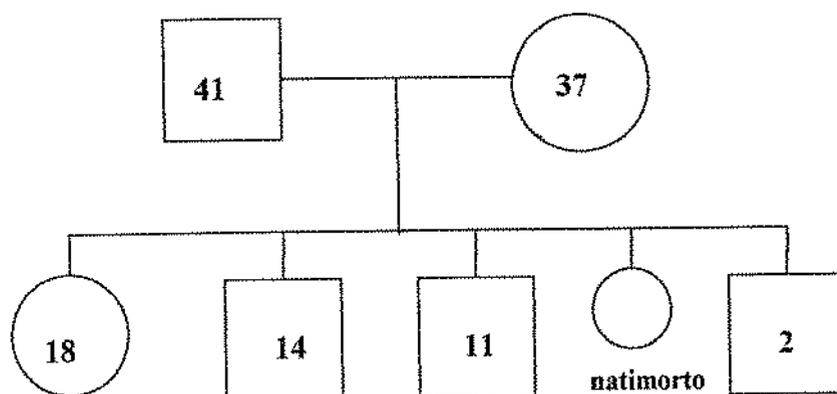
Situação Econômica (renda per capita): 1,7 SM Ocupação : do lar

Peso : 120 kg Estatura: 168 cm IMC: 43 kg/m²

Estadio puberal de Tanner: M₄P₄ Menarca: 13 anos

Início da obesidade : desde pequena Obesidade na família : mãe

Heredograma



Entrevista n° 10

pai ()

mãe (X)

outro ()

Nome : Lúcia

Idade : 12 anos Sexo : feminino Cor: branca

Procedência : Capivari - S.P. Escolaridade : 6ª série

Lazer : andar de bicicleta, capoeira

Pai : 53 anos, cor branca, quituteiro (trabalha em casa), obeso

Mãe : 52 anos, cor branca, quituteira (trabalha em casa), obesa

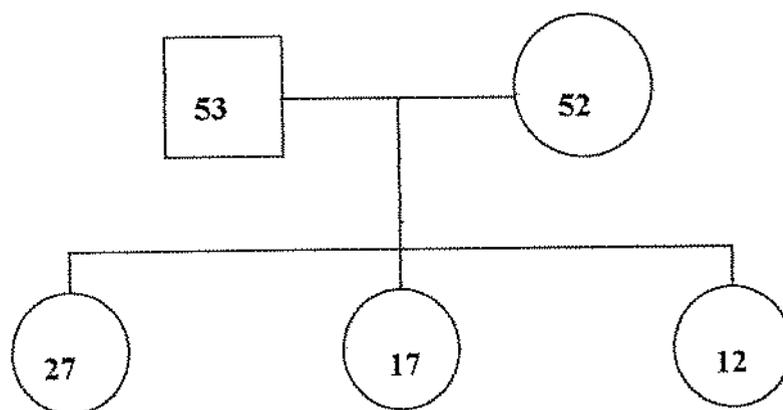
Situação Econômica (renda per capita): 1,3 SM Ocupação : estudante

Peso : 103 kg Estatura: 169 cm IMC: 36 kg/m²

Estadio puberal de Tanner: M₄P₄ Menarca: 11 anos

Início da obesidade : desde pequena Obesidade na família : Pais, tios mat., irmã

Heredograma



Entrevista nº 11

pai ()

mãe (X)

outro ()

Nome : Laís

Idade : 18 anos Sexo : feminino Cor: parda

Procedência : Campinas - S.P. Escolaridade : 1º colegial

Lazer : Escotismo, bailes

Pai : 55 anos, cor parda, pedreiro, obeso

Mãe : 53 anos, cor parda, faxineira, obesa, do lar

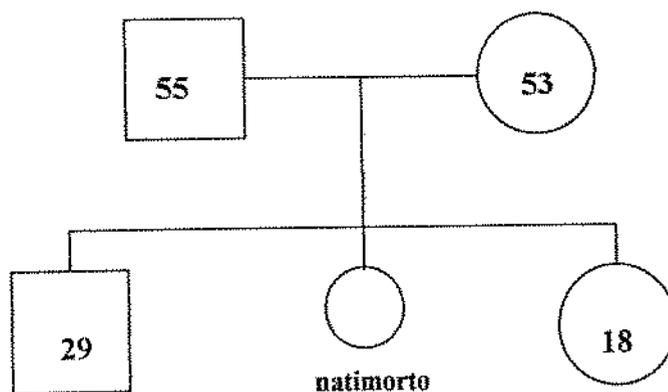
Situação Econômica (renda per capita): 1,5 SM Ocupação : Estudante + balconista

Peso : 106,6 kg Estatura: 163 cm IMC: 40 kg/m²

Estadio puberal de Tanner: M₄P₄ Menarca: 13 anos

Início da obesidade : 4 anos idade Obesidade na família : Pais e avós maternos

Heredograma



Entrevista n° 12

pai (X)

mãe ()

outro (X) avó

Nome : Walter

Idade : 12 anos Sexo : masculino Cor: branca

Procedência : Campinas - S.P. Escolaridade : 5ª série

Lazer : jogar futebol

Pai : 37 anos, cor branca, desempregado, magro, alcoolatra

Mãe : 33 anos, branca, obesa

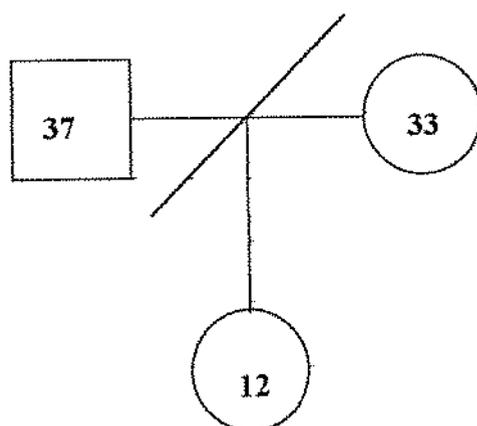
Situação Econômica (renda per capita): 1,5 SM Ocupação : estudante

Peso : 79 kg Estatura: 162,5 cm IMC: 30 kg/m²

Estadio puberal de Tanner: G₂P₂

Início da obesidade : desde pequeno Obesidade na família : mãe e avó materna

Heredograma



Entrevista nº 13

pai ()

mãe (X)

outro ()

Nome : Mauro

Idade : 12 anos Sexo : masculino Cor: pardo

Procedência : Mococa – M.G. Escolaridade : 6ª série

Lazer : andar de bicicleta, video game, ver TV

Pai : 34 anos, cor branca, carpinteiro, pai adotivo

Mãe : 30 anos, cor branca, servente em escola, mãe adotiva

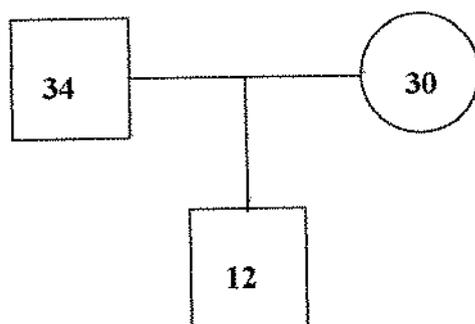
Situação Econômica (renda per capita): 2,7 SM Ocupação : estudante

Peso : 81 kg Estatura: 166 cm IMC: 29 kg/m²

Estádio puberal de Tanner: G₃ P₂

Início da obesidade : Desde 4 anos Obesidade na família : Avó materna

Heredograma



Adotivo

Entrevista nº 14

pai ()

mãe (X)

outro ()

Nome : Poliana

Idade : 14 anos

Sexo : feminino

Cor: branca

Procedência : Campinas - S.P.

Escolaridade : 7ª série

Lazer : Jogar futebol (goleira)

Pai : 40 anos, marceneiro

Mãe : 38 anos, boleira, obesa

Situação Econômica (renda per capita): 1 SM

Ocupação : estudante

Peso : 110 kg

Estatura: 167 cm

IMC: 39 kg/m²

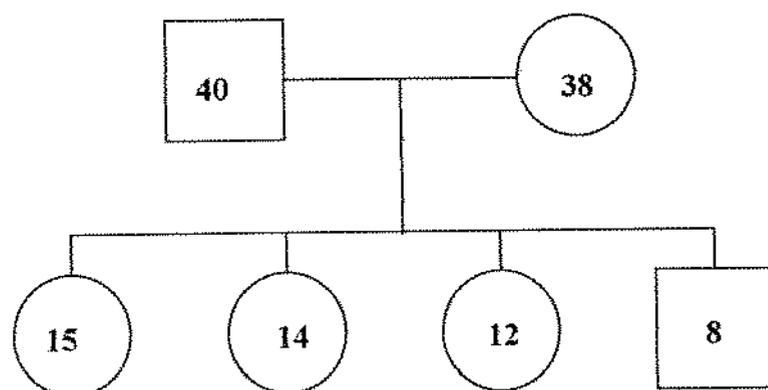
Estadio puberal de Tanner: M₄ P₄

Menarca: 12 anos

Início da obesidade : Desde pequena

Obesidade na família : Mãe, tias mat.

Heredograma



4.2 Análise das entrevistas

Dados importantes da história que enfatizam a influência de fatores psicossociais na origem e manutenção da obesidade

4.2.1 Entrevista nº 1 com Antonio e seu pai e Entrevista nº 2 com Everaldo e seu pai

Antonio e seu pai

Relacionamento familiar: provável conflito conjugal: O pai parece submisso à esposa quando diz: *“nóis vive bem, só que ela é muito nervosa...é preciso ter paciência...durante o tempo que estou em casa ela vive xingando eu”*.

Ele entretanto, parece desculpar a esposa e suas falhas com os filhos: *“queria amamentar, gostava de amamentar, mas o filho não quis aceitar ...não sei se é porque não tinha bico”*. Refere que ficou diabética depois da gravidez. Não veio para a entrevista e às consultas porque tem dor na perna. Parece desculpar a esposa: *“é meio nervosa com os meninos, mas zela bem dos meninos e cuida bem da casa”*. Mas dá a entender que ela não gosta dele, não é afetuosa e menospreza-o (chora nesse momento). Ele procurou defender-se dizendo que não deixa faltar nada em casa. Em relação ao relacionamento sexual, não houve condição de abordar, o pai não se sentiu à vontade. Estas situações relatadas mostram um ambiente familiar tenso, no qual os adolescentes vêm desenvolvendo-se.

Os filhos também mostram a mesma dificuldade de falar de afetos, sentimentos e emoções.

Gravidez: rejeição materna desde a gravidez: a mãe queria abortá-lo e tentou com meios ineficazes, mas que certamente tiveram efeitos em sua culpa.

Dificuldade na amamentação e portanto na interação mãe-bebê. O pai diz: *“Nasce criado”, isto é, com peso normal até acima da média, mas não mantém. “Não quis aceitá o peito dela e nem o bico da mamadeira, tinha que dá na caneca para ele desde 2 meses... A mãe ficou muito brava”*.

Pneumonias e internações no primeiro ano de vida, emagrecimento *"Ficou pele e osso. Só tinha cabeça"*

Esses fatos provavelmente mobilizaram muita culpa na mãe e também sua hostilidade reprimida contra esse filho não desejado, que além de não a gratificar - aceitar o seu leite - torna-se uma prova da sua incompetência como mãe. A desnutrição pode ser decorrente de sua dificuldade materna em alimentar e de interagir com o bebê. As pneumonias e internações contribuíram para acentuar essa privação psicossocial. A partir do primeiro ano de vida a dificuldade de interação afetiva pode ter sido deslocada para a comida e a super-alimentação do filho, o que seria uma forma encontrada por ambos de se conciliarem: a mãe não precisando ouvir suas queixas e ele submetendo-se a ela. Essa mãe tem o perfil descrito de mães que por terem dificuldades afetivas, deslocam todo o cuidado para a comida, asseio, limpeza da casa, etc.

Relacionamento entre irmãos: *"O Everaldo (irmão mais velho) briga e implica muito com o Antonio. Quando a mãe estava grávida, ele não queria irmão homem, queria mulher"*. A mãe incentiva o ciúmes entre os filhos. Segundo o pai: *"eu acho que a mãe apoia o mais velho e não apoia esse aí (Antonio). Ela diz que eu apoio muito o caçula"*. Essa família apresenta-se com duplas rivais: mãe com o filho mais velho e pai com o caçula; estes fatores de tensão no ambiente, geram ansiedade e pode estar mantendo a obesidade.

Relacionamento com colegas: tem dificuldade de relacionamento com os colegas que o chamam de "gordo, capotão, bola oca". O Antonio diz ficar triste com isso. Os sentimentos de rejeição podem ser causa ou consequência da obesidade e de uma personalidade passiva, sem capacidade de lidar com os impulsos agressivos de modo positivo para se defender ou lutar pelas coisas que deseja.

Vida escolar: teve duas repetências, a primeira repetência, estava na 4ª série, acha que foi porque a professora era nervosa, agressiva, sem paciência; este acontecimento pode ser uma repetição do padrão inicial do desenvolvimento de Antonio, em sua relação problemática com a mãe nos primeiros anos de vida. Naquele momento, na escola, há uma

regressão ou parada de desenvolvimento. Na 4ª série esta falta de empatia com a professora o deixa perturbado, com medo, e repete de ano. A segunda repetência ocorre quando estava na 5ª série e estranha a diversidade de professores, indicando sua imaturidade emocional, não estando ainda preparado para romper uma ligação de dependência (com aspectos simbióticos) que procura manter com as figuras parentais ou representantes desta.

Everaldo e seu pai

O pai relata que houve dificuldade com a amamentação: *“quando era pequenininho teve problema de choro, chorava de dia e de noite, não quis aceitar. Tinha uma vizinha que às vezes dava de mamá pra ele e ele mamava, na mãe ele não mamava”*. Como chorava muito, a mãe trocava de leite, levava em vários médicos, dava remédios”

Pode-se interpretar que não houve, no início, adequada interação mãe-bebê, levando a uma relação simbiótica, mas provavelmente a relação da mãe com o Everaldo não comprometeu tanto o seu desenvolvimento, mesmo porque ela tem uma ligação afetiva com ele, como se vê na fala do pai “eu acho que a mãe apoia o mais velho...”

O pai, rejeitado pela mãe, possivelmente não ajuda a separação deste filho com a figura materna

É um adolescente muito tenso e nervoso, mas parece ter mais recursos para lidar com a obesidade, percebendo-se isto quando relata que arrumou emprego, no qual ele tem que caminhar muito e deste modo faz atividade física todos os dias. Como ele mesmo descreveu *“come pouco, almoça tarde e anda muito com o emprego de vendedor”*. No entanto, permanece um padrão de resposta a conflitos, situações estressantes, muito primitivo, como ele mesmo diz *“o nervoso atrapalha, faz comer muito”*. Mostrando ausência de auto-controle e ansiedade.

O processo da adolescência parece estar contribuindo para seu crescimento no tocante às relações interpessoais, tem namorada, estuda e está empregado.

4.2.2. Entrevista nº 3 com Milton e sua mãe

Relacionamento familiar: dificuldades de relacionamento entre os membros da família, por falta de comunicação entre si. Tem ciúmes do irmão de dezessete anos, porque este se dá bem com o pai.. Não tem bom relacionamento com o pai. Acha que o pai é como os outros que pensam que ele é homossexual ('veado' como ele diz)). Com a mãe tem bom relacionamento.

Outros dados que podem estar contribuindo com a obesidade do Milton.

A mãe não esperava essa gravidez, foi mais um filho que teve por não saber usar, ou por não ter tido acesso a métodos anticoncepcionais. A amamentação foi satisfatória, mas ele não ganhava peso. Foi internado várias vezes no primeiro ano de vida, apresentando diarreia, desidratação e pneumonias. Refere que ele chorava muito nas internações, pois a mãe nunca ficou com ele (não podia pagar e assim a mãe não ficava junto).

A gravidez ocorreu em um momento de vida que foi difícil para a mãe, pois ela tinha que trabalhar na roça, o que dificultou uma boa maternagem. Os constantes afastamentos da mãe com internações, podem ter mantido uma relação insatisfatória com dificuldades de separação da figura materna.

Quando criança era muito 'chorão' e demorou para largar a chupeta. Era muito "paparicado" pelas irmãs. Chorou muito para ir para a escola; não queria deixar a mãe e as irmãs. Diz que: *"sempre foi muito paparicado pelos irmãos que hoje sente que o rejeitam"*. Esses aspectos podem significar sua dependência em relação à mãe, a qual o mantém afetivamente ligado a figura materna, o que de certa forma é reforçado pelo sentimento de rejeição com relação aos irmãos e pai.

Relacionamento com colegas: sofre muito por apresentar ginecomastia e se sente segregado pelos adolescentes do sexo masculino *"eles o chamam de 'veado'... eles fazem muitas brincadeiras bobas"*. Prefere a amizade das meninas *"porque são mais maduras e*

com quem se dá melhor". A ginecomastia que lhe causa tanto mal estar, poderia estar agravando seu isolamento dos seus pares, colegas do sexo masculino.

Milton apresenta dificuldades em relação a sua sexualidade. Estas podem ser decorrentes de sua dificuldade em se separar da figura materna, mantendo uma atitude infantilizada com um corpo gordo, indiferenciado. A dependência afetiva que mantém com a mãe e mau relacionamento com o pai provavelmente dificultam a identificação com a figura masculina. Estes aspectos do desenvolvimento psicosssexual estariam gerando ansiedade, angústia e fantasias. Essas dificuldades afetivas poderiam levar ao excesso alimentar.

4.2.3 Entrevista no 4 - Alexandre e sua mãe

Os pais são primos de 3º grau; em ambas as famílias existem pessoas com obesidade. A mãe começou a engordar depois que se casou. O pai foi engordando depois de certa idade. Os filhos do casal sempre foram gordos.

Relacionamento familiar: Refere vários desentendimentos do casal desde o início da vida de casados. Um dos motivos se relaciona com a presença de irmãos que moravam com eles, tanto do lado dela quanto do marido. Atualmente, moram na residência o casal e os dois filhos.

A mãe tem dificuldade em se separar dos filhos. O pai é alcoólatra, sendo uma pessoa descrita pela mãe como instável, imaturo, ficando agressivo quando faz uso de bebida alcoólica. Isto atrapalha o relacionamento do casal e a deixa e aos filhos tensos e nervosos. A mãe refere que o filho mais velho, o Alfredo, é muito obeso, pesa 120 kg, e ela preocupa-se muito com isto. Além disso, a mãe acha que ele tem problemas emocionais, pois é nervoso e não consegue manter os empregos que arruma. Esta situação familiar mostra vários aspectos que levam a um ambiente familiar com tensão emocional.

A mãe refere dificuldades desde o início do casamento, em relação à sexualidade, sendo que o alcoolismo do marido piorou mais a situação.

Outros dados da história que podem estar colaborando para a manutenção e mesmo piora da obesidade do Alexandre :

Gravidez: a mãe refere que a gravidez do Alexandre foi desejada mas *“a minha vontade era de chorar dia e noite, ficava encostada, deitada no sofá chorando”*. Refere que aos 11 anos perdeu a mãe, que *“morreu de parto, ela e o bebê”*, e teve que cuidar dos irmãos.

Não amamentou o primeiro filho, porque o seio ‘empedrou’ e depois o leite secou. O Alexandre amamentou até 2 anos e meio (a amamentação prolongada, podendo significar uma dificuldade em se separar do filho). O desmame foi abrupto, porque engravidou com o DIU e teve um aborto (outra vez na gravidez aparece um episódio cercado de morte).

As vivências da mãe, nos seus períodos de individuação e separação, como a sua adolescência e seu casamento, são cheias de sentimentos de desgraça, perdas e sofrimento. Possivelmente ela traz essas vivências para a gravidez e maternidade; a sua depressão pode ter dificultado uma boa maternagem, desenvolvendo uma relação simbiótica mantida até hoje. Isto pode ser percebido quando se refere a obesidade que ambos apresentam *“Nós tamo engordando mais, em vez de emagrecer. E aí, Alexandre como a gente faz? Tá engordando cada dia mais e a gente fica assim com vergonha”*.

Brigas entre os irmãos: o irmão mais velho bate muito no Alexandre. Em alguns momentos da entrevista o Alexandre chorou dizendo que *“eu choro de nervoso...”*.

Relacionamento na escola: Alexandre relata que há 1 ano os colegas o tem chamado ‘de gordo, baleia’, e que isso o deixa muito bravo. Mas refere ter amigos, do sexo masculino e feminino.

Alexandre é um adolescente ainda imaturo: *“gosto mesmo de brincar na rua”* e nega interesse pelo sexo oposto. Tem dificuldade em se expressar, chora durante a entrevista, dizendo que é muito nervoso por causa da agressividade do irmão e pelo fato do pai beber. Ressente-se por causa dos apelidos que lhe colocam, mas não consegue expressar

a raiva que sente. A dificuldade de expressar os sentimentos está também presente na mãe: *“a gente tem que ficar segurando as pontas, cuidando pra não dar encrenca e então a gente vai engolindo, engolindo... e aí começa a procurar comida”*. O Alexandre pode ter desenvolvido o mesmo padrão de comportamento alimentar, comer para acalmar e não lidar com os problemas.

A mãe falou muito de sua vida e dos problemas com o filho mais velho, o Alfredo, durante a entrevista. Fica-se com a impressão que a obesidade do Alexandre não tinha importância *“é de família, não tem jeito, né?”*. Existe uma falta de motivação real da mãe e do filho para a tarefa – emagrecimento. Pode-se inferir que a relação com o alimento é uma das poucas fontes de prazer, substituto ou válvula de escape para as emoções bloqueadas ou reprimidas como raiva, medo e depressão.

Nota: Esta família foi encaminhada para terapia familiar. No primeiro dia compareceram a mãe e o Alexandre. Depois foram chamados o outro filho e o pai. Vieram, mas essa foi a única vez que o pai compareceu. O Alfredo veio mais duas vezes e depois desistiu. A dupla - mãe e o Alexandre - veio várias vezes para a terapia, mas depois os dois não compareceram mais.

4.2.4 Entrevista n° 5 – Márcia e sua mãe

Início da obesidade desde lactente, tendo procurado tratamento aos 8 meses.

Antecedentes de obesidade na família: negativo

Essa entrevista permitiu ver alguns aspectos em relação ao início do desenvolvimento da obesidade da Márcia.

Aspectos do funcionamento da família: A mãe da Márcia casou-se com 16 anos (tinha tido a menarca com 15 anos). Casou-se para sair de casa, por causa de problemas familiares: pai e mãe alcoólatras, o pai agredia a mãe fisicamente e ameaçava as filhas. As outras irmãs, como a mãe da Márcia, casaram-se para fugir desse ambiente. Essa vivência com os pais possivelmente interferiu em seu desenvolvimento emocional e dificultou seu

amadurecimento, principalmente na adolescência. Isto pode tê-la levado a engravidar ainda adolescente. Os pais de Márcia são primos e ambos tem pais alcoólatras e trouxeram para o casamento a mesma carga emocional: a vivência do alcoolismo na família, quer dizer, apresentam um padrão familiar caracterizado pela tensão emocional.

Existe na família a mesma falta de diálogo e compreensão. A mãe refere-se ao marido como um homem rígido, fechado e pouco afetivo com as filhas. Revela problemas com a sexualidade, desde o início do casamento, é uma mulher fria, que já pensou até em fazer tratamento. São aspectos da vida afetiva do casal que possivelmente se refletem na dinâmica familiar.

Gravidez: ocorre logo após a menarca, antes do casamento, e ela foi criticada por não contar que estava grávida. As pessoas da sua família sentiram raiva dela. Ficou doente, teve hepatite, necessitando ficar internada, quando tomou soro e vitaminas. Associa isto com a fome da Márcia. Refere ter sentido medo de ter um filho com problemas, por causa do alcoolismo dos pais.

Os pais desejavam um menino. Após o nascimento, a Márcia chora muito. No berçário tem que receber água a todo instante e até ser separada dos outros bebês. A mãe possivelmente não conseguiu ser empática com o bebê. É o avô materno que escolhe o seu nome, pois os pais não haviam escolhido ainda nome de menina.

Em relação à amamentação: “o leite materno não sustentou”, chorava muito e não ganhava peso. Chorava até no colo, “parecia que o colo tinha espinho”, ficava melhor na cama. Iniciou a mamadeira com 1 mês, pois o pediatra disse que a Márcia estava passando fome. Neste momento começa o processo de super alimentação pela mãe. Mamava e ficava “deitada” na cama. Mesmo com mamadeira continuou chorona. A mãe dava todo tipo de alimento, foi “entuchando” comida. Durante o primeiro ano a Márcia engordou muito, ganhava 1,5 a 2 quilos por mês.

Aos oito meses Márcia é obesa, passa a ser submetida a várias dietas, exames e tratamento da obesidade. Tudo isto acaba contribuindo para seu retraimento social e insegurança.

Além do prejuízo do desenvolvimento emocional, há também do desenvolvimento cognitivo. O problema surgiu quando foi para a escola, não se aproximava das professoras e dos colegas. Como só fazia a alimentação permitida pela dieta, chegava a comer os restos de alimento que procurava no lixo. Assim, em decorrência de regimes alimentares passa a deixar de freqüentar a escola.

Relacionamento das irmãs: quando a Márcia tinha três anos, nasce a segunda filha, a Joana, que foi desejada como menina (o pai não gostava mais de meninos, em decorrência de sua convivência com sobrinhos, dizia que dão muito trabalho). Márcia desenvolve uma relação de cuidados com a irmã *“cuida da Joana como se fosse filha dela, prepara a alimentação, leva para a Joana”*.

Pode-se inferir que a Márcia ao fazer comida e dar a irmã aproxima-se do que é descrito por WINNICOTT, como o tipo de pessoa que busca ser a mãe para os outros como uma conseqüência da falha de maternagem no seu desenvolvimento, com a formação de um falso *self* (WINNICOTT, 1978). Ao fazer isto, a Márcia poderia estar reproduzindo a situação primitiva e neste jogo simbólico sente-se cuidada ao cuidar da irmã.

A Márcia, segundo relata a mãe, cresceu num ambiente no qual os pais sempre discordaram na maneira de agir em relação a sua obesidade: por um lado a mãe mantém um habito alimentar inadequado, oferecendo lanche (constituído de bolachas, bolo, leite), às 15 horas; de outro lado, o pai acha que ela tem que passar fome para emagrecer.

A mãe diz que procurou o serviço como último recurso, embora ela já esteja desanimada. Diz que liberou a Márcia para comer de tudo, mas é contraditória porque diz *“a Márcia só come se a Joana dá ou se eu falo para pegar”*.

Estes dados da história podem sugerir como a voracidade se desenvolve na criança desde a mais tenra idade, mantendo-se durante a infância e adolescência. A Márcia possivelmente é uma adolescente rejeitada numa inserção familiar complicada, onde as funções maternas e paternas não são cumpridas com adequação por duas ou três gerações, como se isso fosse uma “herança”.

A obesidade neste caso não parece ter uma herança genética, não há antecedentes de obesidade na família. Este caso ilustra como a família pode ser um ambiente favorecedor da instalação da obesidade, mesmo sem o componente genético. Possivelmente, essas dificuldades durante a adolescência comprometem ainda mais o processo de individuação.

A Márcia aparenta ser uma adolescente muito triste e tímida. A sua história foi contada como se a sua existência fosse em função da comida. Percebe-se que ela tem vontade própria quando durante a entrevista diz para a mãe: “*Não gosto mais de fazer comida... Eu tô enjoada*”. Talvez a sua ‘cura’ seja esta: ser estimulada a buscar seus recursos internos e poder dizer do que gosta e do que não gosta, enfim buscar a sua identidade. Tanto ela como a família necessitam de ajuda profissional para este intento.

4.2.5 Entrevista nº 6 – Zilda e sua mãe

Relacionamento familiar: provável conflito conjugal: falta diálogo, a mãe sente-se reprimida (tem que pensar o que pode dizer em casa), o marido está desempregado. Problemas financeiros desde o início do casamento, quando a fábrica do sogro fechou e seu marido não recebeu de volta o dinheiro que havia investido. O casal teve que ficar morando com os avós maternos, dos quais a mãe cuida desde solteira. Os avós maternos interferem no relacionamento do casal.

A mãe ao falar do marido traça uma imagem de uma pessoa fracassada que se sente rejeitado e inferiorizado. É alguém com conflitos mal resolvidos com seus pais, que não consegue enfrentar figuras autoritárias, submetendo-se a elas. A mãe acha que ele é esquisito, nervoso, não procura emprego; é meio acomodado e sem iniciativa. Certamente, ela passa esta imagem aos filhos.

Dificuldades de interação mãe e filha: a gravidez acontece em um momento difícil da vida deles. Amamentou 15 dias, “*porque leite secou quando levou um susto*”. A avó materna é quem cuidou da Zilda desde pequena (ela inclusive tem bom relacionamento com a avó, mas parece que esta não conseguiu suprir a carência afetiva). A dificuldade inicial pode ter prejudicado seu desenvolvimento e levado a uma relação de dependência com a mãe. O pai, sendo uma pessoa passiva e submissa, pode ter dificultado a separação da dupla mãe-filha.

Situações de ciúmes na família. Relacionamento entre irmãos: brigas e ciúmes entre a Zilda e o irmão mais velho. A Zilda diz que a mãe prefere o irmão: *“Tudo que meu irmão quer ela traz pra ele”* Isto cria situações de conflito entre a Zilda e a mãe, gerando ressentimentos, sentimentos de raiva e agressividade, que são contidos em Zilda. O seu comportamento passivo e submisso também está presente na mãe e no pai, e Zilda o reproduz na sua relação com as outras pessoas. Por outro lado, a mãe sente ciúmes do relacionamento da avó materna com a Zilda, o que pode também levar a sentimentos de raiva e agressividade com a filha. Há reclamações também dos tios maternos dizendo que estes dão mais atenção ao irmão e se sente preterida. Faz um relato de episódios nos quais os tios levaram seu irmão para lancha e a ela não. Isto demonstra como o alimento tem uma conotação afetiva para ela: assim ‘dar comida’ é uma demonstração de afeto e consideração, é ‘dar algo de valor’; possivelmente a comida funcione como um substituto do afeto.

A experiência na escola, nos primeiros anos, parece ter deixado ressentimento em relação à atitude da mãe, que a fez repetir o ano (estava na 2ª série e ainda não sabia ler). Ainda se refere a este episódio como se a mãe tivesse impedido o seu desenvolvimento, este pode ser um conflito não elaborado.

Relacionamento com colegas: sente-se feia e com o corpo esquisito e reclama que não pode usar certos tipos de roupa *“as pessoas ficam rindo e fazendo brincadeiras”*. Diz espontaneamente que tem interesse por meninos, mas ainda não namorou.

A mãe conta que a Zilda gosta de fazer uma determinada brincadeira com o pai, onde medem força física. Isto a aproxima do pai, são parecidos, ambos obesos. Refere que sente ciúmes dos pais: provavelmente revivendo a fase edípica. Este pode ser um dos significados da obesidade.

A Zilda, durante a entrevista conjunta com a mãe, reportava-se frequentemente a ela para responder as perguntas, mostrando-se uma adolescente dependente e insegura.

Estes aspectos ressaltados na entrevista possivelmente podem gerar ansiedade, angústia e insegurança em Zilda, levando à maior ingestão alimentar e mantendo a obesidade.

4.2.6 Entrevista n° 7 Selena com a mãe e entrevista n° 8 Selma e a mãe.

Selena e a mãe

Relacionamento familiar: os pais são primos de 2º grau e todas as pessoas são obesas na família. O pai é um homem muito exigente, que proíbe as filhas de sair e de ter amigos. Este comportamento agravou-se após a filha mais velha (que na realidade é sua enteada) ficar grávida e após o parto não querer cuidar da criança, que ficou morando com eles. A enteada não mora mais com eles e tem uma vida de delinquência, usa drogas, pratica roubos, etc.

Este é o segundo casamento da mãe. Conta que veio para Campinas quando sua mãe morreu, para morar com um tio. Namorou o atual marido 6 meses, mas não deu certo. Casou-se com outro que morreu, após onze meses de casados, em decorrência de um derrame cerebral. Fala que nunca quis ter filhos, pois já havia criado os irmãos quando sua mãe morreu e já estava cansada de criar filhos.

Ficou grávida a primeira vez, porque o marido quis muito. Quando ficou viúva reencontrou o atual marido. Sempre precisou trabalhar fora de casa e que foi difícil criar as meninas, deixava-as ora com uma tia, ora com a vizinha.

A Selena é a primeira filha do atual casal.

A gravidez da Selena aconteceu porque a mãe resolveu parar de tomar o anticoncepcional, diz que queria ficar grávida. Foi amamentada até 9 meses, porque ficou grávida da outra irmã (Selma), tendo que suspender a amamentação. Foi um desmame abrupto. Refere que Selena sempre foi gordinha e, segundo a mãe, era a mais bonita.

A Selena conta que gosta de sair com os amigas e isto gera brigas em casa. Fala de modo irônico sobre namoro: *“só se for por bilhetinho, porque com o meu pai, a gente só passa vergonha”*.

O relacionamento com o pai, conforme relatado acima, cria situações de estresse

que segundo a Selma a levam a comer mais “*you pass nervous and dá vontade de ficar comendo...comendo...o dia inteiro*”. Isto mostra que a dificuldade em lidar com conflitos, pode levar a uma ingestão compulsiva de alimentos.

A obesidade, neste caso, mostra um padrão familiar, hereditário (os pais obesos são primos de 2º grau) e ambiental, no qual, o difícil relacionamento com o pai parece ser uma importante fonte geradora de ansiedade. Somando-se a isto, as vivências próprias da adolescência que poderiam estar gerando mais estresse, levando-a a comer mais.

Selma e a mãe

Os problemas familiares relatados são os mesmos relatados pela irmã, ou seja dificuldade de relacionamento com o pai, que é uma pessoa intolerante e repressiva, impedindo-a de relacionamento social.

Gravidez da Selma não foi desejada, porque nessa época tinha muitos problemas financeiros. Amamentou até 2 anos e meio, pois ficava em casa nessa época, porque a Selma vivia doente e internada por crises de bronquite. Mais tarde foi diagnosticado refluxo gastroesofágico do qual se trata até hoje. Estes antecedentes revelam que a relação mãe-bebê pode não ter sido satisfatória nos primeiros meses e provavelmente foi perturbada pelas várias internações.

A mãe associa o início da obesidade, quando a Selma tinha 6-7 anos, com a morte por acidente de uma criança, filha da madrinha: “*ela ficou bem agitada... eu acho que isto mexeu com ela, porque ela era muito amiguinha, passava o fim de semana na casa da madrinha... foi um choque! Além dela começar a engordar, ela começou a sentir as dores*”. Nessa ocasião houve piora também do quadro de esofagite. A morte da criança pode ter desencadeado o início da obesidade. Ressalta-se que a morte na cultura ocidental gera nas pessoas muita ansiedade e medo, é um forte componente de tensão emocional.

A Selma demonstra ser uma adolescente tensa e nervosa, reagindo aos conflitos somatizando-os. Quase não sai, gosta mais de ficar em casa e ver televisão. As dificuldades no relacionamento com o pai a aborrecem muito, chegando a dizer que quando fica muito nervosa, come muito por isto.

Na adolescência, vários fatores podem colaborar para manter a obesidade. Nestes casos, os conflitos com o pai são fonte geradora de estresse, levam à repressão da sexualidade e afastamento do convívio com o grupo de pares, comprometendo o processo da adolescência.

Vários fatores contribuem para a obesidade desta adolescente: dificuldades na interação mãe-bebê, trauma, conflito com o pai, isolamento social e o tempo que passa vendo TV. Assim ela come para reduzir o sintoma ansiedade e deixa de ter atividade física.

4.2.7 Entrevista nº 9 Bernardete (só a adolescente foi entrevistada)

Problemas familiares: irmão caçula com 3 anos de idade, apresentou problema ao nascer que resultou em atraso do desenvolvimento neuromotor. Atualmente necessita de cirurgia para correção de defeitos nos membros inferiores. A mãe tem problemas cardíacos, necessitando repouso e dieta própria. A Bernardete não trabalha fora e nem estuda, pois teve que assumir as funções da mãe em sua casa.

Dados da história que podem ter contribuído com o início da obesidade e sua piora na adolescência:

Amamentação insatisfatória: chorava muito no início e não gostava do leite materno ('tinha nojo'). Quando complementada com mamadeira de leite em pó, parou de chorar.

Aos cinco anos, com o nascimento do irmão, teve muito ciúmes, que se mantém até hoje (refere que serrou todo o berço do irmão quando este nasceu).

Existe um hábito na família que é de dar comida para substituir algo ou controlar: *"o pai deu 'danoninho' quando minha mãe foi para a maternidade"*, ou *"minha mãe dava bolacha para eu ficar quieta"*.

É uma adolescente que não tem boa relação com a mãe. A Bernardete se ressentiu muito da atitude da mãe em 'controlar os seus passos'. Refere que sempre cuidou dos

irmãos para a mãe. Atualmente, pelo fato da doença materna, tem cuidado dos irmãos e do pai. Diz que *“gostaria de ser homem porque mulher sofre muito”*.

O pai desempenha um importante papel na vida da Bernardete (é o que traz comida para casa). Mas é um pai que interfere em sua vida com os amigos, tendo atitudes de ciúmes da filha. É também exigente com o preparo da comida. Exemplificando: ela relata que *“às vezes engordo de tanto experimentar a comida, para ver se está bom, senão meu pai acha ruim”*. Esta fala pode mostrar que Bernadete não consegue perceber a própria ansiedade que a leva a comer muito, então usa o pensamento mágico para explicar seu comportamento alimentar.

Há vários indícios que mostram que existe uma dependência afetiva dos pais, impedindo-a de fazer o corte com a infância e mantendo-a numa atitude infantilizada e submissa. Esta submissão provavelmente é acompanhada de raiva e ressentimento, que se não verbalizados podem levar à agressividade contra ela mesma - *“comer sem parar”*.

Relacionamento com amigos: não está estudando, tinha uma amiga, mas afastou-se porque acha que a amiga fazia pouco caso dela, pelo fato de ser elegante e magra. Outros colegas falavam que *“era gorda, faziam piada”*. Ainda não teve namorado, aliás tem dificuldade com o convívio social, tendo vergonha de ir a bailes por ser gorda.

A Bernardete, apesar de seu jeito infantil, foi muito participativa na entrevista, embora com dificuldade de se expressar. Apresentava-se desanimada e apática, quando falava de sua obesidade, o que poderia ser decorrente de um estado depressivo.

4.2.8 Entrevista n° 10: Lúcia e sua mãe

Relacionamento familiar: a mãe é uma pessoa que se esforça para manter o casamento e a família estáveis, mas parece ser uma pessoa submissa e controlada. Tem dificuldades em entrar em contato com os sentimentos. Relata os seguintes problemas de relacionamento: o marido é muito nervoso e explosivo, fala sem pensar e bebia muito quando tinha um bar e isso atrapalhava a família. Estes dados mostram que o ambiente da família é tenso, podendo gerar ansiedade em seus membros.

Relata que a Lúcia sempre foi gorda, mas houve um aumento de peso mais acentuado aos 9 anos. Nessa ocasião nasceu uma sobrinha prematura de Lúcia, que veio a falecer. Na cultura ocidental, a morte é um acontecimento que leva a medo e ansiedade, sentimentos que podem ter sido vivenciados por Lúcia, desencadeando-se maior ingestão alimentar, com conseqüente piora da obesidade.

Dados da história familiar que levam à compreensão da obesidade:

Na gravidez não esperada, a família viveu momentos de nervosismo e tensão, pois havia uma suspeita que o pai estava com câncer, o que depois não se confirmou.

Lúcia foi amamentada até seis meses, amamentação esta que foi acompanhada de momentos de tensão. A mãe teve dificuldade com o desmame desta segunda filha e tinha medo que esta sentisse vontade de mamar. Por este motivo suspendeu a amamentação da Lúcia aos seis meses.

Existe uma relação de ciúmes e inveja da Lúcia com relação a essa irmã, nota-se quando diz: *“Ah...acho que é muito bom pra ela, ela fez regime e emagreceu... Então eu acho que é ótimo pra ela, porque ela não precisa sofrer por causa... Ela arranja namorado... melhor pra ela”*. Esses sentimentos podem ser reforçados pela própria mãe, quando se presta atenção à maneira como se refere esta filha: *“e a do meio já é assim tudo o pai, né? Ela é mais... magra, meu marido é moreno, ela é morena... ele é falante, ela conversa bastante, ela é tudo do pai, tudo do pai.”* Apesar da mãe se queixar do pai como pessoa, valoriza seus atributos físicos.

Sobre o relacionamento da Lúcia com o pai a mãe diz: *“Não havia contato com a Lúcia, porque ela tava sempre dormindo e eu fechava a porta do quarto para não fazer barulho, quando ele chegava em casa”*.

Relacionamento com amigos: Lúcia conta que na escola as meninas chamavam-na de gorda e que isto a deixava chateada. Mas fala que tem amigos, tem uma colega que também é obesa, com a qual conversa muito. Gosta de ir a festas, de jogar bola com os primos. Não tem paquera e não namora, pois acha que é muito nova. Mas se contradiz muito, negando os sentimentos de sofrimento pelo fato de ser gorda. Percebe-se melhor esta

negação dos sentimentos quando se refere à irmã que é magra e arruma namorado.

A gordura pode ser uma forma da Lúcia manter-se sempre criança e provavelmente permanecer ligada a mãe, de uma forma simbiótica.. Cresce desenvolvendo uma relação de ciúmes e inveja da irmã. Percebe-se também que tem dificuldade em se aceitar como adolescente. Provavelmente as mudanças puberais e as vivência dos conflitos próprios dessa fase possam levar à ansiedade e aumento da ingestão de alimentos. Isto impede que apareçam as suas formas femininas (freqüentemente era confundida com menino no grupo de obesos) e, possivelmente, seja uma forma de não entrar em contato com a vivência dos impulsos sexuais, etc.

Foi uma entrevista difícil, tanto a mãe quanto a filha tinham dificuldade de falar dos sentimentos e da vida pessoal. São pessoas contidas e se controlam para falar. A mãe mostra vontade de participar do tratamento, todavia é muito superprotetora. A Lúcia necessita de ajuda para falar de seus sentimentos..

4.2.9 Entrevista nº 11 - Laís e sua mãe

A história familiar da Laís mostra muitos elementos que possibilitam fazer algumas inferências sobre os fatores psicossociais, que podem estar associados à obesidade e dificultando os progressos no tratamento

A gravidez da Laís aconteceu 11 anos após outra gravidez, cujo concepto, uma menina, nasceu morto. Segundo a mãe, após se envolver em uma séria briga entre seu pai e seu irmão, começou a sentir contrações prematuras, e a partir daí a evolução do parto não foi bem sucedida. A gravidez da Laís foi cheia de medos e ansiedade. Nasceu de parto cesariana e bem. Mãe refere que chorou muito depois deste parto, liberando a emoção represada durante tanto tempo, ou seja onze anos após a perda da outra filha.

Refere que amamentou, mas que a Laís não se alimentava bem. Com 7 meses foi colocada na creche porque teve que trabalhar. Com 1 ano, foi internada com pneumonia e o médico "*desenganou ela por causa do peso*". A mãe pode ter associado magreza da filha ao perigo de vida, e para esta mãe, a criança gorda poderia ter o significado saúde ou vida,

passando a super alimentar a filha. A sensação que se tem é que desde bebê Laís não gratificava a mãe por sua dedicação, não correspondia às suas expectativas. Pode-se perceber melhor nesse trecho da entrevista: *“Mamava no peito, inclusive eu sempre falo que o meu filho mais velho foi criado assim, quando tinha três, quatro meses, eu comecei a dar comida, arroz com caldinho de feijão, polenta. Ela mamou no peito até 7 meses e meio e depois precisei por ela na creche, ela começou na mamadeira. Eu fazia tudo pra ela antes de por na creche, eu comprava carne, legumes, fazia sopa de tudo que é legume, dava todo dia uma mamadeira de suco de laranja, cenoura, maçã raspadinha. Não sei, meu filho eu nunca fiz isso pra ele, e era tão gordo! Ela que foi criada com tudo isso era magrinha, magrinha... Pra ele eu dava banana nanica, pra ela nunca dei, era banana maçã... Eu não sei porque ...de repente começou a engordar...”*

Foi uma criança que, quando não estava na creche, ora ficava com uma pessoa, ora com outra. Inclusive houve um episódio no qual a mãe e o pai esqueceram a filha na creche, ela estava com 4 anos. Precisou ir dormir na casa da chefe da creche, chegando a passar uma semana na casa desta pessoa. Estes fatos sem dúvida mostram como a Laís foi uma criança rejeitada.

Aos três anos a Laís tinha uma ligação boa com o pai. Isto causou ciúmes na mãe, chegando a brigar com o pai. Refere que o pai nunca teve a mesma ligação com o filho mais velho, vindo a rejeitá-lo depois que a Laís nasceu. Ao contrário, a mãe sempre foi muito ligada nesse filho. Essa dificuldade dos pais em lidar com essa fase do complexo de Édipo pode ter dificultado a sua resolução. O irmão de Laís tem 29 anos, separado e mora com os pais.

Na adolescência, a Laís sofre porque não tem uma boa relação com a mãe: *“O relacionamento com a minha mãe é muito complicado, eu acho que ela deveria conversar mais comigo, ela só cobra, é muito difícil elogiar. Eu e minha mãe, a gente discute muito. A gente não tem muito diálogo, ela passa o dia inteiro fora então chega a noite ela tá cansada... eu vou conversá, ela fala ‘ai tô cansada, sai’...”*. E ela também não se relaciona com o pai, que se tornou uma pessoa “bruta e agressiva”.

Lais refere que o ambiente em casa é tenso, tem desentendimentos com o irmão; não tem muito diálogo porque ele é bem mais velho que ela. Tem ciúmes da ex-cunhada, porque é muito amiga da mãe e para a qual a mãe dá muita atenção.

O relacionamento dos pais é cheio de desavenças e brigas. Desde a perda da filha que nasceu morta, devido à dificuldade em lidar com esta dor, parece que o pai se endureceu e se brutalizou, e a mãe ainda não pode esquecer. A rejeição que o pai sente pelo filho, segundo depoimento da mãe, também traz ressentimentos. Várias situações estressantes influenciam a dinâmica familiar e podem favorecer a obesidade desta adolescente.

Relacionamento com amigos: segundo a mãe, a Lais tem muitos amigos, ela conhece todo mundo, é sociável. Mas a Lais diz não se sentir feliz porque as colegas a discriminam muito na escola. Aonde se sente feliz mesmo é no escotismo. Percebe-se que por trás da garota amigável e extrovertida existe alguém que se sente só e discriminada. O isolamento social, a falta de amigos “de verdade” como ela diz, leva ao círculo vicioso: solidão, ansiedade, comer e perpetuar a obesidade. Namorou só uma vez, ele era obeso também. Nunca teve relação sexual.

Refere que na adolescência sente muita falta de alguém para conversar, e chorando diz *“sinto falta de uma pessoa mais próxima...Sabe, eu gostaria de ser aquele tipo de pessoa que conta tudo pra mãe, mas... na minha casa não é assim...”*

Refere também que percebe que a comida substitui alguma coisa, por exemplo: *“pediu pra uma amiga vir a tal hora e ela não vem...então eu começo a esperar e vou na geladeira e procuro o que comer, sento no sofá...espero...aí como”* A ansiedade que sente e o comer compulsivo, às vezes sem saber porquê, encobrem provavelmente um estado depressivo, que ela deixa transparecer, quando diz: *“tem dia que quero dormir o dia todo”*.

4.2.10 Entrevista nº 12 – Walter, o pai e a avó

Problemas familiares: pais separados desde quando o Walter tinha 3 anos de idade. Mora na casa dos avós paternos, juntamente com o pai, onde já vivia desde que

nasceu. Foi uma separação com problemas, ainda há ressentimento nas falas do pai. A mãe é quem propôs a separação. A mãe casou-se para sair da casa paterna, tinha problemas com o seu pai. Segundo o pai de Walter o casamento foi *“uma fuga da casa paterna”*. Este ainda não se conformou com a separação. Durante a entrevista, mesmo perto do Walter diz *que “ela é quem quis”*, colocando sempre em dúvida sua capacidade de cuidar do Walter *“que deve ser um pessoa confiável porque o juiz deu a guarda para ela”*. Demonstrava sempre sentimentos de ressentimento em relação a ex mulher, percebia-se que não poupava o filho dessas desavenças.

A avó paterna conta que seu filho é alcoólatra desde o casamento e quando bebe irrita muito o neto. Relata que a infância de seu filho foi difícil, porque tinham problemas financeiros. O avô paterno, conforme a descrição que a avó fez, parece ser uma pessoa sem muita iniciativa. A avó não desejava ter filhos e só teve o pai de Walter. Ela revolta-se com a situação atual, na qual ela tem que assumir as responsabilidades de tudo. Relata que sempre diz ao Walter *“seu pai não faz nada para dar a você... não faz nada , só vive nessa bebedeira”*, mostrando assim que ele é um homem fraco e sem valor.

Relação mãe-bebê não foi satisfatória: os pais fizeram tratamento para que a gravidez acontecesse. A mãe amamentou até 2 meses (começou a trabalhar), mas quem sempre cuidou foi a avó *“porque a criança vivia chorando no berço, e ninguém ligava, só viviam discutindo”*.

O pai, em outra entrevista sozinho, contradiz sua mãe quando fala que procura dar tudo o que o Walter quer, dá bens materiais, material da escola, vídeo game, roupas, etc. O avô lhe dá dinheiro para comprar lanche, guaraná. Parece que o afeto ele busca na mãe, que segundo o pai, não quer saber de cuidar dele. O pai é uma pessoa doente, é epilético, tendo convulsões frequentemente porque não toma os remédios adequadamente. Já foi internado várias vezes para tratamento psiquiátrico, em decorrência do alcoolismo..

Relacionamento na escola é bom e tem muitos amigos no bairro onde mora.

A piora da obesidade deve estar ocorrendo pelos problemas familiares e dificuldades de relacionamento com os pais. A avó diz: *“ele fica desgostoso de ficar em*

casa porque o pai bebe". Além do que, o pai e a avó sempre criticam a mãe: *"a mãe é amorosa, mas dizer que se preocupa com ele..., não."*

As mudanças na adolescência geralmente são vivenciadas com angústia. Isto fica mais difícil para o Walter, que se divide entre os pais. É um adolescente que desde a infância parece que não pôde contar com eles quanto à continência, segurança e aos aspectos afetivos. As palavras da avó mostram essa realidade: *"desde que ele nasceu, quase vivia no berço, ele chorava, chorava...Eu via que ninguém se incomodava, eu ia no berço, ele tava lá em pé no berço. Levava pro meu quarto, trocava, dormia na minha cama...a noite toda comigo"...* E a avó dizia: *"Eu sempre digo: fizeram tanta coisa pra ter esse menino, agora ele fica pra baixo e prá cima, não tem parada"*.

O conflito que o Walter vive, ora estar com a mãe, ora vir para a casa da avó, 'esse desassossego', possivelmente gera ansiedade, levando à maior ingestão de alimentos. Sobre isto o Walter não quis conversar, respondendo quando perguntei com quem preferia morar: *" Não sei...Mas cada dia tô com um, tá bom assim"*. Deste modo ele tem um e outro.

O Walter mostra ser infantil e inseguro. Durante a entrevista, quando alguma pergunta lhe era dirigida, o pai e a avó exigiam que ele falasse, chegaram a ficar irritados com ele frente ao seu silêncio. Frequentemente foi reprimido por ambos. Estes aspectos do relacionamento familiar criam ansiedade, raiva e ressentimento. Não há consistência na criação deste filho, nem continência no modo de lidar com ele, o que pode gerar insegurança e ansiedade e a obesidade é agravada por estes aspectos emocionais.

4.2.11 Entrevista nº 13 – Mauro e sua mãe

Problemas familiares: falta de diálogo entre os pais quanto a educação do Mauro. Os pais passaram por um episódio traumático, sobre o qual a mãe não gosta de falar. Perderam um bebê do sexo feminino, com 7 meses de gestação por descolamento prematuro da placenta (teve morte intra-uterina). Nesse episódio a mãe teve hemorragia e precisou fazer histerectomia.

Este assunto até hoje não foi devidamente conversado entre os pais. A mãe ainda não superou a perda do primeiro filho e a perda da capacidade de gerar outros. Contou que muitas vezes pensou em se separar do marido para que este pudesse ter um filho dele mesmo, mostrando como a incapacidade de lhe dar um filho é muito importante para ela. Este comportamento talvez venha dificultando o relacionamento do casal.

O Mauro foi adotado dez meses após a histerectomia e estava com 8 meses na época da adoção

Outros aspectos da história familiar que podem ajudar a entender a obesidade do Mauro.

Condições de nascimento e primeiro ano de vida: A mãe adotiva conta que a mãe biológica era adolescente quando engravidou, provavelmente não queria a gravidez. Depois do nascimento era a avó materna quem cuidava, mas não tinha dinheiro para comprar leite. Mauro passou fome e privação psicossocial. Chegou desnutrido, com anemia e com secreção purulenta saindo do ouvido.

A mãe adotiva passou a viver em função de Mauro. A super proteção da mãe adotiva pode ter levado à superalimentação *“eu tinha uma preocupação total em fazer com que a anemia acabasse”... “até dois anos dei comida batida pra ele”*. O alimento aparece sempre como uma forma de cuidado. Agora com a obesidade sente culpa *“talvez o erro (de estar gordo) seja meu ou do pai que deixou à vontade”*.

O relacionamento é simbiótico, um não fica sem o outro. Dorme com o filho quando o marido viaja. A mãe até acha que adivinha o que o filho está pensando. Como exemplo, é citado o seguinte trecho da entrevista: Mãe: *“Eu trouxe o almoço de casa, porque ele não come a comida daqui (da cantina do hospital), almoçou e já tá pensando no que ele vai comer depois que ele sair daqui”*. Mauro: *“Não! Eu não falei nada”*. A mãe: *“Mas pensou”*. Mauro: *“Pensei, mas não falei”*..

O relacionamento do casal parece distante; não se relacionam no sentido de educar o Mauro - parece que cada um quer o Mauro para si, a mãe super protegendo e o pai não dando limites. Ambas as formas podem levar à carência e insegurança.

O Mauro usa o fato de ser adotado para conseguir coisas com a mãe, por exemplo: comer o que engorda. A mãe permite quando não sabe o que fazer “*tem medo de faltar cuidado, tem medo de dar demais, agradar demais*”. Esta atitude ambígua e a insegurança da mãe levam à falta de limites e dependência materna. A atitude do Mauro, por outro lado, pode gerar nele sentimentos de culpa por estar chantageando, fica ansioso e come. A mãe fala dele “*tem uma ansiedade para comer*” e Mauro “*tem hora que eu como e não sei nem o que é*”. É tímido, a qualquer lugar que vá sempre a mãe tem que ir junto. Mas a mãe também controla: “*a qualquer lugar que vai, tem que pedir pra mim*”.

O Mauro conta que quando está longe da mãe sente solidão. A solidão pode ter o sentido de: estar só, acompanhado de angústia e depressão pela sensação de perda do objeto. Esta vivência é encontrada durante o desenvolvimento emocional primitivo (Winnicott, 1945). A presença da mãe adotiva provavelmente diminui esses sentimentos. E talvez isto também aconteça “*quando come sem saber porquê*”. Pode-se sugerir que a capacidade de estar só, importante para a individuação do adolescente, ainda não se desenvolveu.

O Mauro sente vergonha de ficar sem camisa perto de outras pessoas que não o pai. Sente vergonha do corpo. A insegurança quanto à auto-imagem reforça a baixa auto-estima e faz o adolescente entrar no círculo vicioso, no qual o afastamento dos colegas, a solidão, levam o alimento a ser, cada vez mais, fonte de prazer

Esta entrevista mostra como a relação entre o filho e a mãe é simbiótica. A super proteção dificulta o desenvolvimento do filho. O pai fica muito pouco com a família, não desempenha a função continente e de dar limites ao Mauro. Isto é dito durante a entrevista pela mãe: “*porque para o pai tudo pode, não consegue falar não para ele*”.

O hábito alimentar inadequado da família é decorrente dos valores que a mãe tem em relação ao alimento “*Graças a Deus na minha casa alimentação é farta...meu marido come exagero de arroz e feijão, e Mauro também*”.

5.2.12 Entrevista nº 14 - Poliana e sua mãe

Problemas familiares: A mãe ‘fugiu’ com o namorado, para sair de casa. Está até hoje casada com ele. Havia problemas em sua família, seu pai era alcoólatra. Nunca quis ter filhos, porque não se achava preparada. Como não passava bem com anticoncepcionais aconteciam as gravidezes. Refere dificuldades de relacionamento entre os filhos, que brigam muito entre si. Atualmente, a filha de 15 anos, a mais velha, está grávida.

Dados da história familiar que podem contribuir para a manutenção da obesidade

A Poliana é a segunda filha, nasceu um ano e meio após a primeira filha. Refere a mãe que amamentou até seis meses, quando a colocou na creche (é o que aconteceu com os outros filhos também).

Sempre foi gorda, mas a mãe refere dois episódios após os quais a Poliana engordou mais: aos 5 anos, quando nasceu o irmão e aos 8 anos, quando este irmão se queimou. Diz não gostar deste irmão e quando ele se queimou a mãe ficou muito afastada para cuidar dele, o que pode ter contribuído para aumentar sua ansiedade e culpa. O relato da mãe: *“O meu menino se queimou com dois anos, e desde esse dia, desde essa época, ela (Poliana) engordou muito mais. Ai eu tive que largar tudo, né? Tive que ficar com ele no hospital, e aquela correria levava no hospital, ficava esperando...”*

A mãe de Poliana relata que esta sempre faz a pergunta: *“por que teve mais dois filhos se você não queria filho? Podia ter ficado só nós duas.”*

A mãe conta outras situações de ciúmes: *“ela engordou bastante, com a gravidez da irmã também. Inclusive ela ficou até mais agressiva em casa.”*. Refere que *“ela tem ciúmes do pai e de mim e quando estamos junto ela quer ficar no meio, separar”*. Isto está mostrando que tem problemas com relação à situação edipiana.

É uma adolescente que desde a infância mostrava sinais de dificuldade afetiva, talvez porque a mãe desde o início não a desejasse. Tinha ciúmes exagerado dos irmãos, queria que os pais só brincassem com ela, não gostava de repartir os brinquedos. Sempre

foi uma criança agitada e segundo a mãe desobediente e rebelde.

Não foi bem na escola nos dois primeiros anos, tendo que fazer tratamento com psicóloga, que disse que o problema era que não conseguia manter atenção.

Apresentou com 12 anos quadro de vômitos, necessitando internações repetidas que, segundo a mãe, deixavam a Poliana muito nervosa. Em algumas internações a Poliana ficou sem a mãe *“porque os médicos achavam que ela não tinha nada, era psicológico e que eu fazia mal a ela”*. Na última internação necessitou fazer cirurgia de urgência, quando foi diagnosticado obstrução intestinal por má rotação do intestino. Após a cirurgia engordou muito.

Tem dificuldades com os colegas por causa das brincadeiras que fazem com ela por ser gorda. Sofre muito com isso. Refere que sente atração pelos meninos, mas acha que ninguém vai querer ficar com ela. Mostrando baixa auto-estima e ressentimento, aos quais reage com agressividade, em relação aos outros e contra si mesma. Poliana conta que recentemente teve uma tentativa de suicídio, ingerindo vários medicamentos encontrados em casa, sendo necessário fazer lavagem gástrica.

Poliana é uma adolescente com importante comprometimento emocional, apresentando os conflitos próprios da idade, entre eles a reedição da situação edipiana. Além disso, as dificuldades relatadas, pelo fato de ser obesa (baixa auto-estima, rejeição dos colegas, não conseguir namorar) aumentam a solidão e depressão, favorecendo a manutenção da obesidade.

4.3 Discussão

A discussão será feita de acordo com a categorização temática, que permitiu a seguinte seqüência de discussão dos dados:

- 1) A história familiar do adolescente obeso;
- 2) A importância da relação mãe-bebê, do processo de individuação e da função paterna na estruturação do sujeito e suas implicações na obesidade;
- 3) Sentimentos e concepções em relação à obesidade;
- 4) Demanda do paciente e família (expectativa em relação ao tratamento, motivo de procura).

4.3.1 História familiar do adolescente obeso

Os adolescentes estudados tiveram o diagnóstico de obesidade segundo o índice de massa corpórea por idade acima do percentil 95 (tabelas - anexo 5). Apesar da amostra não ser representativa da população, percebe-se que todos os adolescentes entrevistados, exceto Márcia e Mauro (sobre o qual não há informação), apresentavam antecedente de obesidade na família. A obesidade foi mais freqüente entre as mães e avós. Isto está de acordo com dados epidemiológicos em nosso meio, onde a obesidade é mais comum entre as mulheres (MONTEIRO et al, 1998).

A noção de que o patrimônio genético é importante é muito antiga e bastante estudada como já foi relatado na introdução deste trabalho. Nos Estados Unidos, o número de crianças obesas, filhos de pessoas com peso normal, varia de 3 a 7 %, mas sobe para 40% quando um dos genitores é obeso e a 80 % no caso de ambos. Na vivência clínica confirma-se diariamente esta impressão. São minoria os adolescentes obesos que não têm pelo menos um ascendente imediato obeso. Assim, admite-se a indiscutível tendência familiar na obesidade.

Os estudos epidemiológicos, contudo, não dão a mesma ênfase para outros motivos que levaram as pessoas a se tornarem obesas. Em muitos casos elas passavam a engordar após o casamento, com práticas alimentares hipercalóricas induzidas por fatores psicológicos. Muitas mães podem então submeter os seus filhos ao mesmo hábito alimentar, decorrente de necessidades muito mais afetivas do que nutricionais. O exemplo que ilustra a importância dos fatores psíquicos e ambientais no desenvolvimento da obesidade é o encontro de irmãos obesos e anoréticos em uma mesma família.

O papel da mãe na formação dos hábitos alimentares tem sido muito estudado, tanto no que diz respeito aos aspectos da relação mãe-bebê, quanto aos aspectos culturais. Recentemente, MENNELLA & BEAUCHAMP (1991), examinando o efeito da dieta das mães lactantes, quanto às qualidades sensoriais do leite humano, mostraram que é possível que a mudança da dieta possa produzir alteração no odor do leite humano, que é detectável pelo bebê. Isto poderia ir acostumando as crianças a diferentes odores e poderia facilitar a aceitação dos alimentos sólidos quando, posteriormente, forem introduzidos na dieta. Outros autores, como SULLIVAN & BIRCH (1994) relatavam que as crianças tendem a rejeitar novos alimentos, até familiarizarem-se com eles através de repetidas oportunidades de experimentá-los, o que aumentaria sua aceitação. É evidente que são muitos os fatores ambientais e familiares que podem favorecer a formação do hábito alimentar.

O papel do pai na formação dos hábitos alimentares é pouco conhecido. É reconhecida a sua importância na hereditariedade e algumas estatísticas demonstram a frequência da obesidade paterna em grupos de crianças obesas, chega a 47% (LESIEUR apud BRENFIELD & PLAZANET, 1977). É evidente que um pai obeso que faz refeições com grande quantidade de alimentos hipercalóricos, vai influenciar todo o comportamento alimentar da família. Autores que estudam o comportamento alimentar dos pais denominam este fator de "hereditariedade social" (BRENFIELD & PLAZANET, 1977). Deve-se, assim, considerar a herança social que ocorre quando os hábitos alimentares são transmitidos de geração a geração, mesmo que aí não exista uma herança genética determinada.

Nesse estudo foram encontradas três famílias, nas quais a obesidade ocorre em ambas famílias de origem, mas dois casais são primos. Encontrou-se também sete famílias, nas quais o pai e mãe, ou somente a mãe são obesos, mas com obesidade na família da mãe.

No entanto, como discutido anteriormente é difícil separar o que é determinado pelo genótipo para o fenótipo obesidade e o que é ambiental para o mesmo fenótipo. É conhecido que existem genes que poderiam se expressar por diversas vias, com o aumento de número de adipócitos, diferentes níveis de saciedade, resposta do organismo aos exercícios físicos, ou diminuição do metabolismo basal. Mas, cientificamente, ainda não foi possível estabelecer o quanto isto se expressaria como obesidade.

As entrevistas mostram que os hábitos alimentares das famílias são muito parecidos, via de regra ricos em hidratos de carbono e gorduras. Os adolescentes geralmente referiram horário da alimentação irregular, beliscagem, comer enquanto assistem à televisão, e alguns disseram que “comiam sem perceber, nem sentiam o gosto do alimento”. Isto acontecia mesmo com os adolescentes que haviam sido orientados, anteriormente, quanto à mudança de hábito alimentar, com o objetivo de perder peso.

BRUCH (1973) admite que os determinantes genéticos na obesidade sejam complicados por efeito do meio ambiente, hábitos alimentares, influências psicológicas e eventos traumáticos.

São descritos outros fatores familiares de risco para a obesidade. Neste estudo, observou-se vários exemplos de famílias, cujos filhos têm mais risco de serem obesos: famílias com filho único (Walter), com filho adotado (Mauro), com ambos pais obesos (Zilda, Alexandre, Lúcia, Milton e as irmãs Selma e Selenia), com somente um dos pais obesos, neste caso, a mãe era obesa (Lais, Bernardete, Poliana, Walter e os irmãos, Antônio e Everaldo).

Os adolescentes entrevistados pertenciam a famílias com baixa renda, de 0,5 a 2,7 salários mínimos per capita, com mediana de 1,0 salário mínimo per capita, o que se constitui em outro fator de risco para a obesidade (a falta de opções alimentares mais adequadas, lembrando o menor custo do alimento com mais calorias; ausência de modelo de beleza relacionado à magreza, etc.).

Em duas famílias, como de Lúcia e Poliana, em decorrência da atividade de trabalho dos pais, o ambiente doméstico envolvia a preparação de comida, o que poderia ser

mais um fator predisponente ou mantenedor da obesidade. O Milton trabalhava como balconista de bar.

Embora estes fatores de risco sejam importantes, neste trabalho houve o objetivo de compreender o papel dos aspectos psicossociais na vida relacional do adolescente obeso, principalmente no seio familiar, o que permitiria um maior entendimento dos fatores que dificultam a adesão ao tratamento.

Foram descritos, através dos relatos das entrevistas, que aspectos psicossociais muito importantes podem estar relacionados com o início, a manutenção e o agravamento da obesidade.

Os pais dos adolescentes entrevistados mostraram-se emocionalmente deprimidos e angustiados. Isto foi também constatado por ANDRADE (1995) no estudo psicológico realizado em ambulatório de obesidade infantil. Outro dado que esta autora relata é que 25% das crianças que passaram em avaliação psicológica mostrou sofrer de carência e insegurança afetivas. Estas crianças referiam ciúmes e sensação de desconforto e raiva. Estes sentimentos apareceram nas entrevistas com os adolescentes, no momento em que conseguiam expressá-los, ou através das palavras, da postura ou da emoção.

HENEGHAN et al (1998) relatam que sintomas depressivos em mães de crianças pequenas são comuns e que a depressão materna está associada a numerosas conseqüências negativas para crianças de todas as idades. Este autor chama a atenção para a falha dos serviços de saúde de pediatria em identificar essas mães depressivas. Esta falha, talvez, venha da falta de habilidade dos profissionais em abordar os problemas de ordem afetiva e, também, da própria relação do médico com as mães. A entrevista permite ao sujeito expressar seus sentimentos ao proporcionar-lhes um espaço de acolhimento.

Outro item que deve ser enfocado em relação à obesidade na família é que a ela aparece como um sintoma de distúrbios familiares. A formação de sintoma, ou seja o modo como os membros da família lidam com o problema de fundo emocional, pode ser também 'passado' de geração a geração, como se fosse uma herança (DARE, 1992). Percebe-se em algumas entrevistas como alguns comportamentos da família de origem são mantidos nos

filhos. Exemplifica-se isto usando os modelos de duas famílias entrevistadas: a família da Márcia e a família da Poliana. Ambas mães fugiram de suas famílias de origem, onde os pais eram alcoólatras e as esposas submissas e infelizes. As duas tiveram dificuldades em relação à maternidade e suas filhas desenvolveram obesidade bem cedo na vida. Márcia não tinha obesidade na família e Poliana tinha, porém ambas desenvolveram a mesma forma de se relacionar com o alimento, a voracidade. Poderia ainda ser lembrado que as irmãs de Poliana não são obesas.

Na obra de WINNICOTT (1945) ele chama a mãe de “ambiente facilitador”, embora o pai apareça como o elemento para auxiliar e dar apoio à mãe. Nas entrevistas podemos perceber que esse “ambiente facilitador”, tão necessário para a integração do ego, e posterior separação da mãe, nesses casos não foi satisfatório. Diz este autor, que tão importante quanto a integração, é o desenvolvimento do sentimento de que se está dentro do próprio corpo, quando os bebês constroem o que se pode chamar de personalização satisfatória. Este termo foi empregado por WINNICOTT para designar o processo de formação da existência psicossomática individual (BATTISTONI, 1996).

HILDE BRUCH (1973), que se baseia na teoria de WINNICOTT, refere-se à obesidade como uma doença psicossomática. Esta autora tem uma compreensão psicodinâmica da obesidade e segundo sua concepção a predisposição à obesidade pode ter origem nas primitivas experiências do bebê com sua mãe, que basicamente giram em torno da amamentação. Se a mãe não consegue ser empática e a qualquer choro da criança oferece o alimento, aos poucos a criança vai ficando confusa a respeito de suas sensações, tornando-se passiva, deixa de dar sinais à mãe e aceita o alimento que ela lhe dá, podendo desenvolver obesidade: 1) por sobrecarga alimentar, com aumento de tecido adiposo e 2) pelo não reconhecimento da sensação de saciedade.

Nos anos seguintes, outras dificuldades dentro do processo evolutivo da criança vão fazer com que essa estruturação do ego continue deficiente, e outros mecanismos de defesa aparecem. Como a voracidade se instala nos primórdios do desenvolvimento, para tal indivíduo, esse será o padrão de resposta às agressões ao ego.

Segundo BATTISTONI (1996), o momento crítico evolutivo mais importante para reativar a experiência traumática primitiva é a adolescência. As transformações pubertárias e o desenvolvimento sexual despertam angústia e reativam o processo de dessimbiotização⁴. A obesidade pode servir de defesa frente a estas mudanças, porque a gordura dá ao corpo um aspecto infantil e assexuado.

Alguns adolescentes entrevistados referiram aumento da obesidade com o início da adolescência, e como foi visto acima, nesta fase estes adolescentes podem ter vivenciado com dificuldades o processo de separação dos pais, os lutos descritos pelos psicanalistas, a busca da identidade, a relação com o grupo de pares. E como relatam STUNKARD & WADDEN (1992), o aumento da obesidade pode ocorrer por maior ingestão de alimentos como resposta a ansiedade. Havia em alguns uma regressão percebida através da fala, do modo de agir, da postura e do relacionamento com as pessoas. Este estado regredido, que dificulta o que poderia ser decorrente da ausência, ou de uma presença parcial da figura paterna, que não realizou a separação com a mãe; nos meninos, poderia decorrer da dificuldade de se identificarem com a figura parental.

Todos os adolescentes, sejam do sexo masculino ou feminino, falavam dos seus sentimentos de tristeza, revolta, menos valia, perante seus pares. Como foi descrito anteriormente por TORDIJAMN (1990), a criança se desenvolve e constrói uma imagem corporal, através de suas vivências corporais, inicialmente com a mãe. Se a falta de empatia materna afeta o desenvolvimento psicológico da criança, poderia ser comprometida a formação da identidade e da imagem corporal. A criança crescerá e não terá essa oportunidade. Desenvolverá uma imagem distorcida, uma sensação de um não eu, o que lhe trará muita insegurança. A auto-imagem negativa possivelmente atrapalha o desenvolvimento do adolescente. Agrava-se quando o indivíduo adolescente é discriminado vítima de chacotas e brincadeiras, principalmente considerando-se que a vivência grupal faz parte do desenvolvimento de sua identidade (Milton e Poliana referem-se a este sofrimento de forma clara e espontânea). A aceitação pelo sexo oposto é também significativa para o desenvolvimento da auto-estima.

4 *Dissimbiotização* - processos elaborativos da perda do vínculo simbiótico.

O conceito, vindo da teoria dos sistemas, no qual se baseia a terapia familiar sistêmica (CALIL, 1987), que diz 'comportamento de uma pessoa afeta ou é afetado pelos outros membros', pode ser aplicado a famílias, onde o pai era alcoólatra (Walter, Alexandre, Zilda, Lúcia) e onde mães e filhos viviam, em várias ocasiões, reprimidos, insatisfeitos e amedrontados.

Percebia-se, em alguns relatos, conluíus entre pais e filhos, duplas entre pai e filho, mãe e filho (família de Antonio e Everaldo, de Alexandre, de Zilda). E mesmo relações triangulares, nas quais o filho aparece na função desviante do conflito dos pais (Márcia, Lúcia, Walter).

Foi, então, compreendido porque muitas vezes o trabalho com famílias de obesos pode ser difícil, pois algumas delas viviam de uma maneira conformista e mesmo apáticas frente às situações estressantes (como a perda do emprego do pai na família da Zilda, o alcoolismo na família do Alexandre e da Lúcia). Ficava a impressão que desta mesma forma lidavam com a obesidade, esperando que alguém ou algo os fizesse emagrecer.

Segundo ANDOLFI (1996), atualmente, busca-se, não só compreender o indivíduo e sua doença, mas sim identificar padrões de relacionamento familiar que contribuem para a perpetuação da doença.

Nos casos estudados, muitos desses aspectos poderiam passar despercebidos se estivéssemos trabalhando com números, ou questionários fechados. A riqueza desse material se deve muito à técnica de uma escuta e observação cuidadosas que o método clínico proporciona.

Embora não se possa generalizar esses resultados, eles dão subsídios para uma reflexão em relação ao modo de como esses adolescentes são vistos pela família. Os dados das histórias familiares revelam vários aspectos que podem contribuir com o início da obesidade, sua manutenção e a não resposta ao tratamento. Sendo a obesidade multifatorial, a sua abordagem não pode ser só do ponto de vista orgânico. O profissional que atende o adolescente obeso deve ter em mente que a obesidade, além dos aspectos hereditários e ambiental, pode ser um sintoma de relação familiar conturbada. As entrevistas mostraram,

também, que os adolescentes apresentavam uma maneira regredida e infantil de lidar com os problemas.

Como foi ressaltado na análise das entrevistas, a abordagem da obesidade deve ser mais abrangente, atendo-se principalmente aos aspectos emocionais. Estes adolescentes entrevistados necessitavam muito mais serem ouvidos do que examinados.

Pela importância, os aspectos da relação inicial da estruturação do sujeito, dentro do contexto familiar, serão descritos e analisados separadamente.

4.3.2 A importância da relação mãe-bebê, do processo de individuação e da função paterna na estruturação do sujeito e suas implicações na obesidade

Como já foi descrito na introdução, a estruturação do indivíduo se faz a partir do nascimento, quando as primeiras vivências do bebê com a mãe, realizadas através da amamentação e dos cuidados físicos, são fundamentais para que isto ocorra. Serão ressaltados alguns fatores importantes do vínculo mãe-filho que podem ter íntima relação com o desencadeamento e a manutenção da obesidade. Considerando-se que o nascimento e o vínculo primitivo com a mãe, principalmente no primeiro ano de vida, são importantes para o desenvolvimento emocional, a personalização e a individuação da criança, procurou-se conhecer as condições e vivências da família nessa época. Foram muito freqüentes os relatos das vivências das mães no período da gravidez, parto, e primeiros anos de vida.

O período da gravidez

Na gravidez ocorrem as transformações fisiológicas e orgânicas, assim como as relacionadas às emoções e aos sentimentos. O período da gravidez tem um papel central no processo emocional que habilita a mulher a tornar-se uma “mãe suficientemente boa”. Se saudável, a mulher que engravida vai desenvolvendo dentro de sua mente uma ligação com o futuro bebê, tornando-se, progressivamente, capaz de fantasiar, sonhar e ter uma representação dele como ser completo. A isto WINNICOTT (1956) chamou de Preocupação Materna Primária. Para este autor “a mãe que desenvolve esse estado, fornece um *setting* no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas tendências de

desenvolvimento podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um momento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida”.

É durante a gravidez que vagarosamente a mãe “transfere algo de seu interesse em si própria para o bebê que está crescendo dentro dela...” (WINNICOTT, 1956), assim a mãe vai se adaptando às necessidades do bebê, tornando-se capaz de corresponder à dependência do filho. É necessário que a mulher seja saudável e que não tenha outros interesses tão fortes (trabalho, dificuldades conjugais, familiares e sociais), que não possam ser temporariamente abandonados.

Para SOIFER (1992), a maior ou menor aceitação da gravidez por parte do ambiente social reforça ou não a tendência da mulher para a maternidade. Toda gravidez produz uma situação de maior ou menor conflito entre a tendência de aceitação da maternidade e outra de rejeição.

Dificuldades e sentimentos ambíguos com relação à maternidade, podem se originar e ser desenvolvidos na relação da futura mãe com seus próprios pais, principalmente se existem ressentimentos não resolvidos entre eles (CAMPOS, 1993). Dificuldades econômicas também podem levar a família a postergar a gravidez, e se está ocorrer sem ser desejada podem existir sentimentos de culpa.

Nas entrevistas, as experiências relatadas pelas mães mostram que em algumas situações a gravidez não foi planejada e desejada, e muitas são acompanhadas de relatos cheios de sofrimento, ou de situações que podem ter dificultado o desenvolvimento inicial da relação mãe-bebê.

“Pra falar a verdade eu não esperava essa gravidez, tive sangramento e como não parava fui ao médico que disse que eu tava grávida. Nessa época meu marido teve a suspeita de câncer, e não sei se por isso, eu tive sangramento... eu não esperava essa gravidez. Depois que a gente sabe da gravidez, aí queria de qualquer jeito, né? Eu não queria...mas depois que deu positivo aí queria de qualquer jeito, né?” (mãe da Lais)

“Nenhuma das duas gravidez foram planejadas, né? Porque eu queria

programar, e a dele (filho) foi sem esperar, queria mais tarde. E dela fiquei grávida sem esperar mesmo... Ai eu falei... se eu tava grávida é porque eu tinha que ficar mesmo, né?"
(mãe da Zilda)

Nesses fragmentos as mães, ao mesmo tempo que afirmam o não desejo da gravidez, há negação disto, possivelmente porque pode estar relacionado com sentimentos de culpa; pode ser uma atitude de aceitação como algo que tinha que ser: “*eu achava que não era a hora certa.....mai não sei... eu tenho comigo, que era por Deus e pronto, né? porque eu tava tomando anti concepcional quando fiquei grávida dela...*” (mãe da Zilda).

Isto não quer dizer que os filhos foram rejeitados depois que nasceram. Mas este estado emocional de conflitos que “desviam a atenção” do processo da gravidez, podem perturbar o vínculo inicial com o bebê.

Outros fragmentos mostraram a rejeição da gravidez. O relato feito pelo pai mostra claramente a rejeição da mãe do Antônio:

“Ah, ela não aceitou a gravidez, foi um negócio meio... ela não tava querendo ficar né... Ai depois, ela disse que, escondido de mim, tomou muito remédio para 'por fora'. E não conseguiu. Depois, quando ela tava com sete meses dele, começou a subir a pressão” (pai do Antônio)

Outras mães relataram que o fato de não desejarem ter filhos era decorrente de vivências de situações psicossociais ocorridas dentro de um contexto de vida muito particular em suas famílias de origem..

“Quando fiquei grávida do meu primeiro filho, eu tava namorando, eu já casei grávida, eu até tomei injeção...pra ver se vinha...” (mãe da Laís)

“Não, eu não queria gravidez, eu nunca quis gravidez, né? Porque eu já tinha bastante irmão pra cuida, então ...se fosse pra depende de mim, eu não queria gravidez e a Selma é porque aconteceu só quando eu fiquei grávida da Selma a gente tava passando momento difícil, financeiro né?” (mãe da Selma)

“... eu não queria ficar grávida, fiquei porque o anticoncepcional me fazia mal”
(mãe da Poliana)

“A gente trabalhava na roça, tinha já outros filhos... mas veio ele, né? Eu não queria mais filho pra judiá, ter que levá na roça junto” (mãe do Milton)

Outras vezes verificamos que em algumas situações havia ocorrido a perda de outro filho. Essas vivências carregadas de emoção não foram elaboradas, deixando perceber em algumas ocasiões:

“Era uma menina que eu perdi...Eu tive parto normal, eu quase morri no parto...Eu não escutei o nenê chorar e não me puseram ela no braço mesmo, né? Quando meu marido chegou a freira falou: era uma menininha linda, mas nasceu morta. Eu fui arrumar depois de onze anos. Não tinha coragem, eu lembrava daquilo...” (mãe da Laís)

Todos esses sentimentos de medo, perda e frustração podem acarretar insegurança de vir a ser boa mãe, aparecem os temores de não poder ter filhos perfeitos e quando acontece outra gravidez acompanhada desses conflitos, pode se tornar ‘indesejável’.

“Tive um parto prematuro, era casada...casei com 18 anos ainda. Ai eu tinha útero infantil e fui naquela bobeira de fazer tratamento porque eu tinha que ter um filho, né? Até sete meses foi ótima gravidez, ai teve descolamento da placenta, tive hemorragia, não achava meu médico na hora. A criança morreu e tive que fazer histerectomia” (mãe adotiva do Mauro)

Segundo SOIFER (1992), a depressão puerperal apresenta-se muito intensa, como em casos semelhantes aos de Laís e Mauro, onde há perda ou doença do bebê. Diz esta autora: “A dor em relação à perda decorre da frustração de todos os desejos, devaneios e fantasias e, sobretudo, da capacidade de exercer a função maternal. Este estado é de difícil e lenta recuperação”. Esses conflitos emocionais também ocorrem no companheiro e a união do casal pode ser prejudicada dependendo da maneira que lidam com a dor. Isto poderá afetar o desenvolvimento emocional dos filhos. (casos de Laís e Mauro).

O período da gestação foi acompanhado em alguns casos de vivências de doença e morte de pessoas muito próximas, durante ou antes da gestação, o que pode ter dificultado o desenvolvimento da preocupação materna primária, como já enfatizado, tão importante para a relação mãe-bebê, como acontece na gravidez do Alexandre *“Tive problema seríssimo, porque minha sogra morreu faltando 8 dias pro meu casamento, depois de 7 meses meu sogro morreu. A minha mãe morreu eu tinha 11 anos, então aí fiquei cuidando de todos os irmãos mais novo”*.

As várias perdas que esta mãe passou, principalmente a perda da mãe no parto, podem ter contribuído para o desenvolvimento de um estado depressivo durante a gravidez, não conseguindo desenvolver uma boa relação com seu filho. Para esta mãe a gravidez pode ter um significado inconsciente de morte (SOIFER, 1992).

Algumas mães revelaram que havia problemas com a sua sexualidade, podendo ser um fator impeditivo para sua realização como mulher, trazendo dificuldades para o desempenho do papel de mãe.

“Olha, nosso problema de casamento... ele tem muita paciência... desde quando eu casei eu tenho ficado muito fria, eu nunca tive um relacionamento bom” (mãe da Márcia).

“Ah, a minha vida afetiva não é muito legal não, da minha parte não é. Antigamente era melhor, não sei se é pela brutalidade dele, da estupidez dele, então sabe” (mãe da Laís).

“Quando eu casei senti muito, porque mudei de Minas para cá. Achei muito difícil o início do casamento, muito difícil mesmo. Não queria, não aceitava aquelas coisas (sexo) dentro do casamento” (mãe do Alexandre).

“Para falar a verdade nunca senti vontade de fazer essas coisas (referindo-se a sua vida sexual) estudava num colégio de freiras, e sai para cuidar dos meus pais.” (mãe da Zilda).

A gravidez, como processo em si, é uma fase de muitos conflitos maternos (e paternos), e dará origem a um ser humano com um bagagem genética e necessidades próprias. Este novo ser pode gratificar ou não a mãe. Entram neste contexto todas as vivências do parto, o medo do bebê não nascer perfeito, as relações familiares atuais e passadas. Como já foi visto, o processo de integração entre a psique e soma começa logo no início da vida com os primeiros cuidados do bebê (WINNICOTT, 1945).

O bebê ao nascer: sobre os cuidados maternos

A relação do bebê com a mãe vai se construir de acordo com a reação de cada um ao comportamento e sentimentos do outro. A mãe com toda sua história de vida e o bebê com sua tendência ao desenvolvimento maturacional, formarão uma díade, com um vínculo que será fundamental para que esse desenvolvimento se processe.

Em algumas entrevistas foi possível relacionar os sentimentos, falas e atitudes com rejeição materna. Segundo PIZZINATTO (1992), essas mães geralmente sentem-se motivadas a superalimentar o filho para compensar a rejeição inicial (Poliana, Márcia, Antônio); ou porque a aparência do bebê gordo a tranquiliza tanto perante si própria, como aos olhos dos outros, como uma boa mãe (Mauro, Lais, Milton, Lúcia).

Nos relatos das mães de alguns adolescentes, percebe-se que a amamentação não foi adequadamente realizada, o que pode ter levado precocemente à alimentação artificial. O desmame ocorreu por vários motivos: “leite secou”, “bebê não pegou o seio”, “não tinha bico”, “preocupação com outro filho”, “mãe não quis amamentar”. O desmame abrupto também ocorreu por outra gravidez, ou porque a criança teve que ser colocada na creche, ou por doença da criança.

O desmame pode ter ocorrido de maneira inadequada, porque os pais ansiosos e pouco atentos às reais necessidades do bebê não percebem que ele chora, além de fome por outros motivos, como frio, cansaço, sono, etc. Nesse momento, como a criança não aceita o peito, é muito comum suspender a amamentação e iniciar a mamadeira. A criança começa a

associar frustração ou desconforto à ingestão alimentar e assim ao longo da vida passará a lidar com conflitos da forma como aprendeu, ou seja, comendo.

“A minha mãe fala que eu mamei pouco, tinha nojo. A minha mãe falou que eu chorava , chorava e ninguém sabia o que era , ninguém descobria, aí meu pai mandou comprar uma lata de leite ninho e deram para mim e eu dormi a noite inteira, acho que era fome , né” (Bernardete).

“A mãe amamentou até um tempo, depois começou a trabalhar, tirava o leite punha na mamadeira, mas eu acho que ele não aceitou, pois chorava muito. Aí eu comecei a fazer a mamadeira dele e a tomar conta ele ...” (Walter).

“Só amamentei 15 dias só...Eu tive um susto, e parece que depois daquela dia já num....Assustei com cachorro, eu tenho trauma de bicho, animal... desde pequena. Depois dei mamadeira” (mãe da Zilda).

Outras vezes a mãe apesar de ter amamentado, referia desnutrição no primeiro ano de vida, na entrevista 11, a mãe relata: *“Ela pegou logo no peito, mamava normal, mamava dormia 3 horas, tinha vez que ela dormia até 4 horas sem mamar, assim, foi normal. Ela mamou no peito até 7 meses e depois eu fui trabalhar, né? Quando ela tinha um ano, precisou ser internada e o médico desenganou ela por causa do peso”*

Essas situações relatadas mostram que as mães tiveram dificuldades para a amamentação. Não existiu nessas mães um estado que lhes permitisse perceber as necessidades dos filhos.

No caso da mãe de Laís, a perda de um filho levou à depressão que perdurou muitos anos até que se resolvesse o luto. O nascimento da Laís 11 anos depois, pode ter levado a reviver essa perda, dificultando o envolvimento com o novo bebê. A desnutrição e o desmame ao colocar na creche também contribuíram para a privação.

Quanto ao Mauro, houve rejeição tanto da mãe adolescente, quanto do pai que não permitia o choro (tampava a boca com a fralda), sendo depois super alimentado pela

mãe adotiva: *“eu tenho uma preocupação dele ter fome. Eu acho que ele passou muita fome, quando ele veio para minha casa ele tinha passado muita fome! Diz que ele chorava de fome e... a avó mesmo contou, que o pai enfiava fralda na boca dele, entendeu?”*

Quanto à Lúcia, embora a mãe tivesse leite, esta relação foi prejudicada pelo fato da filha mais velha querer mamar também: *“A Lúcia nasceu com 4 quilos e 250 gramas e com 52 cm, já nasceu grandinha e gorda, né? E aí ela sempre foi esganada. Até seis meses mamou no peito, depois eu precisei tirar ela, porque a filha mais velha que tem 5 anos a mais que ela, mamou até grandona, no peito.”*

As situações relatadas mostram que não existiu para essas mães um estado que lhes permitisse um vínculo com os filhos: ou havia perda de outro filho (Lais), ou situações de rejeição por dificuldades psicológicas da mãe (Mauro) ou situações mal resolvidas com outra filha (Lúcia). A empatia e a continência materna tão importantes para que a mãe crie um ‘ambiente suficientemente bom’, provavelmente estavam ausentes. Posteriormente, essas mães podem tentar compensar dando comida, criando-se assim o hábito do alimento servir como compensação para o desconforto emocional.

A alimentação é um dos primeiros contatos do bebê com a mãe. Durante a fase oral o bebê se relaciona com o mundo representado pela mãe, através da boca e dos órgãos do sentido, sendo a atividade principal “incorporar não só o alimento, mas a intenção materna de acolhê-lo (PIZZINATO, 1992). A mãe que superalimenta tende a associar o seu afeto à comida, ensinando ao filho que ele precisa comer tanto quanto ela precisa para se satisfazer emocionalmente. É possível que as mães com sentimento inconscientes de rejeição, tenham comportamento semelhante, dedicando cuidado excessivo à criança. Os exemplos citados mostram que crianças e adolescentes obesos podem ver a comida como expressão de amor e símbolo de alimentação e cuidados.

Outra forma de compreender esta relação é que no desenvolvimento primitivo do bebê, se juntariam o físico e o psíquico, o amor e o ódio, o que é aceitável e o que não é aceitável para o ego, decorrente de uma relação com a mãe não satisfatória, o que levaria a um estado psíquico denominado voracidade. A voracidade é algo tão primitivo, que não

poderia aparecer no comportamento humano a não ser disfarçado, e como parte do complexo sintomático (WINNICOTT, 1936).

Segundo MELANIE KLEIN (1945), o bebê desenvolve mecanismos de defesa, como introjeção e projeção de objetos, tanto os que percebe como bons como os que percebe como maus. Quando não suficientemente atendido, pode através destes mecanismos de defesa desenvolver um estado denominado de ansiedade paranóide. Assim, se o bebê não é satisfeito em suas necessidades pode vir a apresentar mais tarde um quadro clínico de ansiedade, que se repetiria em outras situações.

No texto de WINNICOTT (1945) é relatado que “...e frente às idéias de ataque ao seio a mãe deve ser madura e fisicamente capaz para ter tolerância e compreensão, de forma a ser quem produz uma situação que com sorte pode resultar no primeiro laço feito pelo bebê como o objeto externo. O ser humano, no caso a mãe tem que trazer o tempo todo o mundo até o bebê adequando-se às necessidades dele”. A leitura deste texto em relação à adequação da mãe para a função materna torna-se algo lírico, sendo quase que inatingível para a realidade de algumas mães entrevistadas.

Ainda segundo este autor: “A dificuldade alimentar no início da infância pode anunciar problemas futuros. Os primeiros meses da infância são extremamente difíceis de serem compreendidos, mas já ficou claro que, entre 9 e 10 meses de idade, o mecanismo de utilizar a dúvida acerca da comida para esconder a dúvida acerca do amor pode ser empregado de forma completa” (WINNICOTT, 1936).

Durante os primeiros anos de desenvolvimento, como já foi descrito, a criança torna-se capaz de relacionar-se com sua mãe, como pessoa separada e reconhece também o pai que passa a desempenhar importante papel em sua vida.

A função paterna

O papel do pai no processo de individuação da criança já foi abordado no início deste trabalho e procurar-se-á destacar nas entrevistas, os fragmentos que mostram como essa função pode não ter sido suficientemente realizada.

Existe um papel continente do pai para o estabelecimento de limites e até no controle da agressividade. As situações nas quais a função paterna não foi exercida ou houve uma falha desta, percebeu-se que esses adolescentes mantinham-se em estado simbiótico com a mãe (Antonio, Alexandre, Mauro, Walter).

Os fragmentos das entrevistas mostram a dificuldade do casal parental em lidar com a fase edípica das crianças:

“Então eu não sei se tinha ciúmes dela com o pai, talvez eu tinha um pouquinho, né? Porque ele carinhava muito ela...ele ia no bar, ele levava ela junto...quando ela tinha um ano tudo o que ela queria o pai dava pra ela, eu tinha ciúmes não por mim, pelo meu filho, com meu filho ele não fazia isso, ele nunca comprou um doce pra ele no bar, então eu sentia...sentia chateada por causa disso, por ele. Eu morria de dó dele...” (mãe da Laís)

Mais tarde, na adolescência, o ciúme aparece como uma manifestação da própria fase edipiana, mostrando as dificuldades dos pais e/ou adolescentes em lidar com o conflito.

“Meu pai fez uma festa no meu aniversário foi no dia que eu fiz 15 anos. Veio umas colegas, veio uns moços lá de perto, que meu pai vivia implicando com os moços. Ai a gente tava dançando ele me catou, desligou o som e me levou igual uma tonta, ficou com ciúmes... mas me deu uma raiva! Passei uma vergonha e falei que nunca mais também faço aniversário” (Bernardete).

“O pai põe uma distância entre ele e o filho, mas com a Zilda não, com ela tem mais liberdade para fazer brincadeira, sabe ‘Gorda vem aqui, faz tempo que você não senta no colo do pai’. As vezes eles lutam, até o meu filho entra no meio...eles tem uma brincadeira deles juntos.”.... “às vezes eu percebo que a Zilda entra no meio quando estou com meu marido” (mãe da Zilda).

Outras vezes o papel do pai em fazer a separação da dupla mãe-filho é dificultado por seus próprios problemas emocionais, como também, dificuldades do casal parental em lidar com novas situações.

“Meu marido, graças a Deus é muito bom, mas ele bebe” (mãe do Alexandre).

“Inclusive a psicóloga falou para mim, como você é quem exige que ele (filho) vá bem na escola, exigir que ele faz o dever de casa, você faz o papel de pai e ele vê no pai o papel da mãe” (mãe do Mauro).

“Walter fica desgostoso de ficar em casa, porque meu filho bebe. Então, fica um pouco... bastante irritante com ele. Estamos quietos em casa e de repente ele começa a falar alto, briga em casa. Então é onde ele vai para casa da mãe” (avó de Walter).

“Ele é muito secão, muito bravo. Às vezes se eu falar... às vezes acontece alguma coisa, eu tenho que pensar se eu conto pra ele ou não...Porque ele é muito, assim, estourado” (mãe da Zilda).

“Eu acho que o pai nunca foi mesmo amigo... Ele nunca foi um pai amoroso, um pai carinhoso...que dá atenção pros filhos, ele nunca perguntou da escola, como tá seu caderno. Nunca perguntou tanto pra um quanto pra outro (mãe da Laís).

Vários relatos das entrevistas mostram que o pai é visto ou como uma figura ausente, ou presente, mas de forma inadequada. WINNICOTT refere-se ao pai e ao seu papel no desenvolvimento da criança, como um elemento real e imaginário do que ele chama de “ambiente facilitador”, inclusive como um *imago* da realidade interna da mãe (OUTEIRAL, 1997).

4.3.3 Sentimentos e concepções em relação a obesidade

O avanço do conhecimento e surgimento de novas teorias e tecnologia nas área do crescimento físico e também sobre as doenças endócrinas, aliado à noção de que a obesidade se desenvolve por maior de ingestão de comida e falta de exercícios físicos, pode levar a uma simplificação do problema, sendo negligenciados outros aspectos. Isto não acontece só em nosso meio. Por exemplo, um estudo americano revelou que profissionais de saúde diagnosticam e iniciam tratamento em menos que 20% das crianças obesas (SCHONFELD-WARDEN & WARDEN, 1997). No Brasil ainda não existe estudo

estatístico sobre este enfoque. Entretanto, com o aumento da prevalência e do conhecimento sobre as conseqüências da obesidade para a saúde, mudanças vêm ocorrendo e maior atenção é dada, inclusive desde a infância, envolvendo diretamente a responsabilidade do pediatra.

Ao chegar à adolescência existe por parte dos médicos, dos próprios adolescentes e da família uma preocupação com aumento de peso. Muitas vezes existe procura espontânea e outras vezes os jovens são encaminhados para tratamento.

Os dados aqui apresentados procuram, dentro da proposta de trabalho, compreender como a obesidade é vista tanto pelos adolescentes, quanto por seus pais. E para este fim foram destacadas algumas frases das entrevistas que podem levar à compreensão desta concepção e do sentimento que esses sujeitos têm em relação a este problema de saúde.

Algumas das entrevistas mostram que os adolescentes e seus pais acham que a obesidade é decorrente de ingestão aumentada de calorias e falta de atividade física. Este conhecimento, embora presente, não foi suficiente para levá-los a uma atitude de prevenção e/ou de controle do ganho excessivo de peso. Ao serem questionados sobre o que achavam que causava a obesidade, responderam:

“Comer muita massa, muito suco, doce... Porque come muita massa, tem dia assim que faço bastante suco e a médica falou pra ver o doce em casa...” (Antônio).

“Um excesso mais de gordura, a obesidade é que... quando comer bastante, né?... Comecei a engordar aos oito anos porque é de família..” (Everaldo).

“Pra que vir ao médico, se não tô doente?”... “eu sinto normal, prá mim tá bom”... “eu como mais do que é pra comer, sinto fome” (Walter).

“Arroz, feijão é difícil comer, mais é suco, sorvete” “A alimentação dele nunca foi regrada, come por hábito”. (avó do Walter)

“O que eu acho que comer muita coisa doce assim...comer muito, comer fora de hora...” (Selma).

“ Não é a questão só de comer muito, uma coisa também, é doce assim... o açúcar, a gordura, eu acho que é isso. É um hábito que a gente tem ” (Selena).

Os adolescentes e os pais acreditam que o comer muito ou comer certo tipo de alimentos, é o que os faz engordar. Essa é uma fala que está fundamentada num conhecimento científico, que diz que a obesidade é resultante de um maior aporte de calorias. Trata-se de uma representação do conhecimento do senso comum; não é o que emerge da cultura popular, mas sim da difusão do conhecimento médico nas camadas populares, que se dá primeiro pelo empréstimo, reinterpretação e, finalmente, assimilação e esquecimento de sua origem científica (BOLTANSKI, 1974).

Outros relatam que a ingestão de determinado alimento, no caso o arroz e feijão, em grande quantidade é um hábito, mas também um valor que passa de geração a geração: *“Na minha casa alimentação é farta, meu marido come exagero de arroz e feijão... O Mauro chora mas ele não come, verdura e legume... mas ninguém é obrigado a comer o que não quer ”* (mãe do Mauro).

INFANTE (1994), ao discutir a relação médico-paciente, faz algumas considerações que achamos importantes, diz ele: “o sujeito é constituído por uma rede de significados que são as palavras que o marcaram ao longo de sua história; essa rede de significados tem no dia a dia, a sua expressão no que é o senso comum”. Para esses sujeitos a sua singularidade está nesse sentido que dão à obesidade. Dos outros significados somente eles poderão falar. No caso, o Everaldo fala sobre a causa hereditária, já seu pai diz que a obesidade é de não ter atividade física, de ‘ser sossegado’.

Em outros trechos das entrevistas, os adolescentes e pais falavam da obesidade como algo incontrollável, ou de origem desconhecida, algo que não podiam entender.

“... a gordura vai acumulando, vai acumulando pode acontecer alguma coisa ” (Lúcia).

“... mas eu não entendo , porque do lado do meu pai é tudo normal, não é tudo magrinho, mas também não são gordo, né? e do lado da minha mãe também são tudo normal. Mas nós somos cinco irmãos e os cinco gordos, assim tudo igual a ela” (mãe da Lúcia).

“É uma doença, que ninguém assim acredita que é doença... porque muita gente ataca o gordo, ah... é gordo porque come muito...É uma doença porque a gente não consegue se livrar... a gente emagrece, faz tratamento, demora dois, três meses, quatro meses para emagrecer e engorda numa semana, não sei até hoje não descobre alguma coisa...” (mãe do Alexandre).

“De repente, com dez anos, comecei a engordar e despencou... não parou mais (Bernardete).

“Ela começou a engordar quando ela tinha uns cinco anos por aí, porque inclusive quando faltava 15 dias para fazer um ano foi internada em São Paulo... O médico desenganou ela por causa do peso... Ela era muito magrinha...Não sei se foi por causa do soro que ela tomou ... só sei que quando começou a engordar não parou mais” (mãe da Laís).

Através dessas falas poder-se-ia inferir que a obesidade para esses sujeitos é algo que foge ao controle, uma doença, ou tem como causa algum outro fenômeno. Para eles não só a alimentação excessiva explica o ganho de peso. Essas falas podem estar mostrando que em algumas situações o comer em excesso evitaria o contato com vivências emocionais sobre as quais não desejam, ou não conseguem falar.

Conforme descrito por alguns autores (BRUCH, 1973; PIZZINATTO, 1992; BATTISTONI, 1996), as vivências da adolescência com as mudanças do corpo, a aquisição de uma nova imagem corporal, o lidar com a sexualidade, podem estar representados no algo “incontrolável”, “que não parou mais”.

Observou-se também que os adolescentes diziam deles próprios “eu preciso ter força de vontade” para emagrecer; também os pais diziam “eles precisam ter força de

vontade”. Entretanto, esses adolescentes já haviam tentado emagrecer com orientações de profissionais de outros serviços médicos, já haviam tentado dietas de emagrecimento, exercícios físicos. Estes fracassos podem fazê-los sentir essas dificuldades como uma ‘deficiência’ ou uma fraqueza deles, piorando a já baixa auto-estima. É importante que se considere que alguns adolescentes obesos têm distúrbios da percepção corporal e confusão de identidade (BRUCH, 1973). Por esse motivo, também foi freqüente a resposta “não sei” às questões relacionadas com sentimentos e percepções da vida desses adolescentes.

Conforme a entrevista se desenvolvia alguns adolescentes e pais conseguiam perceber melhor que outros fatores podiam contribuir com a obesidade, entre eles a ansiedade que sentiam:

“Eu acho que doença não é..., eu acho que é mais emocional mesmo... Não sei o que leva a pessoa a engordar tanto. É só comer?” (Lais).

“Não sei se ela come porque ela já tá com o estômago grande, ou se ela come demais porque ela é nervosa” (mãe da Lais).

“Eu achava que o Mauro... que ele tem alguma coisa... porque ele tem uma ansiedade para comer! Olha ele acaba de almoçar, arroz, feijão, carne de bastante, e se ele achar um pacote de bolacha ele come tudo” (a mãe).

“... porque eu fico nervosa e como mais. Esses dias mesmo, eu passei nervoso... por isso eu engordei mais... se passar nervoso dá vontade de ficar comendo... comendo o dia inteiro” (Selma).

“Eu como, eu às vezes chego a pensar que o meu problema de gordura é estado de nervo... aí começa a procurar uma comida, procura outra. Aí é onde começa” (mãe do Alexandre).

“Quando fico nervosa assim, eu gosto é de pão, mas quando fico nervosa eu tomo umas batida... mas antes de eu vir aqui eu comia, mas comia muito” (Zilda).

“Sinto ansiedade...preciso comer alguma coisa...Abro muito a geladeira, às vezes tem de tudo e eu fico procurando outra coisa...é um hábito” (Poliana).

Para alguns a entrevista proporcionou a oportunidade de entrar em contato com seus sentimentos. Esses fragmentos das entrevistas sugerem que a percepção da ansiedade leva-os a conseguir discriminar que “o comer nem sempre é fome de comida”. E o que faz sentido, o que cada um sente é o que tem a ver com a sua singularidade. Isto deve ser levado em consideração na relação médico – paciente quando se analisa a voracidade.

Em outras falas a obesidade era muitas vezes relacionada com algum fator desencadeante, como remédios, principalmente vitaminas.

“Não tem pessoas obesas na família.... a gravidez inteira eu tomei vitamina... Eu não sei se quando ela nasceu, ela ficou com aquela fome toda, né?” (mãe da Márcia).

“Comecei a tomar remédio pra anemia... e depois comecei a engordar sem saber...” (mãe da Zilda).

“A mãe é obesa e tem outro irmão de 12 anos que andou tomando remédio pra cabeça e aí começou a engordar, tá gordinho que dá medo de ver, só que ele come bastante” (Bernardete).

Esses sujeitos durante a entrevista mostravam dificuldade em relatar e conviver com os dados de sua realidade, e existia a possibilidade deles não conseguirem relacionar o desenvolvimento da obesidade com maior ingestão alimentar, hábitos de vida e/ou problemas emocionais. Ao associarem o uso de medicamentos com o aumento do peso, poderiam estar mostrando que a obesidade tem causas externas e isto poderia significar que esses adolescentes têm dificuldade em perceber a obesidade como algo que é seu.

Outras vezes adolescentes descreviam seus sentimentos em relação à obesidade, os quais pareciam estar relacionados com dificuldades e preocupações próprias da idade, com sua auto-estima, com o relacionamento com os colegas, com dificuldades em relação à sexualidade, como descrito na introdução desta tese.

“... as minhas colegas me discriminam bastante...na escola...não me sinto feliz”
(Láís).

Esse sentimento é o mesmo que a mãe relata sobre a filha *“Porque ela é meio rejeitada até pelos amigos...”*

“Ser gorda é uma coisa que me deixa triste...Eu fico triste se colocar uma roupa que já não me serve mais... Às vezes a gente vai usar uma roupa, e fica feio... a gente vai nadar assim de biquíni, as pessoas tira sarro... É tachada de gorda” (Zilda).

“Eu não posso sair com minha irmã, não posso ir a loja e falar: gostei dessa roupa...não serve...Eu acho ruim, por causa que não dá prá me divertir também... é ruim”
(Lúcia).

“É ruim, porque eu não consigo correr” (Alexandre).

“... de vez em quando eu tenho vontade (de ir a baile), mas eu tenho vergonha... Mas eu não esquento muito, você anda por aí e os outros ficam tirando sarro!”
(Bernardete).

“... sinto desprezo das pessoas, ficam olhando a gente gorda no meio de gente magro...os meus colegas brincam dizendo que eu não vou passar na roleta do ônibus...Me sinto mal” (Poliana).

Embora alguns autores refiram que não há um consenso geral se os obesos têm mais problemas de ordem emocional, quando comparados com a população geral, outros mostram que os problemas relacionados com baixa auto-estima, ansiedade, depressão, podem estar presentes e seriam decorrentes do próprio estado obeso, e não causa destes. Entretanto, para a abordagem clínica do adolescente obeso é importante saber que esses que foram crianças obesas e continuam ganhando peso na puberdade apresentam mais dificuldades para emagrecer. Segundo STUNKARD (1992), a obesidade que começa na infância tem mais risco de distúrbios emocionais.

BRUCH (1973) percebeu, através do seguimento de crianças obesas até a vida adulta, que as experiências individuais durante a adolescência são de máxima importância ao longo do desenvolvimento humano. Segundo esta autora, alguns adolescentes conseguirão crescer com o excesso de peso e mesmo perder peso por iniciativa própria; a condição para que isto aconteça é que eles desenvolvam auto-conceito positivo e senso de identidade.

Viu-se também nestes fragmentos que a obesidade na adolescência é acompanhada de vergonha, solidão, baixa auto-estima, constituindo causa de sofrimento, que pode corroborar para a manutenção desta, além de interferir no desenvolvimento do adolescente.

Às vezes apareciam sentimentos de medo em relação à obesidade e suas possíveis complicações, inclusive o risco de morte.

“Sinto que preciso emagrecer... é um caso de vida... porque se eu não emagrecer, posso sofrer do coração... essas coisas que o médico disse.. .então tem que emagrecer” (Lúcia).

“Porque eu fico preocupada porque elas tá gorda desse jeito, que dê problema mais sério né pra saúde... porque só assim, quando elas têm que tomar medicamento eu fico preocupada. Fica engordando muito, pressão vai subir mais, essas coisa que me preocupa né... porque não é tanto um problema de beleza, eu pergunto pra elas e elas acha que tá bem assim, né?” (mãe de Selma e Selena).

“Meu irmão come demais, ele tá inchando, meu pai falou que é perigoso morrer, né? Porque comendo bastante e engordando do jeito que ele tá, nem fez doze anos ainda!” (Bernardete falando da obesidade do irmão).

Essas percepções relatadas podem estar colaborando para o aumento da ansiedade, mostrando que o medo de morrer das complicações da obesidade pode estar permeando a busca do tratamento. Esses aspectos devem fazer parte da abordagem do adolescente obeso, discutindo-se com ele os sentimentos em relação às complicações,

procurando-se esclarecer sobre os riscos reais e imaginários. Ficou claro, em algumas dessas entrevistas que o médico, ou outro profissional de saúde, usou esses argumentos para motivar o adolescente a perder peso.

Existe na literatura médica vários trabalhos científicos que estudam a percepção da obesidade pelos adolescentes, cujos resultados mostram que mesmo diante da gravidade desta, estes adolescentes não tem auto percepção quanto às conseqüências clínicas e psicossociais. Cita-se uma pesquisa realizada por FISBERG et al. (1998) com 100 adolescentes do sexo feminino, usando-se questionário fechado, observando-se que 56% relacionaram a obesidade a fatores genéticos, maior ingestão alimentar e distúrbios emocionais. Deste mesmo estudo, o mesmo número de adolescentes, ou seja, a metade, respondeu que a obesidade leva a problemas emocionais, sociais e físicos; 54% não conseguiram dar resposta a esse questionário.

Esta dificuldade em lidar com os dados da realidade - comer muito engorda -, a negação dos sentimentos em relação ao próprio estado obeso, pode ser mecanismo de defesa para evitar o contato com o sofrimento da causa ou dos efeitos da obesidade. Esta atitude de alguns adolescentes talvez seja o motivo que os leva a procurar vários serviços, mudar sempre de dietas, fazer exames, etc.

Com as entrevistas semi-estruturadas, ao levar o sujeito a se expressar e a ser ouvido, conseguiu-se um material muito diverso e muito rico. Constatou-se que os sujeitos entrevistados têm o conhecimento que 'o comer muito', 'não fazer atividade física' são fatores que levam à obesidade. Obteve-se depoimentos sobre os sentimentos em relação ao seu excesso de peso, em relação aos amigos, relacionamento afetivo, entre outros, o que propicia maior reflexão sobre a prática médica.

4.3.4 A demanda do adolescente e família

Neste item, iremos descrever e discutir a demanda do paciente dentro de uma compreensão psicossocial, ou seja, investigou-se uma demanda que pode estar relacionada com o desejo de emagrecer e o desejo de não deixar de comer. O que se buscou conhecer foi o que motivou, ou porquê foi motivado a procurar tratamento para a obesidade nesse momento, pois na maioria dos casos estudados a obesidade vinha desde a infância.

A pergunta formulada “porque procuraram o ambulatório?”

Algumas falas mostram que o adolescente e seus pais esperavam que o tratamento fosse realizado através de medicações, solicitação de exames, etc.

“... eu esperava emagrecer né?... que fosse mais fácil, é...” (Lúcia).

“Eu achava que...que para o tratamento ia dar remedinho fraco... Porque eu sabia que na boca ia ser difícil. Eu sabia que ela gosta de comer bastante, comer bem” (mãe da Lúcia).

“Eu achava ...que ela pensava que ia tomar remédio...” (mãe da Zilda).

“Porque comer mesmo eu não como quase nada... talvez algum remedinho, não sei...” (Bernardete).

Isto permite levantar algumas hipóteses: primeiro que as pessoas procuram o médico para um tratamento sem sofrimento, pois perder peso implica em deixar de comer, e a comida lhes dá prazer. Assim os exames e os remédios poderiam em sua fantasia evitar que elas perdessem esse prazer. Por outro lado, pode-se pensar que para essas pessoas o ato de comer muito é algo que pode ser controlado pelo uso de medicamento. Outro aspecto é a relação que o adolescente e a família têm com o alimento, o que o comer significa para eles: pode tanto ser um substituto do afeto ou um valor cultural da família, o que não deixa de ser um modo de ligação entre gerações.

Ainda com relação à demanda, algumas entrevistas mostraram que o desejo de perder peso não é do adolescente, não existe o seu interesse pessoal pelo emagrecimento, havendo mais um controle de sua mãe ou do seu pai em fazê-lo cumprir as prescrições do médico. Este pode ser um fator de não adesão ao tratamento e que resulta em conflito com os pais, causando mais um sofrimento para o adolescente. Pode-se perceber isso em alguns trechos das entrevistas:

“... foi na época dos 9 anos por ai...O pediatra falou ela tá engordando muito

por mês, é melhor ir pra UNICAMP vê se consegue um tratamento lá, aí eu vim pra cá. Foi difícil assim no começo, porque ela tava acostumada e na época a gente tinha bar e então ela ia no bar, tomava refrigerante escondido, chocolate escondido, eu conversava com ela explicava, mas ela não entendia, e ficava assim tristinha” (mãe da Lúcia).

Os pais e mães procuram uma solução para a obesidade de seus filhos e mostram dificuldade em mudar os hábitos alimentares, como se esta mudança não dependesse deles.

“Problema de saúde não tem, ele fez os exames, graças a Deus não tem. Agora não sei se através de algum tipo de conversa... Porque ele não faz regime corretamente” (pai do Walter).

“Pra começar a Márcia é obesa desde os oito meses. Gordura não faz bem à saúde, né? Então por isso eu venho procurando médico, só que até hoje foi um caso... Pois o problema é só trancar a boca, fazer regime, e os exames nunca deu nada, então a única solução minha agora é na Unicamp, e ver se aqui dentro eu consigo alguma solução, porque até hoje lá fora eu não consegui solução não!” (mãe da Márcia).

“Ele foi encaminhado pro grupo de obesos. Eu gostei...pra tentar fazer alguma coisa enquanto é tempo. Antes que chegasse numa idade... igual eu por exemplo, já comecei tarde e não consigo emagrecer...” (mãe do Alexandre).

Em outras situações sentimos que os adolescentes e família procuraram o serviço, assustados e estressados, pela forma como realmente foram encaminhados pelo médico, ou por eles próprios imaginarem que a obesidade é algo que pode ser perigoso para a saúde:

“Tudo começou no dia que Mauro se sentiu mal na escola. Aí eu levei ele no Pronto Socorro, lá tinha uma médica que atendeu ele e falou que o coração tava acelerado... e perguntou: mãe, quantos anos tem esse menino? Falei: 11anos. E ela: Nossa, muito gordo! e mediu a pressão dele que tava alta. A médica falou: ele precisa de um regime e fazer exames” (mãe do Mauro).

“Fico pensando na saúde dela... uma amiga enfermeira, vivia falando pra mim: “sabe aquela menina que tava internada, morreu”. Fico preocupada porque, os outros ficam falando: “o coração não agüenta... o coração não agüenta tanta gordura” (mãe da Lais).

“ E todos os médicos falaram... que se eu não emagrecer eu podia ter um problema de coração mais tarde, né.... por causa do coração tá rodeado de gordura, eu tenho que emagrecer!” (Lúcia).

Eles vêm em busca de ajuda, mas sem conseguir pensar como gostariam de ser ajudadas (talvez a ajuda seja essa: ajudá-los a pensar!).

“... procurei para tentar emagrecer... Ajudando a emagrecer...porque tá difícil, né?” (Bernardete). À pergunta: como poderia ser ajudada, respondeu: “Ah, não sei...porque comer mesmo eu não como quase nada...Talvez algum remédio, não sei..” “Exercícios eu não faço porque tenho dor nas pernas, eu acho que é varizes” (Bernardete).

Alguns adolescentes conseguiam falar sobre a necessidade de conversar: *“Vontade de emagrecer. Magro a gente consegue fazer mais coisas, gordo não...Conversar...” (Alexandre) (Mas não diz o quê) Silêncio*

Outras vezes o motivo referido pelos adolescentes é decorrente da própria auto percepção que tem em relação aos seus sentimentos: ser gordo é feio, não são aceitos e assim eles vêm buscar orientação:

“Prá ajudar, né? Pra ajudar a instruir a gente, quando a gente tem que baixar assim o peso pela metade” (Everaldo).

“Pra emagrecer... para orientação....Sinto-me mal por ser gorda, principalmente quando tenho que colocar maiô, biquíni, então nem consigo usar” (Zilda).

“ Eu procurei porque quero emagrecer, eu sinto muita ansiedade... porque ser gorda é o que me incomoda né.... eu falo que não ligo, mais no fundo, no fundo eu ligo né...então eu vim pra vocês me ajudar a emagrecer” (Poliana).

“Eu quero emagrecer, eu me sinto mal assim gordo...É por causa das mamas... Acho ruim mostrar assim no clube!” (Milton).

Às vezes o desejo que o filho emagreça é do mal estar que isto acarreta para a mãe: *“Bom, porque eu tenho muita vontade que ela emagreça... que eu olho para ela assim, e ao invés dela se sentir mal, eu é que me sinto mal de ver ela gorda daquele jeito”* (mãe da Laís). A mãe nesse caso pode estar identificada com a filha, sente por ela; parece que o corpo da filha é uma extensão do seu. Esses aspectos ligados ao emocional devem alertar para uma exploração mais cuidadosa das relações interpessoais da família.

Outros vieram como interconsulta porque já eram clientes do ambulatório de pediatria e apresentaram algum achado de exame que poderia ser decorrente da obesidade:

“A médica do HC encaminhou por causa dela ter refluxo... e ela tava ganhando muito peso... e depois voltou a sentir dor de estômago” (Selma).

“Veio por problema nas vistas e descobriu que a pressão é alta e o médico encaminhou para tratar a obesidade” (Selena).

O adolescente e seus pais buscam ajuda, mas uma ajuda que possivelmente não passa por dieta alimentar, porque aparentemente não querem sofrer e ter que deixar de comer. O que buscam então? Percebe-se nos relatos das entrevistas que os adolescentes (e seus pais) procuram, ora uma fórmula mágica, ora um remédio, mas sempre algo fora deles.

Quanto ao início da obesidade e a procura do serviço: viu-se que a obesidade estava presente desde a infância em todos os adolescentes entrevistados. Não houve motivo consciente de preocupação durante esta fase para muitos dos pais. O que chama atenção é que também não houve esta preocupação por parte de pediatras que os acompanharam desde a infância.

“Ela sempre foi assim gordinha, ela sempre foi, nasceu assim gordinha e ela sempre estava acima do peso desde pequenininha, quando acompanhava com o pediatra... Sempre acima do peso e estatura também... antes da menstruação deu uma espichada maior e começou a engordar, 2 ou 3 quilos por mês” (mãe da Lúcia).

“Mauro comia bastante, de tudo, depois ele não quis mais, aí ele não quis alface... carne de frango ele diz que é amarga, assim depois dos quatro anos passou a comer mais arroz e feijão e engordar” (mãe do Mauro).

“Até um mês ela chorou muito e eu dava mamá e nada sustentava essa nenê, sempre chorando chorando. Aí eu levei no médico, ela tinha pesado 3.700 no segundo mês, aí o médico falou pra mim: a sua filha tá passando fome por isso que ela chora, aí ele falou pra mim: “a hora que ela tem fome você dá mingau de “Maizena”, então invés de ser 3 em 3 horas uma mamadeira, era de 2 em 2h só! Então ela mamava e ficava deitada na cama, né? Aí só teve que engordar” (mãe da Márcia).

“A Selma depois de uns 6, 7 anos que ela começou a engordá, porque antes ela era magrinha.... Não sei explicar porque...começou a comer mais... que eu notei que ela começou a engordá mais, foi quando morreu a menininha da madrinha dela né.... além dela começá engordá, ela começou a sentir as dores...” (mãe).

Nas entrevistas realizadas não houve uma procura espontânea. Os motivos da consulta foram outros, e mesmo os encaminhamentos médicos foram sempre com o objetivo de investigação, com a concepção que a obesidade está relacionada com problemas endócrinológicos. Alguns encaminhamentos ocorreram por complicações da própria obesidade: hipertensão, hipercolesterolemia, piora de doença por refluxo gastroesofágico, problemas ortopédicos. Raramente os pais e os adolescentes referiam a necessidade da procura de um profissional da área da saúde mental, mesmo naqueles casos nos quais eles próprios detectaram estados de ansiedade e nervosismo associados à obesidade.

Segundo PERESTELLO (1962), é importante fazer a distinção entre o “querer curar-se” e o “querer se ver livre daquilo que o está molestando”. Muitas vezes o paciente quer se livrar do que o molesta, deseja um efeito mágico, algo que não o solicite muito.

Por analogia podemos inferir que para o obeso, o “querer emagrecer” é o “querer se ver livre da gordura”. Não raro querem um efeito imediato, e se este não vem, desanimam.

Segundo INFANTE (1994), a demanda implica numa dupla vertente, a do objeto e a do outro, que supostamente possui o objeto e que por qualquer razão julgo que queira me dar; para este autor é esta a relação que permeia a relação médico-paciente nos adolescentes obesos. Nesse processo, o adolescente pode através da demanda (quero emagrecer e o médico tem a técnica para me fazer emagrecer) evitar confronto com a falta da dimensão do desejo (preservar meu gozo⁵ de comer). Por outro lado a posição de desejo do médico é de uma suficiência técnica - “siga a dieta e faça exercícios”, que é uma formulação fundamentada num conhecimento científico, mas que é também de senso comum; para os médicos o senso comum iguala os pacientes, e os exclui de sua subjetividade.

Para que haja, então, uma ampliação da relação médico-adolescente-família, tendo em vista uma abordagem mais adequada deste distúrbio nutricional, faz-se necessário uma disponibilidade para a escuta e o detalhamento da história de vida. Enfim, o que se pretende é tornar realidade a consideração da individualidade de cada adolescente, por vezes presente só no discurso.

5 *Gozo* – não deve ser confundido com prazer; implica sempre num certo exagero, um certo desperdício na ilusão de uma satisfação plena e fantasmática (INFANTE, 1994)

Conclusões

5. CONCLUSÕES

A história familiar dos sujeitos entrevistados mostrou que:

- A obesidade é um problema de saúde complexo, no qual interagem fatores familiares, quer sejam genéticos e/ou ambientais. Embora esteja presente nas famílias um relevante componente de herança genética, evidenciou-se uma interação de fatores ambientais, ressaltando-se os psicossociais;

- A existência de dificuldades da relação mãe-bebê, desde o período da gravidez, que pode ter contribuído para desenvolver um padrão de interação relacionado com o hábito alimentar adquirido na infância e mantido até a adolescência;

- Houve problemas com a figura paterna que, em muitos casos, apresentava conflitos de ordem afetiva e era vista na família como pessoa fraca e, submissa, ou agressiva. A maioria deles apresentava problemas de alcoolismo;

- As figuras parentais mostravam baixa auto-estima e sentimentos de culpa. Algumas mães referiram dificuldade com a sua sexualidade, o que afetava a vida do casal;

- A existência de conflitos tanto individuais, quanto interpessoais não resolvidos no sistema familiar, poderiam corroborar para o início e manutenção da obesidade;

- Os adolescentes mostraram sentimentos de solidão, ansiedade, depressão e frustração que, segundo o relato dos pais, já existiam na infância, mas foram fortalecidos na adolescência. Os adolescentes apresentavam-se inseguros, dependentes, com problemas de auto-estima e na esfera da sexualidade, sendo percebido, em alguns deles, o uso que faziam do alimento como substituo do afeto ou como conforto emocional;

- As entrevistas mostraram que os adolescentes tinham conhecimento sobre o que os faz engordar, e até noções sobre o tratamento e as complicações da obesidade, mas isto não tinha sido suficiente para o emagrecimento.

- A procura do tratamento baseou-se em demanda externa, sendo buscadas soluções imediatas e mágicas para resolução do problema;

Frente aos achados acima sugere-se uma abordagem ampla dentro da relação médico-paciente, ou seja, um atendimento que torne o adolescente sujeito de sua história e não objeto de sua obesidade.

Espera-se que, com maior compreensão da interação do sujeito com a patologia obesidade, se possa ajudar efetivamente o tratamento. Esta hipótese de trabalho pode ser realmente ampliada através de estudos baseados na pesquisa qualitativa.

Referências
Bibliográficas

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. - Adolescência. In ABERASTURY et al.- **Adolescência**. Porto Alegre, 5ª ed. Artes Médicas, 1988 p.15-32
- ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. (1970) - **Adolescência normal**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
- ANDOLFI, M. – O triângulo como unidade mínima de observação. In _____ - **A linguagem do encontro terapêutico**. Porto Alegre, Artes Médicas 1996 p 30-47.
- ANDRÉ, M.E.D.A. – Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. **Cad. Pesq. São Paulo** 45:66-71, 1983
- ANDRADE, T.M. – Estudo psicológico de crianças e adolescentes obesos. In FISBERG, M. (org.) - **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo, Fundo editorial BYK, 1995. p.100-104.
- APPLETON, J.V. - Analysing qualitative interview data; addressing issues of validity and reliability. **J.Adv. Nurs.**, 22:993-997, 1995
- ARAÚJO, B.C. - Anorexia e bulimia. Famílias: que culpa temos nós. In CORDÁS, T.A. (Org) - **Fome de cão: quando o medo de ficar gordo vira doença: anorexia, bulimia e obesidade**. São Paulo Maltese 1993 p. 51-61
- ARRUDA, S.L.S – Vivências clínicas de um grupo de mães, cujos filhos estão em ludoterapia. Campinas. 1991. Tese de doutoramento. Universidade Estadual de Campinas
- BANDINI, L., SCHOELLER, D. A. & DIETZ, W. – Energy expenditure in obese and nonobese adolescents. **Pediatr. Res.** 27:198-203, 1990
- BARDIN, L. - **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1995 150p

- BATTISTONI, M.M.M. - Obesidade feminina na adolescência: revisão teórica e casos. Visão psicossomática. Campinas. 1996. Tese de doutoramento. Universidade Estadual de Campinas
- BERNEFELD, J. & PLAZANET, M. – Le père de l'enfant obèse. *Rev. Méd. Psychos.* **19(10):52-62**, 1977.
- BETARELLO, S.V – Enfoque psicossomático do obeso. In FORTES, J.R.A. et al. – **Psiquiatria e Medicina Interna** São Paulo, Astúrias, 1988 p.113-116.
- BLEGER, J. (1963) – O problema metodológico em psicologia. In _____ - **Psicologia de la conducta**. 2ª ed. Buenos Aires, Paidós, 1968. p.215-237
- BLEGER, J. (1978) – A entrevista psicológica: seu emprego no diagnóstico e investigação. In _____ - **Temas de psicologia: entrevistas e grupos**. São Paulo, 6ª ed. Martins Fontes, 1993 p.9-41.
- BLEGER, J. (1978) - Ensaio de categorização da entrevista. In _____ **Temas de psicologia: entrevistas e grupos**. 6ª ed São Paulo, Martins Fontes, 1993. p.45-51.
- BOLTANSKI, L. – **As classes sociais e o corpo**. Barcelona Laia 1979.
- BOUCHARD, C., et al. – Inheritance of the amount and distribution of human body fat. *Int. J. Ob.*, **12:205-215**, 1988.
- BOUCHARD, C. – The genetic dissection of human obesity: illustrations from recent studies. *Int. J. Obes.* **22 (3): S4**, 1998 (Abstract)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: Arquivo dos dados da Pesquisa- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), Brasília, 1989
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

- BRIOSCHI, L.R. & TRIGO, M.H.B. - Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. **Ciência e Cultura** 39(7): 631-637, 1987.
- BRITTEN, N. - Qualitative interviews in medical research. **B.M.J.** 311 (6999); 251-253, 1995
- BRITTEN, N. et al. - Qualitative research methods in general practice and primary care. **Fam. Pract.** 12(1): 104-114, 1995
- BROWNELL, K.D.; KELMAN, J.H. & STUNKARD, A.J. - Treatment of obese children with and without their mothers: change in weight and blood pressure. **Pediatrics** 71(4):515-523, 1983.
- BRUCH, H. (1973) - **Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within**. London Basic Books, Inc., 1980 p.4-207.
- BRYMAN, A & BURGESS, R.G.- Reflections on qualitative data analysis. In _____ **Analyzing qualitative data**. New York, Routhedge, 1994 p217-226
- CALIL, V. L. L. - **Terapia familiar e de casal**. São Paulo. Summus, 1987.
- CAMPOS, A.L.R. - Aspectos psicológicos da obesidade. In FISBERG, M. (org.)- **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo, Fundo editorial BYK, 1995. p.71-79
- COLLI, A.S. (1979) - Crescimento e desenvolvimento na adolescência. In SETIAN, N.; COLLI, A. S. & MARCONDES, E. - **Adolescência**. São Paulo, Sarvier, 1979 p
- DARE, C.: Change the family, change the child? **Arch. Dis. Child.** 67:643-648, 1992
- DENZIN, N.K. & LINCOLN, Y.S. - Introduction: entering the field of qualitative research. In _____- **Handbook of qualitative research**. London, Sage 1994. p.1-17

- DESLANDES, S. F. – A Construção do projeto de pesquisa. In DESLANDES, S. F.; CRUZ, O. N.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (organizadora). - **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1994. p31-49
- DIETZ, W.H. : Childhood obesity: susceptibility, cause and management **J. Pediat.** **103**:676, 1983
- DIETZ, W. H. & GORTMAKER, S.L. - Factors within the physical environment associated with childhood obesity **Amer. J. Clin. Nutr.**, **39**:619, 1984
- DIETZ, W.H. & GORTMAKER, S.L. - Do we fatten our children at television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. **Pediatrics** **75** (5):807-812, 1985
- DIETZ, W. H. - "Prevention of Childhood Obesity" **Ped. Clin. North. Am.**, **33** (4): 823, 1986.
- DIETZ, W.H. – You are what you eat – what you eat is what you are. **J. Adoles. Health.**, **11**(1):76-81, 1990
- DIETZ, W.H.: Risk factors for childhood obesity **Int. J. Obes.**, **22** (4): 2, 1998. (Abstracts)
- DOWNE- WAMBOLDT, B. - Content analysis: method, applications, and issues. **Health Care Women Int.**, **13**(3); 313- 321, 1992
- DREYFUS, M. – Abordage psychologique de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent dans une consultation pluridisciplinaire. **Ann. Pediatr.**, **40** (5): 305-312, 1993
- EPSTEIN, L.H. et al. – Ten years follow-ups of behavioral family based- treatment for obese children. **JAMA** **264**: 2519-2522, 1990
- FERNANDEZ, F.P & SUMANO, E.A - Obesidad en la niñez y adolescencia: factores de riesgo **Bol. Med. Hosp. Inf. Mex.**, **43**:53, 1986

- FISBERG, M., et al. - Corporal image in severe obese teens in Brazil. **Int. J. Obes.**, **22** (3):202, 1998 (Abstract)
- FRENCH, S.A., et al. - Self- esteem and change in body mass index over 3 years in a cohort of adolescents. **Obes. Res.**, **4**:27, 1996
- GARN, S.M. & CLARK, D.C. – Trends in fatness and origins of obesity. **Pediatrics** **57**: 443-456, 1976.
- GARNER, D.M. - Psychopathology and eating disorders in obesity: role of poor self-esteem, anxiety, anger and depression. **Int. J. Obes.**, **22** (3):87, 1998.(Abstract)
- GIOVANNINI et al. – Indagina nutrizionale sulla popolazione scolastica di Milano. **Riv. Ital. Ped.**, **14**:365-371, 1988.
- GONÇALVES, N.T. - Ouvindo nossos mestres: integrando teorias e técnicas. In PRADO, L.C.- **Famílias e Terapêutas: construindo caminhos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996 p.37-69.
- GROSS, P. et al. - Épidemiologie et risques de l'obésité. **Rev. Prat.**, **34**:3083-87, 1984.
- HALPERN, A. - Obesidade. **Rev. Bras. Clín. Terap.**, **15**(7):192-198, 1986
- HALPERN, A. & MANCINI, M.C.: - Obesidade: como diagnosticar e tratar. **Rev Bras Med** **47**:137-146, 1990
- HAINER, V. et al. – Prevalence and causality of obesity in Eastern Europe. **Int. J. Obes.**, **22** (3):S51, 1998 (Abstract.0191)
- HAMMAR, S. L. - Obesity: the search goes on **J. Adoles. Health.**, **20**:1, 1997 (Editorial)
- HENEGHAN, A.M. et al. - Depressive symptoms in inner-city mothers of young children: who is at risk? **Pediatrics** **102** (6):1394-1400.

- HILL, A.J. & SILVER, E.K. - Fat, friendless and unhealthy: 9 years old children's perception of body shape stereotypes. **Int. Obes. Relat. Metab. Disor.** 19:423-29 , 1995
- INFANTI, D. P. - A relação médico paciente. In MARCONDES, E. - **Pediatria em consultório**. 3ª ed. São Paulo, Sarvier, 1996. p.14-21.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. - censo demográfico: dados distritais. Rio de Janeiro, IBGE, 1996
- KIKUCHI, D. A. et al. - Relation of serum lipoprotein lipids and apolipoproteins to obesity in children: the Bogalusa Heart Study. **Prev. Med.**, 21:177-190, 1992
- KNITLLE, J.L. et al. - The growth of adipose tissue in children and adolescents. **J. Clin. Invest.**, 63:239, 1979
- KNOBEL, M. - A síndrome da adolescência normal. In ABERASTURY, A.& KNOBEL, M. (1970) - **Adolescência normal**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. p.24-62.
- KVALE, S. - **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. London, Sage, 1996
- KUCZMARSKI, R.S., et al - Increasing prevalence of overweight among U.S. adults: The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. **JAMA** 272:205-210, 1994
- KUMANYKA, S. - Ethnicity and obesity development in children. **Ann. N Y Acad. Sci.**, 699:81-84, 1993
- LEIBELL, R.L. - Obesidade In Brunser et al.- **Nutricion clinica en la infancia**. New York, Nestlé Nutricion, Vevey/ Raven Press, 1986. p155-166.
- LEFEVRE, M. - Genetic background and implications for regulation of body fat. **Am. J. Cl. Nutr.**, 66(2):239-244, 1997

- LINDROOS, A.K. et al.- Familial predisposition for obesity may modify the predictive value of serum leptin concentrations for long-term weight change in obese women. **Am. J. Clin. Nutr.**, **67**:119-1123, 1998.
- LLOYD, J.K. & WOLFF, O.H. - Childhood obesity. **B.M.J.**, **2**:145-147, 1989
- LÜDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. - **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo, EPU, 1986 p.25-44 e p. 45-53
- MAFFEIS, C. ET AL. - Basal energy expenditure in obese and normal Weight school children. **Acta. Paediatr. Scand.**, **80**:1145-1149, 1991
- MARCELLI, D. & BRACONIER, A. - Psicopatologia das condutas centradas In _____: **Manual de Psicopatologia do Adolescente.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.303-320
- MARCELLI, D & BRACONIER, A. - O adolescente e sua família. In _____: **Manual de Psicopatologia do Adolescente.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.303-320
- MARQUES, R.M. et al. - **Crescimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros. II peso e altura.** São Paulo, Brasileira de Ciências, 1982.
- MARTINS, J. & BICUDO, M.A.V. A. - **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.** 2ª ed., São Paulo, Moraes, 1994.
- MAYS, N. & POPE, C. - Qualitative research: Rigour and qualitative research **B.M.J.**, **311**(69997):109-112, 1995
- MICHELAT, G. - Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In THOLLENT, M.J.M.- **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária.** São Paulo, Polis, 1987. p.191-211.
- MINAYO, M.C.S. - **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1993. 269p.

- MONDINI, L. - Desnutrição e obesidade no Brasil: Relevância Epidemiológica e Padrões de Distribuição Intra-familiar em Diferentes Estratos Econômicos e Regionais. São Paulo, 1996. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo
- MONTEIRO, C.A.; BENÍCIO, M.; MONDINI, L. - Changing prevalence and causality of obesity in South-America. **Int. J. Obes.**, 22(3):S50, 1998 (Abstract.0190)
- MUST, A. et al. - Long- term morbidity and mortality of overweight adolescents. **N. Engl. Med. J.**, 327:135, 1992
- MUZZO, S. – Obesidade. In Brunser et al. - **Nutricion clinica en la infancia**. New York, Nestlé Nutrition, Vevey/ Raven Press, 1986. p168-171. (Comentário)
- NOTARBARTOLO, A. - Chi è il paziente obeso? In RIVA, E. - **Obesità essenziale: genétia, metabolismo, ambiente**. Milano, Itália, Secretaria Scientifica e Organizzativa: Instituto Danone, 1996. p.43-62 (Items: I temi della nutrizione)
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD – Problemas de la salud de la adolescencia. Ginebra OMS 1965 30p (Serie de Informes Tecnicos nº 609)
- OSÓRIO, L.C. - **Evolução Psíquica da criança e do adolescente: aspectos normais e patológicos**. Porto Alegre, Movimento, 1981. p
- OUTEIRAL, J. - Sobre a concepção de pai na obra de D. W. Winnicott. In - OUTEIRAL, J. & ABADI, S. - **Donald Winnicott na América Latina: Teoria e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro, Revinter, 1997 p.203-211
- PATTERSON, J.M. – Como aumentar a flexibilidade das famílias que atravessam situações de estresse. **Clin. Ped. Am. North.**, 1: 41-56, 1995
- PERESTRELLO, D. - Médico e paciente: a relação transpessoal. In _____ - **A Medicina da pessoa**. São Paulo, 4ª ed. Atheneu, 1996. p.96-163

- PI- SUNGER, F.X. – Health implications of obesity. *Am. J. Clin. Nutr.*, **53**:595-603, 1991.
- PIZZINATTO, V.T. - **Obesidade Infantil: processo psicossomático evolutivo.** São Paulo, Sarvier, 1992 151p
- POPE, C.& MAYS, N. - Qualitative: Reaching the parts other methods cannot reach; an introduction to qualitative methods in health and health services research. *B. M. J.*, **311**(96996), 1995. p 42-45
- PRADO, L.C. - Pontes entre concepções psicanalíticas e sistêmicas. In. _____ (org.) - **Famílias e terapeutas: construindo caminhos.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1996 p.17-36
- PUMARINO, H. & LOPEZ, D. - El diagnostico de la obesidad. *Rev. Méd. Chile*, **116**:793, 1986
- REUCHLIN, M. - O método clínico. In _____ - **Os métodos em psicologia.** Lisboa, Moraes, 1979 p 118-140.
- RICHITER, H. - Os problemas da família em um sociedade em mudança. In _____ - **A Família Como Paciente: a origem, a natureza e o tratamento de conflitos conjugais e familiares.** São Paulo. Martins Fontes, 1989 p.27-38
- RIVA, E. & SCAGLIONE, S. - Obesità essenziale infantile In RIVA, E. - **Obesità essenziale: genétia, metabolismo, ambiente.** Milano, Itália, Secretaria Scientifica e Organizzativa: Instituto Danone, 1996. p.43-62 (Items: I temi della nutrizione)
- SAITO, M.I. et al. - Visão multiprofissional do adolescente obeso *Pediatria (São Paulo)*, **7**(4):210-214, 1985.
- SAITO, M.I. – Obesidade na adolescência. *Pediatria Moderna*, **22**(8):263-268, 1987

- SAITO, M.I. – Obesidade na adolescência. In MARCONDES, E. (org.) - **Pediatria em consultório**. 3ª ed. São Paulo, Sarvier, 1996. p.601-607.
- SANDELOWSKI, M. – Sample size in qualitative research. **Res. Nurs. Health.**, 18(2):179-183, 1995
- SCHONFELD, W. N. & WARDEN, C. H. - Pediatric Obesity: an overview of etiology and treatment **Ped. Clin. North. Am.**, 44 (2): 339, 1997
- SEGAL, H. – **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro, Imago, 1975. 146p
- SHELOW, D. et al. - The relationship between self-esteem and depression in obese children. **Ann. N. Y. Acad. Sci.**, 699: 289-, 1993
- SOIFER, R. - **Psicodinamismos da família com crianças: terapia familiar com técnica de jogo**. Petrópolis, Vozes, 1983. p.271
- SOIFER, R. - Ansiedades específicas da gravidez. In _____ - **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. p.21-50
- SOIFER, R. - Estudo psicológico do puerpério. In _____ - **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6ª ed Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. p.63-90
- SOLOMON, C.G. & MANSON, J.E. – Obesity and mortality: a review of the epidemiologic data. **Am. J. Clin. Nutr.** 66 (4 Suppl):1044S-1050S, 1997
- SORENSEN, T.I.A et al. - Correlation of body mass index of adult adoptees and their biological and adoptive relatives. **Int. J. Ob.**, 16:227-236, 1992
- STUNKARD, A.J. & MENDELSON, M. – Obesity and the body image. I. Characteristics of disturbances in the body image of some obese persons. **Am. J. Psych.**, 123:1296-1300, 1967

- STUNKARD, A.J et al. – Na adoption study of human obesity. **N. Engl. J. Med.**, 314:193-198, 1986
- STUNKARD, A.J, FOCH, T.T., HRUBEC,Z. - A twin study of human obesity. **JAMA**, 256:52-54, 1986
- STUNKARD, A.J et al. - The body mass of twins who have been reared apart. **N. Engl. J. Med.**, 322:1483-1487, 1990
- STUNKARD, A.J. & WADDEN, T.A.- Psychological aspects of severe obesity. **Am. J. Clin. Nutr.**, 55:524S-532S, 1992
- TADDEI, J.A.C. - Epidemiologia da obesidade na Infância. **Pediat. Moderna**, 29 (2):111-115, 1993
- TANNER, J.M. – **Growth at adolescence**. 2ª ed. Oxford, Blackwell Scientific Publ., 1962. 326p
- TANNER, J.M.; WHITEHOUSE, R.H.; TAKAISHI, M. – Standards from birth to maturity for height, weight, height and weight velocity: British children. **Arch. Dis. Child.**, 41:454-495, 1966
- THIOLLENT, M.J.M. - O processo da entrevista In:_____ - **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. São Paulo, Polis, 1987 p.79-95
- TORDJMAN,G. - **Como comprender las enfermedades psicossomáticas**. México. Gedisa, SA, 1990. 106p
- TRIVIÑOS, A. N. S. - Pesquisa qualitativa. In _____ - TRIVIÑOS, A. N. S. – **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo, Atlas, 1987. p117-174

VALTUENA, B.O. - Reflexiones sobre la obesidad infantil *An. R. Acad. Nac. Med. Madr.*, 109 (1):165-75, 1992.

ZHANG, Y. et al. - Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature*, 372:425-432, 1994

WINNICOTT, D.W. (1936) – *Apetite e perturbação emocional*. In _____ **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978. p.111-137

WINNICOTT, D.W. (1945) – *Desenvolvimento emocional primitivo*. In _____ **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978. p269-285.

WINNICOTT, D.W. (1951). – *Objetos transicionais e fenômenos transicionais* In _____ **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978. p.389-408.

WINNICOTT, D.W. (1956) – *Preocupação materna primária* In _____ **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978. p.491-498.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva, 1990. (WHO – Technical Report Series, 797).

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Physical status: The use and interpretation of anthropometry*. Geneva, 1995. p. 263-311 e 445-449 (WHO - Technical Report Series, 854).

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- ANDOLFI, M. - **A linguagem do encontro terapêutico**. Porto Alegre, Artes Médicas 1996. 152p
- BALINT, M. & BALINT, E. - **Técnicas psicoterapêuticas en medicina**. México, Siglo XXI, 1966. 249p.
- HINSHELWOOD, R.D. - **Dicionário de pensamento kleiniano**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. 507 p.
- OUTEIRAL, J.O et al. - **Infância e adolescência: psicologia do desenvolvimento, psicopatologia e tratamento**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982
- PERESTRELLO, D. - **A medicina da pessoa**. 4ª ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1996 p
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B. L., BAKER, L. - **Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context**. London, Harvard University Press, 1978
- WINNICOTT, D.W. - **The child, the family and the outside world**. 2ª ed, Penguin Books 1991. 239p
- WINNICOTT, D.W.(1964) - Transtorno psicossomático: a enfermidade psicossomática em seus aspetos positivos e negativos In - WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. & DAVIS, M. - **Explorações Psicanalíticas - D.W.Winnicott**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994. p.82-90
- WINNICOTT, D.W.(1965) - O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In - WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R. & DAVIS, M.- **Explorações Psicanalíticas - D.W.Winnicott**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994. p.102-115

TESES CONSULTADAS

ARRUDA, S.L.S. - Vivências clínicas de um grupo de mães, cujos filhos estão em ludoterapia. Campinas, SP. 1991. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas.

CASSORLA, R.M.S. - Jovens que tentam o suicídio. Campinas, SP, 1981. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas.

CELERI, E. H. R. V. - Mães de crianças com desordens mentais: um estudo psicológico. Campinas, 1997. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas.

MIOTO, R.C.T. - Famílias de jovens que tentam suicídio. Campinas, 1994. Tese de Doutorado. Universidade de Campinas.

Anexos

7. ANEXOS

ANEXO 1 – ROTEIRO DA PRIMEIRA ENTREVISTA

Dados sócio-demográficos

Entrevista no _____

Data da entrevista: ___ / ___ / ___

Horário: ___:___ hs. Duração: ___ minutos

Parte 1 – Dados sócio-demográficos dos entrevistados

- 1 - Nome Completo:
- 2 - Endereço:
- 3 - Data de Nascimento/ Idade
- 4 - Sexo:
- 5 - Cor:
- 6 - Procedência:
- 7 - Grau de escolaridade:
- 8 - Estado civil / situação conjugal:
- 9 - Constelação familiar (Heredograma)/ Quantas pessoas moram na família:
- 10 - Situação econômica (renda per capita):
- 11 - Profissão/ Ocupação:
- 12 - Atividade de Lazer:
- 13 - Outros:

Parte 2 – Roteiro básico: a entrevista com o adolescente e seus pais:

- 1 - Questão introdutória, mais geral: Porque procuraram o serviço?
- 2 - Quando iniciou a obesidade? (história clínica)
- 3 - Porque uma pessoa engorda ? O que vocês acham?

ANEXO 2 – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O ADOLESCENTE:

- 1 - O que as pessoas de sua casa acham da obesidade?
- 2 - A seu ver porque a pessoa engorda?
- 3 - Quem prepara a alimentação em sua casa?
- 4 - Como é a alimentação em casa?
- 5 - Você poderia falar sobre sua vida? (O entrevistador esclareceu, quando necessário, que o adolescente(a) poderia falar sobre a sua família, relacionamento com colegas e amigos, o que gosta de fazer? (lazer, ir a festas, sair com os amigos)).
- 6 - Como você gosta de se vestir? Com quem você gosta de sair? (O entrevistador procurou conhecer aspectos da sexualidade do adolescente(a)).
- 7 - O que você sabe sobre sexualidade? Quem conversa com você?

ANEXO 3 – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PAIS

- 1 - O senhor (ou a senhora) poderia falar sobre a vida de seu filho/sua filha adolescente? (O entrevistador perguntou, quando necessário, sobre antecedentes gestacionais e do parto, e sobre as vivências e condições da mãe nesse período (gravidez desejada, relação afetiva dos pais nesse momento, amamentação); Como foi o primeiro ano de vida? Quem cuidava da criança? Quem dividia o cuidado com a mãe? Quais foram as intercorrências em relação à saúde? Como foi a entrada na creche ou escola? Como é o relacionamento com amigos? Com os irmãos?
- 2 - Como o sr(a) estava com o marido(esposa) nesses momentos? Qual a situação da família nesses momentos? (Vivências e condições da família nesses períodos)
- 3 - Como o(a) Sr(a) acha que o adolescente se sente com a obesidade?
- 4 - Quem conversa sobre sexualidade em casa?
- 5 - Existem outras pessoas obesas na família? Desde quando são obesas?

ANEXO 4 – DADOS CLÍNICOS DO ADOLESCENTE
(obtidos no prontuário do paciente)

- 1) Dados antropométricos: peso, estatura, índice de massa corpórea.
- 2) Estadiamento de Tanner
- 3) Outros dados clínicos e outros diagnósticos:

ANEXO 5 – TABELAS DE IMC- POR- IDADE E POR SEXO (WHO, 1995)

Percentil de IMC por idade: adolescentes masculinos de 9 a 24 anos (WHO ,1995)

Idade (anos)	Percentil				
	5	15	50	85	95
9	14,03	14,71	16,17	18,85	21,47
10	14,42	15,15	16,72	19,60	22,60
11	14,83	15,59	17,28	20,35	23,73
12	15,24	16,06	17,87	21,12	24,89
13	15,73	16,62	18,53	21,93	25,93
14	16,18	17,20	19,22	22,77	26,93
15	16,59	17,76	19,92	23,63	27,76
16	17,01	18,32	20,63	24,45	28,53
17	17,31	18,68	21,12	25,28	29,32
18	17,54	18,89	21,45	25,92	30,02
19	17,80	19,20	21,86	26,36	30,66
20 – 24	18,66	20,21	23,07	26,87	31,26

Percentil de IMC por idade: adolescentes femininos de 9 a 24 anos (WHO ,1995)

Idade (anos)	Percentil				
	5	15	50	85	95
9	13,87	14,66	16,33	19,19	21,78
10	14,23	15,09	17,00	20,19	23,20
11	14,60	15,53	17,67	21,18	24,59
12	14,98	15,98	18,35	22,17	25,95
13	15,36	16,43	18,95	23,08	27,07
14	15,67	16,79	19,32	23,88	27,97
15	16,01	17,16	19,69	24,29	28,51
16	16,37	17,54	20,09	24,74	29,10
17	16,59	17,81	20,36	25,23	29,72
18	16,71	17,99	20,57	25,56	30,22
19	16,87	18,20	20,80	25,85	30,72
20 – 24	17,38	18,64	21,46	26,14	31,20