

Helenice Brizolla Giampietro

**EM BUSCA DA COMPREENSÃO DOS FENÔMENOS
REVELADOS NA RELAÇÃO FAMÍLIA-OBESIDADE**

FRANCA

2003

Helenice Brizolla Giampietro

**EM BUSCA DA COMPREENSÃO DOS FENÔMENOS
REVELADOS NA RELAÇÃO FAMÍLIA-OBESIDADE**

Dissertação apresentada à Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Campus de Franca, para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social (Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade).

Orientador: Prof. Dr. Mário José Filho

FRANCA
2003

Giampietro, Helenice Brizolla

Em busca da compreensão dos fenômenos revelados na relação
família-obesidade / Helenice Brizolla Giampietro. –Franca, 2003

Dissertação – Mestrado – Serviço Social – Faculdade de História,
Direito e Serviço Social – UNESP – Franca

1. Serviço Social – Família – Obesidade. 2. Alimentação –
História. 3. Família – Hábitos alimentares.

CDD – 362.82

Helenice Brizolla Giampietro

**EM BUSCA DA COMPREENSÃO DOS FENÔMENOS
REVELADOS NA RELAÇÃO FAMÍLIA-OBESIDADE**

COMISSÃO JULGADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientador _____

1º Examinador _____

2º Examinador _____

Franca, _____ de _____ de 2003



Family Scene, 1969 - Botero

Comida

“A gente não quer só comida

A gente quer comida, diversão e arte

A gente não quer só comida

A gente quer saída para qualquer parte...

A gente não quer só comida

A gente quer a vida como a vida quer...

A gente não quer só comer

A gente quer prazer para aliviar a dor”.

(Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sergio Brito)

“Quero expressar minha sincera gratidão ao Prof. Dr. Pe. Mário José Filho, por ter acreditado em mim, pelo incentivo e valiosa orientação que foram importantes para que este trabalho se efetuassem e por deixar que eu encontrasse meus próprios caminhos”.

Para

meu pai, Walter;

minha mãe, Aparecida;

minhas irmãs, Elizete e Joana;

meu marido, José Luiz;

meus filhos, Rodrigo e Aline;

meu amigo, Eder

*e a todas as pessoas que estiveram ao meu lado
incondicionalmente.*

Agradecimentos

A todas famílias participantes deste trabalho, pelo tempo despendido e pela credibilidade e confiança depositada.

À equipe do CIAN- Centro Interdisciplinar de Apoio Nutricional, pela acolhida e por terem partilhado o espaço que possibilitou a obtenção dos dados desta pesquisa.

Ao Eder Soares, com o qual compartilho há muitos anos minha vida profissional e que, com sua amizade e competência, muito me ajudou com as valiosas sugestões e discussões sobre este trabalho.

Aos meus amigos Ofélia, Leila, Márcia, Emerson, Sebastião, Aparecida, Marcos, Fernanda, Adriana, Karina, Marina, Graziela, Ingrid, Ganeko, Letícia e Fabiana pela amizade e companhia nas horas incertas.

À minha família constituída, de origem e agregada, sempre pronta a me apoiar nestes momentos.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da UNESP – Franca, por toda atenção e disponibilidade dispendidas no processo deste trabalho.

In memoriam, a Solange, pela inesquecível amizade, exemplo de como mulheres podem ser firmes sem perder a ternura.

À Deus, pela presença em minha vida.

Resumo

Este estudo visa tratar da compreensão dos fenômenos revelados na relação família-obesidade por ingestão calórica ou exógena sem nenhuma indicação de obesidade endógena. Não tivemos a pretensão de, com esta pesquisa, apresentar soluções aos problemas identificados, mas sim, possibilitar aos profissionais que trabalham com família e obesidade, entre outros os Assistentes Sociais e Psicólogos para que possam realizar em suas intervenções melhores triagens, acompanhamentos e encaminhamentos. A obesidade, definida como um excesso de tecido gorduroso, é hoje, uma doença epidêmica. Estudos em várias áreas têm apontado sua origem como multifatorial. O índice de obesidade tem aumentado em todo o mundo. No Brasil e também em países orientais onde tradicionalmente era baixa a sua prevalência, esse aumento acontece tanto na população adulta como em crianças e adolescentes. Considerada como um dos fatores de risco à saúde, seu tratamento tem sido sugerido no sentido de cercar todos os aspectos envolvidos na sua origem, visando a modificação de hábitos alimentares e estilo de vida das famílias. Com o objetivo de compreender os fenômenos revelados na relação família-obesidade, buscamos um modo de pesquisa que atendesse a especificidade do tema. Optamos pelo método fenomenológico porque é voltado para a descrição mais próxima possível da realidade a que nos propomos estudar. Participaram deste estudo doze famílias com filhos obesos de ambos os sexos, com idades variadas. Foram ouvidos discursos de famílias, proferidos a partir da questão orientadora: o que significa ser obeso? Estes discursos, uma vez submetidos à análise fenomenológica, desvelaram as seguintes categorias: atitudes dos pais em relação ao controle alimentar dos filhos; fatores envolvidos no ganho de peso do filho; a vivência social da família com filho obeso; consequência da obesidade, segundo a percepção da família; a importância da família em relação ao tratamento. Assim, a busca da compreensão dos fenômenos revelados na relação família-obesidade, possibilitou especificamente, compreender a família com filhos obesos em relação ao conhecimento que possuem sobre a obesidade e suas possíveis consequências, a história do ganho de peso, hábitos alimentares da família e seus aspectos sociais.

PALAVRAS-CHAVE : Obesidade. Família. Alimentação. Fenomenologia.

Abstract

This research had an objective to comprehend the phenomena showed in the relation family and obesity per caloric ingestion or exogenous without any endogenous obesity indication. In this research we didn't have the pretension to show solution to problems identified, but possibility the professionals that work with family and obesity, between others the social Assistants and Psychologists for that they can carry out the better interventions selection, attendances and leadings. The obesity, definitely like an excess of fat tissue is today an epidemic illness. Studies in many areas point their origin as multifactorial. The obesity rate has been increasing around the world. In Brazil and in many others oriental countries where was low its rate, the increase happened even in the adult population as in teens and children. Measuring all this healthy facts, the treatment has been suggested in the meaning of all the aspects involved in its origin, looking for the modification of feed habits and in the families life style. Within the objective to understand the phenomena revealed between the family and obesity, we looked for a way of research that reach the topic. We have chosen the phenomenological method because it is achieved our present study reality. In this study twelve families have participated with their chubby children from different ages and sexes. We have listened the speeches of the families related to the questions about what means to be fat. This speeches were submitted to a phenomenological analysis showed these categories: parents attitudes in relation of their children food control; facts involved in their children gain of weight; the social life of a family of chubby children. The fat consequences, related to the family perception the importance of the family related to the treatment so, the search showed in the relation between the family and the obesity got possible the comprehension between the family and the fat children related to the knowledge about the fat and its consequence, the history of weight gain, feed family habits and the social aspects.

KEY WORDS: obesity, family, feed, phenomenology

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Introdução	13
-------------------------	-----------

CAPÍTULO 1

Uma breve história da alimentação	17
1.1. Pré-história e primeiras civilizações.....	19
1.2. O mundo clássico	20
1.3. Da antiguidade tardia à alta Idade Média (séculos V-X d.C.)	21
1.4. Plena e baixa Idade Média (séculos XI-XV d.C.).....	22
1.5. Da cristandade ocidental à Europa dos Estados (séculos XV-XVII d.C.)	22
1.6. A época contemporânea (séculos XIX-XX d.C.)	23

CAPÍTULO 2

A obesidade social “produzida”	27
2.1. Obesidade: considerações gerais	27
2.2. Obesidade: conceito e classificação	30
2.3. Fatores relacionados à obesidade	35

CAPÍTULO 3

A alimentação da família em relação à obesidade	41
3.1. Algumas considerações sobre família	41
3.2. Tabus e hábitos alimentares na família	46

3.2.1. Tabus alimentares	47
3.2.2. Hábitos alimentares.....	48
3.3. Relação família-obesidade: formas adequadas e inadequadas na alimentação.....	52

CAPÍTULO 4

A pesquisa	59
4.1. O método fenomenológico	60
4.2. Participantes do estudo.....	62
4.3. Análise fenomenológica	65
4.3.1. Atitudes dos pais em relação ao controle alimentar dos filhos.....	68
4.3.2. Fatores envolvidos no ganho de peso do filho	73
4.3.3. A vivência social da família com filho obeso.....	77
4.3.4. Consequências da obesidade, segundo a percepção da família.....	82
4.3.5. A importância da família em relação ao tratamento	92
 Considerações finais	 96
 Bibliografia	 101
 Anexos	 109

INTRODUÇÃO

Inicialmente, com o intuito de contextualizar o nosso interesse pela área de Serviço Social: Trabalho e Sociedade, na qual desenvolvemos esta pesquisa, relataremos brevemente alguns aspectos profissionais que consideramos relevantes e que foram decisivos para estabelecermos a temática e justificativa desta pesquisa.

Optamos trabalhar a relação família-obesidade porque, no exercício de nossas atividades profissionais como psicóloga, compartilhamos problemas alimentares das famílias com filhos obesos no Centro Interdisciplinar de Apoio Nutricional (CIAN) da Universidade de Ribeirão Preto / SP.

Percebemos que a maioria das famílias com as quais compartilhamos problemas alimentares no Centro Interdisciplinar de Apoio Nutricional (CIAN), estão preocupadas com a necessidade de subsidiar uma alimentação adequada que atenda às exigências das atuais transformações sociais, políticas e econômicas do Brasil. Por isso, acreditamos que as disciplinas cursadas, as atividades especiais desenvolvidas, a participação nos eventos promovidos pelo Programa de Pós-Graduação e as reuniões realizadas com nosso orientador, enfim a vida acadêmica percorrida até o momento abriu caminhos para instrumentalizar a nossa reflexão em busca da compreensão dos fenômenos revelados na relação Família-Obesidade.

Assim, consideramos oportuno estudar o papel da família na compreensão da obesidade. Nosso objetivo é, pois, compreender os fenômenos revelados na relação família-obesidade. Acreditamos que a compreensão desta relação nos possibilitará buscar novas maneiras de perceber e trabalhar a questão da obesidade na família em seus aspectos sociais.

Para isso, buscamos um modo de pesquisa que atendesse a especificidade do tema. Optamos pelo método fenomenológico porque ele é um

método voltado para a descrição mais próxima possível da realidade a que nos propomos estudar, o que só poderá se dar no exercício do dirigir-se para o fenômeno da experiência, de maneira a que se possa entrar em contato com este fenômeno da forma pela qual ele se mostra na experiência humana como é vivida, isto é, o pesquisador compartilhando da situação a ser estudada.

A pesquisa fenomenológica está relacionada à pessoa do pesquisador, isto é, a vivência pessoal do pesquisador deve estar articulada com seu tema de pesquisa. Uma das noções básicas da fenomenologia diz respeito à impossibilidade de que pensemos na existência tanto do sujeito quanto do objeto em estudo como independentes.

Portanto, este estudo visa tratar da compreensão dos fenômenos revelados na relação família-obesidade por ingestão calórica ou exógena sem nenhuma indicação de obesidade endógena. Não temos a pretensão de, com esta pesquisa, apresentar soluções aos problemas que são identificados, mas sim, oferecer aos profissionais que trabalham cotidianamente com família e/ou obesidade, entre outros, os Assistentes Sociais e Psicólogos, matrizes teóricas para conceituação e definição da postura teórico/metodológica frente à temática, especialmente em suas triagens, acompanhamentos, orientação e intervenção.

No primeiro capítulo, apresentamos uma breve história da alimentação desde as primeiras civilizações até os dias atuais, que nos possibilitaram um modo de pensar sobre alimentos, sua origem, as classificações, as questões políticas ou macroeconômicas, enfim um estudo da alimentação num vasto domínio multidisciplinar para qual a História vem oferecer uma síntese ao reunir os recursos das diversas disciplinas para buscar desvendar em cada período do passado as informações alimentares e para poder efetuar a análise da dinâmica temporal das transformações da alimentação humana.

No segundo capítulo, nos propomos a apresentar a obesidade social "produzida", com a preocupação de descrever a obesidade buscando enfocar seus conceitos e classificações e fatores relacionados à mesma.

No terceiro capítulo, apresentamos a importância da alimentação da família em relação à obesidade. Um dos objetivos deste capítulo é partilhar com os leitores uma das funções da família que é a de provedora de alimentos para a sobrevivência e socialização de seus membros, possibilitando abordar os hábitos e tabus alimentares atualmente presentes na família com o objetivo de compreendermos o significado da relação família-obesidade.

No quarto capítulo, elaboramos a trajetória metodológica de nossa pesquisa. Com a obtenção dos discursos das famílias com filhos obesos, fazemos a análise fenomenológica do modo como essas famílias revelam "o que significa ser obeso?" procurando compreender a relação família-obesidade.

Por último apresentamos algumas reflexões que nos remetem a buscar, ainda mais, outros caminhos para o trabalho com famílias com filhos obesos na atual sociedade.

CAPITULO 1



Happy Birthday, 1971 - Botero

UMA BREVE HISTÓRIA DA ALIMENTAÇÃO

A alimentação é, após a respiração e a ingestão de água, a mais básica das necessidades humanas. Além de uma necessidade biológica, é um complexo sistema simbólico de significados sociais, sexuais, políticos, religiosos, éticos, estéticos, entre outros.

A fome biológica distingue-se dos apetites, expressões dos variáveis desejos humanos e cuja satisfação não obedece apenas ao curto trajeto que vai do prato à boca, mas se materializa em hábitos, costumes, rituais, etiquetas. Assim como a respiração e o sono faz parte das necessidades básicas do homem, a comida também é expressão dos desejos humanos.

A história da alimentação abrange, portanto, mais do que a história dos alimentos, de sua produção, distribuição, preparo e consumo. O que se come é tão importante quanto quando se come, como se come e com quem se come. As mudanças dos hábitos alimentares e dos contextos que cercam tais hábitos é tema intrincado que envolve a correlação de inúmeros fatores.

A alimentação é um fenômeno cujo estudo foi estabelecido nos últimos dois séculos a partir de quatro diferentes enfoques: o biológico, o econômico, o social e o cultural. A história da alimentação, dessa maneira, abrange ao menos quatro grandes aspectos: os aspectos fisiológico-nutricionais, a história econômica, os conflitos na divisão social e a história cultural.

O papel dos historiadores da alimentação, segundo a perspectiva das ciências humanas, deveria ser o de focar ao menos a demanda por comida dentro de uma economia de subsistência e no interior dos mercados, as diferentes maneiras de conhecer, obter, adquirir, estocar, transportar e preservar alimentos, os diferentes tipos de mercadorias, os preços; as formas e técnicas de preparação; as formas de consumo; o ambiente sócio-cultural e as avaliações individuais e

coletivas como as diferenças entre pratos ordinários e festivos, comida como divisão social, e como ação simbólica, religiosa e comunicativa; os conteúdos nutritivos e as consequências para a saúde.

O método de abordagem da história da alimentação também pode ser múltiplo, enfocando os alimentos como plantas econômicas ou animais domesticados, como mercadorias ou *commodities*, como valores nutricionais ou como elementos simbólicos da cultura. Pode-se ainda abordar a questão da alimentação do ponto de vista dos sistemas alimentares, no qual combinam-se determinados alimentos e suas formas de produção, distribuição e consumo, especialmente na época contemporânea, quando a interdependência mundial se acentua. E, finalmente, a alimentação pode ser interpretada a partir do estudo dos hábitos alimentares, de como determinados padrões de consumo se estabelecem e se alteram.

Além das questões políticas ou macroeconômicas, a alimentação revela a estrutura da vida cotidiana, do seu núcleo mais íntimo e mais compartilhado (o sexo é ainda mais íntimo, mas de uma partilha social bem mais restrita). A convivialidade manifesta-se sempre na comida compartilhada, portanto a metáfora alimentar invade todas as esferas da vida.

O estudo da alimentação é um vasto domínio multidisciplinar para o qual a História vem oferecer uma síntese ao reunir os recursos das diversas disciplinas para buscar desvendar em cada período do passado as informações alimentares e para poder efetuar a análise da dinâmica temporal das transformações da alimentação humana.

Enquanto os historiadores desenvolvem suas pesquisas quantitativas e qualitativas sobre a nutrição, etnógrafos e etnólogos estudam as preferências alimentares, a significação simbólica dos alimentos, as proibições dietéticas e religiosas, os hábitos culinários, o comportamento à mesa e, de uma maneira geral,

as relações que a alimentação mantém, em cada sociedade, com os mitos, a cultura e as estruturas sociais.

Multiplicando os pontos de vista, os pesquisadores entrecruzam suas competências e, pouco a pouco, constroem, cada um por seu lado, uma nova história da alimentação diante da necessidade de compreender, em sua complexidade, os comportamentos alimentares do homem.

Assim, a história da alimentação faz parte da cultura de base de todos e a maneira de preparar os alimentos difere de um povo para outro, mas, em função de diferenças tecnológicas, econômicas e sociais entre esses mesmos povos.

Acompanhando a trajetória proposta por Jean-Louis Flandrin e Massimo Montanari na obra “História da Alimentação”¹ faremos, a seguir, um breve relato da história da alimentação desde as primeiras civilizações até os dias atuais.

1.1. Pré-história e primeiras civilizações.

Há cerca de quatro ou cinco milhões de anos, a passagem para um clima mais seco provocou, na África oriental, a diminuição de florestas e a expansão das savanas abertas, o que teria privado os ancestrais do homem de numerosos recursos vegetais. Assim, foram forçados, para se adaptar, a um maior consumo de carne e a uma melhor organização de caçadas. A caça, teria praticamente dado origem à organização social e familiar, considerada como tipicamente humana.

Nas primeiras civilizações, os mesopotâmicos acreditavam que os banquetes da sociedade humana reproduziam algumas características da sociedade

¹ FLANDRIN, Jean-Louis e MONTANARI, Massimo. **História da alimentação**. Tradução de Luciano Vieira Machado, Guilherme J. F. Teixeira. – 3ª edição, São Paulo: Estação Liberdade, 2002.

divina. Os aspectos, social e religioso, do banquete na Mesopotâmia são a reunião de um grupo que celebra sua solidariedade e a realização de um cerimonial já muito elaborado.

Os antigos egípcios tinham consciência da ligação entre a emissão de palavras e a absorção de alimentos, e da relação primordial que existe entre a vida e a nutrição. A saúde e a longevidade dependiam, no seu ponto de vista, dos prazeres da mesa. A necessidade de prodigalizar alimentos aos defuntos, está relacionada à crença na vida depois da morte.

A expressão “uma terra onde corre leite e mel”, que os hebreus utilizam para designar a terra que o deus deles lhes prometeu é uma forma emblemática, em relação à comida, aos recursos alimentares e que define a terra prometida: o leite era o alimento básico desses nômades em que os hebreus se transformaram; quanto ao mel, em uma civilização que desconhecia o açúcar, equivale a nossas guloseimas e sobremesas, representa a doçura da vida. Suas regras alimentares revelam-se relacionadas com as crenças religiosas.

Os fenícios e os cartagineses se alimentavam em suas casas. Os sacrifícios e banquetes reais ou fúnebres revelam, quase sempre, um caráter simbólico e não-realista e não refletem a dinâmica ou as manifestações exteriores das refeições cotidianas.

1.2. O mundo clássico.

Dentre todos os aspectos que definem a cultura alimentar do que denominamos “mundo clássico”, um dos mais significativos é a vontade de o apresentar como o domínio da civilização, como uma zona privilegiada e protegida, em oposição ao universo desconhecido da barbárie.

O regime alimentar tem um papel essencial nesse processo de definição de um modelo de vida civilizado, ligado à noção de cidade; e pode-se

dizer que ele funda sua própria “diferença” no que diz respeito ao não-civilizado e ao não-citadino em três valores decisivos.

Em relação à comensalidade, o homem civilizado come não somente (e menos) por fome, para satisfazer uma necessidade elementar do corpo, mas, também, (e sobretudo) para transformar essa ocasião em um momento de sociabilidade, em um ato carregado de forte conteúdo social e de grande poder de comunicação.

Quanto aos tipos de alimento consumidos (a própria alimentação é um elemento constitutivo da identidade humana), os povos que não se dedicam à agricultura, que não comem pão nem bebem vinho, são considerados selvagens e bárbaros: seu alimento é a carne, sua bebida, o leite. A questão que nos permite entrar no espaço da civilização, é o fato de que o homem fabrique seus próprios alimentos graças a um processo de domesticação e de superação da “natureza”.

No que diz respeito à cozinha e a dietética, a ciência dietética tem um papel fundamental na formação da cultura alimentar e gastronômica da Antiguidade. As técnicas de cozimento, os temperos e a arte de combinar alimentos, a ordem da sucessão de pratos, encontram sua primeira razão de ser em um “discurso sobre a alimentação” que considera a cozinha como um meio fundamental de “correção” da natureza, como um fator decisivo do regime de vida que cada um deve seguir em função de suas exigências inteiramente pessoais.

1.3. Da Antiguidade tardia à alta Idade Média (séc. V-X d.C.).

Na aurora da cultura alimentar européia, assiste-se à emergência de um novo sistema de produção e de consumo baseado na combinação e no apoio recíproco entre economia agrária e economia silvo-pastoril. A alimentação caracteriza-se, principalmente, pela variedade dos recursos e dos produtos consumidos: é a essa diversidade que a maior parte da população deve, sem

dúvida, a relativa segurança e o equilíbrio fundamental de sua alimentação cotidiana.

1.4. Plena e baixa Idade Média (séc. XI-XV d.C.).

Dois fenômenos marcantes desse período – empobrecimento da alimentação camponesa e diferenciação progressiva dos regimes alimentares segundo as classes sociais (aristocracia, clero e camponeses) – se afirmarão cada vez mais.

O “quarto estado”, o urbano, se fortalecerá protegido pela política de aprovisionamento das autoridades da cidade, empenhadas para que não falem gêneros alimentícios no mercado urbano. A cultura medieval dará orientações mais especificamente sociais, identificando-as não como atributos da pessoa, e sim da classe. Os nobres terão sua dietética, sua gastronomia, suas maneiras de se portar à mesa. Os camponeses terão outras. A mesa e a alimentação tornarão o principal instrumento (equilíbrio alimentar) para corroborar e manter a ordem estabelecida.

1.5. Da cristandade ocidental à Europa dos Estados (séc. XV-XVIII d.C.).

Grandes transformações históricas da época moderna tiveram importantes conseqüências no sistema alimentar: a conquista dos mares pelos europeus e a conseqüente integração dos outros continentes a sua rede comercial; a Reforma protestante que destruiu uma regulamentação eclesiástica que constituía um poderoso fator da unidade de alimentação e estimulou a diversificação das cozinhas nacionais; a dominação econômica dos países do norte da Europa, que favoreceu a produção e o consumo de álcool; o desenvolvimento da imprensa que acarreta a difusão da cultura escrita e modifica a função do livro de cozinha e privilegia a influência de determinadas cozinhas nacionais em detrimento das de outros países da Europa; o progresso científico, particularmente com o

desenvolvimento da química, a partir do século XVII, que interrompe por um tempo a tradicional relação da cozinha com a dietética; o contínuo crescimento da cidade favorece a passagem de uma agricultura de subsistência para uma agricultura de mercado.

1.6. A época contemporânea (séc. XIX-XX d.C.).

A revolução industrial atinge a história da alimentação, sobretudo, em relação ao desenvolvimento das indústrias alimentares.

A redução drástica dos serviços domésticos e o desaparecimento das cozinheiras e a emancipação feminina, levando-as a atividades fora de casa para contribuírem com a renda da família, proporcionou o número crescente de mulheres empregadas em fábricas ou escritórios contribuindo, consideravelmente, para o desenvolvimento dos eletrodomésticos e das indústrias alimentares.

Entre as indústrias da comida pronta, encontramos os restaurantes que se distinguiram das estalagens de outrora, sobretudo por suas duas funções bastante diferentes – a gastronômica (onde se consegue um prazer convivial e a satisfação do paladar, assim como a ilusão de alcançar um status social mais elevado) e a de alimentar cotidianamente uma clientela cada vez mais numerosa de homens e mulheres que deixaram de fazer as refeições em casa, porque não existe alguém para prepará-las ou porque trabalham muito longe de casa. Do ponto de vista demográfico, o êxodo rural e a incrível expansão das cidades e a ampliação do acelerado crescimento populacional suscitou grandes ondas de emigração que se espalharam pelos outros quatro continentes. Também o desenvolvimento dos transportes e do comércio mundial ampliou consideravelmente o espaço ocupado pelos produtos de além-mar no consumo dos europeus através da importação de especiarias, cana-de-açúcar, trigo, legumes e frutas, óleo, feijão, entre outros.

A época contemporânea proporcionou, sobretudo no século XX, uma nova dietética acentuando consideravelmente sua influência sobre as condutas alimentares: não só sobre a escolha dos alimentos, mas também sobre a maneira de prepará-los e consumi-los. Deste modo, a proscrição pela “nova cozinha” das ligações à base de farinha ou a diminuição das doses de açúcar na confeitaria e doces de frutas constituem uma consequência das advertências médicas contra o excesso de peso e do culto midiaticizado ao emagrecimento.

Os hábitos alimentares e suas transformações também são objetos de investigação para a sociologia da alimentação. A alimentação da época atual, com a intensificação comercial, a adoção de novas tecnologias de produção, distribuição e consumo de alimentos, a expansão de novos hábitos homogeneizados pelas grandes cadeias de lanchonetes e outros fenômenos recentes tem sido abordados pela sociologia da alimentação contemporânea sob múltiplos ângulos. As relações entre a culinária e as classes sociais podem ser identificadas nos gostos diferenciados ou nas maneiras à mesa, as identidades étnicas e regionais revestem-se de diversos rituais gregários e alimentares, particularmente entre emigrantes ou expatriados, os restaurantes podem ser analisados como espaços simbólicos, caracterizados como “teatro de comer” e estratificados em torno de posições sociais tanto quanto de cardápios específicos. A rotinização entediante da vida cotidiana provocada pela cultura do *fast-food*, as flutuações de horários das refeições e do simbolismo nelas investido, a constituição dos papéis sexuais e das diferenciações de gênero em torno da organização social da comida, especialmente por meio da feminização das tarefas da cozinha, são, entre tantos outros aspectos, rico material indispensável para as análises sociológicas de distintos grupos humanos.

A cultura da alimentação atual – com o fim das refeições em família que leva à erosão do próprio conceito de “refeição” numa sociedade em que nas

casas vigora o império do microondas e no trabalho, na rua e/ou na diversão expandem-se as práticas da “alimentação rápida”, de beliscar petiscos e lanches em “lanchonetes” – nos possibilita abordar, no capítulo seguinte, o fenômeno da obesidade como a doença do século XXI, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), e que afeta crianças, adolescentes e adultos, presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento.

CAPITULO 2



The Street, 1987 - Botero

A OBESIDADE SOCIAL “PRODUZIDA”

2.1. Obesidade: considerações gerais.

Durante muito tempo na história da humanidade, o ganho de peso, bem como o acúmulo de gordura, eram vistos como sinais de saúde e prosperidade. Hoje, contudo, a obesidade é considerada uma doença crônica, “um problema de saúde pública e sua etiologia bem como sua manutenção podem ser multifatoriais, envolvendo diversas áreas, como física, genética, ambiental e psicológica” (GIAMPIETRO, 2002, p. 50).

De acordo com Fisberg (1995), a obesidade é provavelmente uma das mais antigas enfermidades do homem. Desenhos rupestres mostram o homem pré-histórico com aspectos de peso excessivo para a sua altura; na Idade Média e no Renascimento, o padrão estético feminino que se privilegiava era o da mulher com formas arredondadas, matronais; no século XIX foram identificadas as células de gordura e sugeriu-se a possibilidade de que a obesidade poderia ser devida à quantidade dessas células e, posteriormente, foi testada a hipótese de que seria um desarranjo metabólico. Apareceram, também nesta época, os primeiros padrões de medida de peso corporal e as hipóteses de que fatores familiares poderiam estar envolvidos no desenvolvimento da obesidade; no século passado, a partir de 1960 inicia-se a busca de um corpo magro, atlético e de formas definidas como objeto de consumo.

Obesidade é uma doença universal de prevalência crescente e que vem adquirindo proporções alarmantemente epidêmicas, sendo um dos principais problemas de saúde pública da sociedade moderna (MANCINI, apud GARRIDO, 2003, p. 1).

A obesidade é hoje uma doença epidêmica que já se propaga inclusive em países orientais, onde, tradicionalmente, era baixa a sua prevalência. A tendência secular de crescimento do número de obesos no mundo moderno tem sido atribuída a diversos fatores causais. Atualmente, nos países em desenvolvimento como o Brasil, a situação em termos de Saúde Pública torna-se ainda mais séria, se considerarmos o processo de transição epidemiológica marcada pela coexistência de desnutrição energético-protéica e obesidade. Enquanto luta-se para acabar com a fome e combater a desnutrição no sertão do Nordeste e na periferia das capitais, o Brasil convive com outro problema alimentar geralmente associado a países desenvolvidos que é a obesidade.

Pesquisas revelam que a obesidade tornou-se uma epidemia, sendo já considerada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como a doença do século XXI. Alguns especialistas atribuem este fato à ocidentalização. De acordo com esses especialistas, 13% das mulheres e 8% dos homens brasileiros sofrem de obesidade, ao mesmo tempo em que, cerca de 40% da população sofre de excesso de peso. A obesidade é uma doença crônica, de alto risco e dispendiosa e uma das mais prevalentes em todo o mundo, com tendência para aumentar. Para além disso, reveste-se de particular gravidade, uma vez que se acompanha de vários fatores de risco e patologias, como hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares, câncer, problemas gastrointestinais, problema respiratório e artrite. O aumento do colesterol e diabetes tipo 2, ou não insulino-dependente, que era observada em adultos, já está sendo diagnosticada em crianças obesas. “O mundo moderno traz obesidade, ou seja, quanto mais as cidades se urbanizam e os aparelhos ficam cada vez mais confortáveis, nomeadamente telemóveis, comandos à distância ou automóveis, mais aumenta a prevalência da Obesidade” alerta o presidente da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO), Márcio Mancini,

sublinhando, por outro lado, que os hábitos alimentares e a diminuição de gastos de energia contribuem também para o aumento da obesidade.

Normalmente a pessoa torna-se obesa em duas circunstâncias: ou porque come exageradamente, isto é, mais do que precisa, e/ou porque gasta poucas calorias. De forma patológica (não normalmente) uma pessoa pode tornar-se obesa por ter mais facilidade de produzir gordura. Mais de 95% dos obesos estão entre as duas possibilidades mesmo que algumas insistam em dizer que não comem quase nada. Assim sendo, comumente a obesidade é causada por um desbalanço, entre as calorias que são ingeridas, sob a forma de alimentos, e as calorias que são gastas pelo indivíduo para seu organismo funcionar. O excesso de calorias, consequência do balanço positivo (sobra) entre o que é consumido e o que é gasto, acaba sendo armazenada, tornando o indivíduo obeso. É sabido que algumas pessoas engordam com mais facilidade que outras. Para que se entenda esta tendência, é necessário ter em mente que na origem da obesidade estão envolvidos fatores metabólicos, genéticos, culturais e comportamentais.

Durante muito tempo o obeso foi considerado por todos como o grande culpado pelo excesso de peso. Através da falta de vontade, da gula, de falta de controle, indolência e outros atributos pouco honrosos, acreditava-se que o gordo era o responsável absoluto pela sua obesidade. Embora estudos mostram que se uma pessoa tem uma tendência natural para o excesso de peso, será mais sensível às transgressões alimentares, mas vários outros fatores estão envolvidos na obesidade como: ganho de peso após o casamento e com o envelhecimento (notadamente em mulheres), o ato de parar de fumar, gestação, cirurgias, medicamentos; o estilo de vida sedentário, o cardápio rico em alimentos com alto teor de carboidrato e de gordura. A tendência à obesidade pode ser facilitada ou dificultada pelos aspectos culturais e comportamentais da pessoa.

2.2. Obesidade: conceito e classificação.

O termo obesidade vem do latim *ob edere*, que quer dizer comer em excesso. *“A obesidade é definida como um excesso de tecido adiposo no organismo; tal excesso dá-se, segundo conceito generalizado, por uma ingestão calórica que sobrepassa o gasto calórico”* (HALPERN, apud GARRIDO, 2003, p. 9).

A obesidade é uma doença multifatorial, ou seja, vários fatores contribuem para que ela se desenvolva. Genética e predisposição biológica, fatores culturais e étnicos são alguns fatores observados pelos especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS) como o que indica que 40% das mulheres de países europeus e do mediterrâneo apresentam obesidade e o mesmo número é aplicado para as mulheres negras norte-americanas. Apesar desses fatores, há outros dois que são responsáveis pelo crescimento acelerado do sobrepeso e obesidade. Estilo de vida e hábito alimentar. O aumento do sedentarismo, decorrente da diminuição da atividade física, aliado a uma alimentação rica em gorduras fez com que a ingestão de calorias superasse o gasto delas, formando estoque de gordura corporal.

Diversas classificações sobre obesidade têm sido propostas. Algumas traduzem apenas uma preocupação acadêmica, enquanto outras podem embutir aspectos fisiopatológicos de importância fundamental na abordagem terapêutica.

De acordo com Heller (1990), Van Norden em 1900, classifica a obesidade de obesidade exógena ou nutricional resultante das causas externas, tais como dietéticas ou ambientais, com o aumento do tecido adiposo provocado pelo desequilíbrio entre ingestão alimentar excessiva e o gasto energético reduzido, responsável, provavelmente, por 95% dos casos de obesidade; os 5% restantes seriam os chamados obesos endógenos resultantes das causas internas, tais como

endócrinas ou metabólicas, causas hormonais, por tumores e determinadas síndromes genéticas.

Existem diversas síndromes neuroendócrinas ou cromossômicas conhecidas que incluem algum tipo de obesidade enquanto um dos seus muitos sintomas. Como por exemplo, podem-se citar as síndromes de Cushing, Muriac, Frohlich, Pickwick, Prader-Willi, Laurence-Moon-Biedl, Aldsdron, Klinefelter, Linzed, entre uma série de anomalias cromossômicas ou outros distúrbios hormonais tais como os quadros de hipotireoidismo, hipoparatiroidismo, a obesidade com andrógenos aumentados ou glucocorticóides aumentados (PIZZINATTO, 1992, p. 05).

Ainda de acordo com Heller (1990), a obesidade também pode ser classificada com base em critérios psicológicos, como reativa ou de desenvolvimento. Ao se tratar da obesidade reativa, esta é caracterizada pelo excesso de ingestão de alimentos em resposta a reações emocionais, podendo surgir em qualquer momento da vida. Tratando da questão da obesidade de desenvolvimento, podem ocorrer períodos que, pelas suas características levam à superalimentação.

De Almeida (2002), apresenta uma proposta de classificação da obesidade na infância, baseada na experiência do CIAN-CESNI, criada visando à utilização clínica, fornecendo subsídios para a instituição do tratamento. Partindo-se da resistência insulínica, as crianças foram divididas em dois grupos, inicialmente chamadas de Obesidade Alimentar (sem resistência insulínica) e Obesidade metabólica (com resistência insulínica), subdividindo-se posteriormente os grupos de acordo com as indicações terapêuticas.

As classificações mais largamente utilizadas atualmente baseiam-se na gravidade do excesso ponderal, isto é, a avaliação de quantidade de tecido adiposo, e para esta avaliação já foram propostos diversos critérios antropométricos, a saber: medidas de pregas cutâneas, medidas de circunferência no cotovelo e na metade superior do braço, tabelas que relacionam idade, altura, peso e sexo, e tabelas de peso ideal (Polanczyk et al.,1990). Um dos critérios, e mais aceito pelo meio científico citado por Bray (1989) e Benotti & Forse (1995), bem como pela Organização Mundial de Saúde é a avaliação do Índice de Massa Corpórea (IMC), que se baseia na correlação matemática $\text{Peso}/\text{Altura}^2$. Este índice é calculado dividindo-se o peso em quilos pela altura em metros ao quadrado, é o mais útil indicador dos graus de excesso de gordura, avaliando a prevalência dos riscos associados da obesidade.

Contudo, o IMC não explica a ampla variação na distribuição de gordura corporal. De acordo com este critério, segundo WHO (1997), a classificação da OMS para o sobrepeso em adultos, está assim disposta:

IMC	CLASSIFICAÇÃO OMS	DESCRIÇÃO USUAL	RISCO	RISCO CORRIGIDO*
< 18,5 Kg/m ²	Baixo peso	Magro	Aumentado	Aumentado
18,5 – 24,9Kg/m ²	Faixa normal	Peso saudável, normal ou aceitável	Baixo	Aumentado
25-29,9 Kg/m ²	Sobrepeso Grau I	Sobrepeso	Aumentado	Moderado
30-34,9 Kg/m ²	Sobrepeso Grau IIa	Obesidade	Moderado	Grave
35-39,9 Kg/m ²	Sobrepeso Grau IIb	Obesidade	Grave	Muito grave
= 40.0 Kg/ m ²	Sobrepeso Grau III	Obesidade mórbida	Muito grave	Muito grave

* Risco corrigido = Risco quando o peso está associado a outros fatores de risco (WHO, 1997)

Cabral (apud GARRIDO, 2003) pontua a dificuldade em relação ao manuseio clínico da obesidade, pois, não somente o emagrecimento, mas principalmente a manutenção da perda de peso, não é possível para a maioria dos

grandes obesos. Segundo a autora, os resultados dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são avaliados à luz dos novos objetivos do tratamento da obesidade e ressalta que o tratamento clínico da obesidade mórbida ou grau III, na maioria das vezes, é frustrante, sendo a cirurgia bariátrica, atualmente, neste caso, considerada a mais bem sucedida medida terapêutica.

O tratamento cirúrgico da obesidade surgiu na década de 50 e com o passar dos anos as técnicas foram sendo aperfeiçoadas. Há muitas cirurgias para pacientes obesos mórbidos incluindo o grampeamento do estômago (gastroplastia vertical) , combinação de cirurgia restritiva e malabsortiva, cirurgia estritamente diabsortivas, colocação de balões no estômago, entre outras.

Outras classificações relacionadas à obesidade levam em considerações fatores etiológicos e, menos freqüentemente, idade e início do quadro e circunstâncias desencadeantes.

Ao se tratar de fatores etiológicos da obesidade, Pizzinatto (1992) afirma que ela é multifatorial, envolvendo diferentes campos e abordagens como o físico, psíquico, ambiental e/ou genético. Flaherty & Andrianopoulos (1995) propõem algumas explicações acerca da gênese da obesidade: causas orgânicas – incluindo as lesões no hipotálamo, doenças endócrinas e raras síndromes genéticas; fatores familiares – quando ambos os pais são obesos existe chance de 80% de que seus filhos também o sejam, chance de 50% se um dos pais é obeso e apenas 10% se os pais têm peso normal; resultado de proliferação de células de gordura - obesidade hiperplásica, e/ou resultado de aumento no tamanho celular (obesidade hipertrófica); falta de atividade física; fatores educacionais – considerando que muitas pessoas não têm informações mínimas sobre diferenças calóricas entre os alimentos e têm compreensão limitada dos princípios de boa nutrição; fatores psicológicos – propondo que certos indivíduos tendem a comer

mais e a ganhar peso quando estão ansiosos ou deprimidos, ou quando possuem respostas limitadas para lidar com o estresse.

A obesidade por ingestão calórica vem sendo cada vez mais estudada. Encontramos na literatura numerosos estudos genéticos, que demonstram uma base de hereditariedade, embora, até os dias atuais, ela não esteja totalmente compreendida. Este tipo de obesidade é considerado um problema crônico e crescente.

Deste modo, podemos definir caloria como a unidade padrão para medir a energia proporcionada pelos alimentos. O corpo gasta parte da energia adquirida nos alimentos para manter suas atividades básicas e vitais, tais como fazer circular o sangue, respirar, fazer a digestão e a diurese, entre outras; e gasta outra parte para atividades de vida, como andar, trabalhar, enfim para todas atividades vitais de nosso corpo. A energia calórica que adquirimos nos alimentos vem de três tipos de nutrientes: as proteínas, as gorduras e os carboidratos. Assim, os valores calóricos de um sanduíche, por exemplo são determinados pela quantidade de proteínas (carne e frios), gordura (manteiga e maionese) e carboidrato (pão) que ele fornece. De uma maneira geral podemos dizer que 1 grama de proteínas fornece 4 calorias; 1 grama de gorduras 9 calorias; e um grama de carboidratos 4 calorias (STRAUSS, 1999).

Nos dias atuais consideramos que a obesidade é muito mais do que a falta de caráter, de vontade, de auto-estima ou graves distúrbios psíquicos. Vários fatores podem contribuir para causar a obesidade, como doenças endocrinológicas, alterações genéticas, ausência de atividade física. No entanto, apesar desses fatores serem sumamente importantes, em geral a maior causa da obesidade ainda é o comportamento alimentar alterado e inadequado.

2.3. Fatores relacionados à obesidade.

Como podemos perceber, o estudo da obesidade é algo bastante complexo, que se utiliza de vários enfoques (clínico, social, psíquico) para sua compreensão. Assim, muitos de seus aspectos são desconhecidos e por isso a obesidade tem sido relacionada a vários fatores: demográficos (como idade, sexo e raça), biológicos (como paridade e genética), comportamentais ou ambientais (como tabagismo, etilismo, dieta, atividade física e sedentarismo) e socioculturais (como renda familiar e nível de escolaridade, e estado civil).

No entanto, ao se pensar em obesidade como uma desordem alimentar, um dos fatores que chama nossa atenção para aquilo que nos propomos estudar e que integra, praticamente, todos os outros fatores, é precisamente o biopsicossocial.

Para Satter (1986) uma desordem alimentar é um problema biopsicossocial; o ambiente social primário de algumas pessoas, suas idades e ambientes familiares podem ter grande influência no desenvolvimento do quadro de obesidade. Atitudes sociais relacionadas ao ensino de idéias distorcidas sobre regulação alimentar e padrões de peso corporal, mediadas pela família, parecem ter um impacto profundo nas desordens alimentares. Uma desordem alimentar é um sintoma de distúrbios emocionais e sociais, uma tentativa de resolver ou camuflar problemas familiares que são percebidos como de difícil solução. Atitudes familiares ou estilos de interação que mostram preocupação com a importância do papel da alimentação infantil podem impedir ou dificultar a aceitação, pela criança, do alimento e sua regulação. Para o autor, a distorção alimentar que permeia um distúrbio alimentar, ignorando-o, por exemplo, atualmente é o bastante para classificar o quadro de desordem alimentar.

De acordo com Kuczmarski (1994) a obesidade é bem mais comum entre mulheres do que entre os homens nos Estados Unidos, e segundo Halmi

(apud Talbott, Hales e Yudofsky, 1992), a obesidade é mais prevalente entre mulheres de classe econômico-social baixa do que entre as de condições mais elevada. No entanto, em um estudo multicêntrico sobre a obesidade no Brasil, Fonseca (1999) verificou maior prevalência de obesidade masculina (42,5%) comparativamente a feminina (40,6%), embora com valores próximos.

Quanto à prevalência da obesidade, tem havido um aumento considerável no número de pessoas com sobrepeso e obesidade, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Strauss (1999) refere que o índice de obesidade nos Estados Unidos no período de 1963-1980 teve um aumento de 98% em crianças da faixa etária de seis a onze anos e 64% em crianças de doze a dezessete anos.

Segundo Kuczmarski (1994), no período de 1988 a 1991, estimou-se que 33,4% dos adultos americanos com idade igual ou superior a 20 anos estavam acima do peso. No Brasil estimou-se, em 1989, que a prevalência de obesidade era de 5,9% de homens e 13,3% de mulheres (Halpern, 1998). Fisberg (1995) relata um estudo realizado pela escola Paulista de Medicina, com população atendida em seu hospital escola constatou que, aproximadamente, de 4 a 5% das crianças menores de doze anos que chegaram para a triagem médica, apresentam sobrepeso ou obesidade.

Para Halpern (1994), um dos motivos que pode explicar este fato é um consumo maior de alimentos particularmente ricos em gorduras e um estilo de vida muito mais sedentário, que favorece a diminuição do gasto calórico, onde mudanças sociais têm levado a uma alimentação rápida e gordurosa, contribuindo para o aumento de pessoas com sobrepeso e obesidade.

De acordo com Segal (2002), pessoas obesas são alvo de preconceito e discriminação importantes em países industrializados. Isto pode ser observado nas mais variadas e corriqueiras situações, como programas de televisão, revistas e

piadas. Além ou por causa disso, são pessoas que cursam um menor número de anos na escola, que têm menor chance de ser aceitas em escolas e, posteriormente, em empregos mais concorridos, que têm salários mais baixos, que têm menor chance de estar envolvidas num relacionamento afetivo estável.

Este preconceito pode ser observado já na infância, como demonstra um famoso estudo de Staffieri (1993), com crianças descrevendo crianças obesas desenhadas como preguiçosas, sujas, burras, feias, trapaceiras e mentirosas. Estudos similares mostram que, quando instadas a escolher com quem preferiam brincar, crianças, inclusive aquelas com sobrepeso, preferiram, como parceiros, crianças com outras doenças incapacitantes como cegueira e membros amputados ou com faces desfiguradas a crianças obesas. Estes preconceitos são observados também em trabalhos com estudantes universitários, que, em testes de múltipla escolha, preferem se casar com estelionatários usuários de cocaína, ladrões e pessoas cegas do que com pessoas obesas. Vários autores descrevem a presença de atitudes e esteriótipos negativos em relação à obesidade por parte de médicos e demais profissionais de saúde. Além do primeiro aspecto, de cunho moral e ético, há outros aspectos de grande importância: a percepção dessas atitudes e desses esteriótipos por parte do paciente obeso faz com que ele relute em procurar ajuda adequada à sua condição; os médicos podem estar menos interessados em tratar de pacientes com sobrepeso, acreditando serem eles pessoas com pouca força de vontade e que menos provavelmente se beneficiarão de aconselhamentos.

Para Halpern (1998) e Fisberg (1995), entre outros, no Brasil também está ocorrendo um aumento marcante da obesidade infantil e, além das possíveis complicações clínicas da obesidade, com o crescente apelo estético de um padrão de beleza sempre magro, a implicação da obesidade na auto-estima infantil também tem sido um fator muito importante. O excesso de peso em gordura nas crianças, identificado e difundido na atualidade por meio dos mecanismos de

comunicação como jornais, revistas, rádio e televisão, indicam-nos o caminho, que está tornando-se um problema, no mínimo preocupante para o futuro próximo de nossos atuais jovens.

O ganho de peso acima do normal é, geralmente estimulado já nos primeiros anos de vida, pois a família, principalmente mães e avós têm, a idéia de que nenê gordinho é sinal de saúde. A obesidade deve ser prevenida nos primeiros meses de vida, pois o ganho de peso acima do esperado, aumenta o número de células gordurosas e favorece o aparecimento de obesidade no futuro, denominada por Obesidade Hiper celular (PIZZINATTO, 1992).

A incidência de obesidade, especialmente na infância, está aumentando em todo o mundo. A obesidade infantil prepondera no primeiro ano e após o oitavo de vida, é maior nas famílias de renda maior (11,3%) do que naquelas de menor renda (5,3 %). Mas, em qualquer faixa sócio-econômica, a vida moderna tem criado condições para o desenvolvimento de obesidade em crianças, na medida em que são impedidas de saírem de casa (por causa da violência) e, desta forma deixam de correr nas praças, andar de bicicletas e participar de outras brincadeiras de boa atividade física. Atualmente, as crianças ficam muito em casa, dentro de seu quartos, sentadas ou deitadas na cama, jogam vídeo-game, navegam pela internet, assistem vídeos ou estão ligadas na TV. Pesquisas têm revelado que 26% das crianças americanas, entre 8 e 16 anos, passam 4 ou mais horas em frente à televisão diariamente. Esses estudos procuram relacionar o hábito de ver TV com a obesidade infantil (STRAUSS, 1999).

As crianças precisam ser envolvidas em atividades físicas recreativas sistemáticas e orientadas por profissionais capacitados. A redução do tempo livre que é utilizado em jogos de computadores é imprescindível. As atividades intelectuais previstas em sala de aula, precisam ser modificadas e necessitam tomar

uma direção ou rumo ao ar livre. A teoria deve ser desenvolvida e aprendida por meio da vivência prática corporal.

É preciso buscar soluções, não só para que seja controlado o peso de quem já está obeso; e sim é preciso criar as condições necessárias, para que os indivíduos não se tornem escravos de dietas para emagrecimento, ou mesmo, dependentes de regimes descontrolados e desorientados durante toda a vida. O conhecido efeito sanfona, isto é emagrece e engorda, precisa ser banido da vida de quem vive sob dietoterapia, esta síndrome, é exatamente uma falha nos métodos de controle sobre a obesidade. Estamos convivendo com o fantasma da forma física padrão. Estamos esquecendo elementos de importância crucial para a nossa sociedade. Visando atingir a estética padrão, cria-se situações que envolvem elementos degradantes do homem, como as drogas anabólicas, estimulantes e "emagrecedoras".

Na busca de desenvolver bons e saudáveis hábitos dietéticos, promovidos por meio do ensino e educação veiculados por especialistas em obesidade, os pais têm grande responsabilidade no processo de aquisição e desenvolvimento do auto-controle e da competência alimentar dos seus filhos, pois, preocupados em fazer as crianças comerem impedem que criem seus próprios hábitos alimentares e de se tornarem independentes (BRITO e METTEL, 1986).

Portanto, acreditamos que o papel da família tem grande importância no processo alimentar da criança, uma vez que é provedora de hábitos alimentares, envolvendo regulação de horários, oferta de alimentos, qualidade e quantidade dos mesmos. A influência da família no estilo de vida da criança é fundamental, pois pode ou não direcioná-la para um estilo de vida mais saudável e ativo.

CAPITULO 3



The Dinner, 1994 - Botero

A ALIMENTAÇÃO DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO À OBESIDADE

3.1. Algumas considerações sobre Família.

A instituição familiar tem ocupado a atenção dos estudiosos das ciências humanas, justificando-se este interesse pela ampliação dos conhecimentos em torno das sociedades passadas e presentes, sendo, portanto, a família uma instituição social fundamental para este entendimento.

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.

A Família 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.

Além do fator natural sobre o desenvolvimento da família, podemos também salientar também o fator cultural, que foi praticamente a transmissão de bens a filhos certos e legítimos, assim como a natureza e a procriação (JOSÉ FILHO, 2002, p. 19).

Segundo Soifer (1983), este conceito de Família pode ser ampliado, caracterizando-a 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 particular, 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 em 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. Assim, a família é compreendida como um sistema dinâmico de forças, que busca sempre um ponto de equilíbrio, que lhe permite funcionar de forma menos conflitiva possível. Este é o conceito de homeostase familiar.

Para Patterson (1995), as famílias constroem e partilham significados em três níveis: o das situações estressantes, que 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; o da identidade familiar, que emerge dos valores expressos e não expressos e dos tipos de relacionamento que orientam os familiares, na maneira de se relacionarem entre si, isto é, através de rotinas (refeições em família, ou a hora de dormir das crianças) e rituais (aniversários) que os valores e a identidade da família são criados e mantidos; e o da maneira como percebem o mundo, que 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.

Segundo Pizzinatto (1992), o desenvolvimento pessoal dos membros de uma mesma família ocorre, frequentemente, de modo diversificado não só pelas peculiaridades de personalidade e interesses individuais, mas também pelas condições sócio-econômicas que envolvem a história familiar.

A determinação histórica da estrutura familiar coloca em foco a questão das relações entre família e sociedade. A família, de acordo com Morgan (apud CANEVACCI, 1985) é o elemento ativo, nunca permanece estacionária, mas passa de uma forma inferior a uma forma superior, à medida que a sociedade evolui de um grau mais baixo para outro mais elevado.

As etapas fundamentais definidas por Morgan foram retomadas por Engels (1989) no clássico “A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado”, quando elaborou a formulação materialista dialética sobre a gênese e as funções da família monogâmica.

Para Engels (1989), foi na família que se iniciou o processo de divisão social do trabalho, entre o homem e a mulher para a procriação dos filhos. Essa divisão foi o ponto de referência que culminou com a divisão entre trabalho manual e intelectual e concomitantemente com a principal divisão, sobre a qual se funda o modo de produção capitalista: a oposição entre os proprietários das condições de produção e os que possuem a força de trabalho, explorada pelos primeiros.

Deste modo, podemos dizer que a família tende a evoluir na medida em que progride a sociedade e que deve modificar-se na medida em que esta última modifique. Assim, a família é produto do sistema social e refletirá o estado de cultura deste sistema.

As mudanças sofridas pela estrutura familiar com o decorrer do tempo não foram de forma alguma planejadas, mas sim, resultado de transformações

sociais, políticas e econômicas. Por isso, a família tem uma importância fundamental enquanto mediadora de seus membros com a sociedade.

A socialização, de acordo com SPINA (1982) tem um papel importante na transmissão da cultura e varia de sociedade para sociedade, dependendo dos padrões, regras e papéis da família.

No Brasil colonial, por exemplo, “família” era sinônimo de organização familiar latifundiária, o que provocou a instalação de uma sociedade do tipo paternalista. O chefe da família cuidava dos negócios e tinha, por princípio, preservar a linhagem e a honra familiar, procurando exercer sua autoridade sobre a mulher, filhos e demais dependentes. Enquanto que a permanência da mulher no interior da casa devia-se, antes de qualquer coisa, à sua função econômica (SAMARA, 1989).

Neste período, as mulheres faziam o trabalho caseiro e dirigiam o grupo doméstico, o qual era visto como uma atividade pública socialmente necessária, tanto quanto o fornecimento de alimentos feito pelos homens. De um lado tínhamos as mulheres da família mais abastada, ocupadas com bordados, músicas, filhos e empregados, de outro lado as mais pobres com participação mais ativa nos negócios, contribuindo assim com recursos para a manutenção da casa (SACKS, 1979).

Com as transformações sociais, políticas e econômicas acentuou-se o êxodo rural e, conseqüentemente, o crescimento das cidades e o isolamento e a privacidade das famílias. As relações entre pais e filhos tornaram-se mais intensas e, atualmente, predominam o espírito de cooperação entre os componentes. Por isso, o conceito chave na análise do comportamento familiar é o da cooperação, mais do que os conceitos de ajustamento, de acomodação e de consenso (MICHAEL, 1989).

Neste contexto, encontramos diferenças entre a família de diversas classes sociais. Entre o proletariado predominam as famílias nucleares sem união legal, grande número de famílias chefiadas por mulheres, ou por ausência do marido (mães solteiras, separação, viuvez) ou por esta assumir as responsabilidades materiais da família; na classe média, a família tende a ser nuclear, ainda mergulhada numa vasta rede de parentesco; na classe alta, a família se mantém ainda numa forma ‘mais extensa’ que nas outras. É o patriarca quem detém o controle dos meios de produção, do patrimônio e da renda familiar e sua autoridade é predominante e, na maioria das vezes, indiscutível (PRADO, 1983).

Independentemente dessas diferenças entre famílias de diversas classes sociais, sabemos que a socialização da criança se dá a priori na família. É ali que ela aprende os valores mais profundos de sua vida. Este processo de socialização é chamado de socialização primária, sendo os valores decorrentes da classe social, da percepção dos pais sobre o mundo e do próprio caráter institucional da família (LANE, 1989).

Em José Filho (2002), podemos analisar a questão da família partindo-se de suas funções a desempenhar na sociedade:

funções de ordem biológica e demográfica garantem a reprodução e a sobrevivência do ser humano; função de ordem educadora e socializadora transmite conhecimentos, valores, afetos através de uma comunicação verbal e corpórea tão importante nas relações interpessoais; função de ordem econômica (produtoras e consumidoras) que se dá no campo do trabalho; função de seguridade, que cuida da seguridade física, moral, afetiva, criando uma dimensão de tranquilidade; e função recreativa, que se traduz em atividades diversas que rompem o tédio, as tensões, como as festas (aniversários, casamentos e outras) em famílias (JOSÉ FILHO, 2002, p. 25-26).

Neste sentido, a família busca atender às necessidades afetivo-emocionais de seus integrantes, através do estabelecimento de vínculos afetivos como afeto, sentimento de pertença, solidariedade; às necessidades de participação social como escolas, igrejas, trabalho, clubes; às necessidades de subsistência-alimentação, proteção como habitação, saúde, apoio econômico.

As mudanças sofridas pela estrutura familiar, resultado de transformações sociais, políticas e econômicas nos quais a família está inserida, nos possibilita compreender a família destinada, essencialmente, ao cuidado da vida, tanto individual como social, onde se dão ou se aprendem as noções fundamentais para a consecução de tal fim (SOIFER, 1983).

A família com a função de provedora de alimentos para a sobrevivência e socialização de seus membros, nos possibilita abordar os hábitos e tabus alimentares atualmente presentes na família com o objetivo de compreendermos o significado da relação família-obesidade.

3.2. Tabus e hábitos alimentares na família.

Alguns estudos mostram que o controle da alimentação, na maioria das famílias, tem sido da mulher. Ainda que exerça atividade remunerada, continua como a primeira responsável pela alimentação da família, assumindo, assim, uma das funções mais importantes nos trabalhos domésticos e na criação dos filhos.

Esta função, ao longo da história, tem sido também uma fonte de poder para as mulheres, pois a habilidade de preparar e servir alimentos exerce direta influência sobre os outros membros da família. Tal influência, muitas vezes mágica, vem acompanhada de tabus e hábitos alimentares bastantes diversificados.

3.2.1. Tabus alimentares.

Tabu é uma palavra de origem polinésia, da língua tonga, símbolo do proibido e do intocável (CHEVALIER & GHEERBRANT, 1988). Ou como define Cunha (1982, p. 748-749): "aquilo que, por convenção ético-religiosa é proibido ou invulnerável". Significa, pois, o que é subtraído do uso cotidiano, corrente. Não se trata, porém, de um temor positivo, de uma impossibilidade prática nem racional: a interdição nunca é motivada por justificações explicáveis e a sanção temida ou aguardada em caso de violação do interdito não está inscrita em um código ou em uma lei, sendo antes uma calamidade, uma desgraça psíquica ou física AKOUD (1983).

Em Freud (1975), o tabu apresenta dois significados opostos. O do sagrado- Sacer: que não pode ser tocado, sem ser manchado ou sem manchar e o de inquietante, perigoso, proibido ou impuro. Não pode pois ser encarado como proibição puramente moral ou religiosa. Carece de todo e qualquer fundamento, incompreensível para os outros, porém parecendo natural àqueles que vivem sob seu império. Para ele, não existe racionalidade atrás dos tabus, sendo antes mecanismos usados para enfrentarmos o desconhecido, superar angústias e medos.

Alguns autores tentam uma explicação para a origem dos tabus. Podiam originar-se do saber popular, frutos da cultura de cada sociedade. Mead (apud MEAD & METRAUX, 1982) considera que todos os povos têm tabus, que são enigmas, pois o processo de desenvolvimento e manutenção do tabu é altamente misterioso. Os tabus são, na opinião de Mead, crenças socialmente partilhadas e perpetuadas pelo consenso. As pessoas, via de regra, não se atrevem a examinar a razão de ser de um tabu, o porquê de ele existir. São esses os aspectos que lhes conferem sua força duradoura, proporcionando em espécie de código ético primitivo.

Existem outras explicações um pouco diferentes dessa. Castro (1976) , por exemplo, considera o tabu uma interdição e proibição categórica, sem uma explicação racional, que em determinadas ocasiões pode ser suspensa, ao executar certas manobras compensadoras. Exemplifica com tabus encontrados no Brasil, tais como: não misturar álcool com manga ou farinha, leite com manga, frutas, principalmente manga, à noite, frutas verdes, frutas gêmeas para mulheres grávidas, não comer frutas quando a pessoa estiver com febre, não comer verduras, não comer peixes de couro, entre outras.

Os tabus são, freqüentemente, elementos de harmonização das relações sociais e pessoais. Harris (1978) considera que eles têm funções sociais, tais como ajudar o povo a pensar em si mesmo como uma comunidade à parte.

3.2.2. Hábitos alimentares.

De acordo com Mead (apud MEAD & METRAUX, 1982), hábitos alimentares são meios pelos quais os indivíduos ou grupos de indivíduos, respondendo a pressões sociais e culturais, selecionam, consomem e utilizam porções do conjunto de alimentos disponíveis. Hábitos alimentares refere-se não apenas às práticas como o quê, quanto, como, quando, onde e com quem comemos, mas também aos aspectos subjetivos que envolvem a alimentação, como o sócio-culturais e psicológicos.

Os hábitos alimentares refletem os padrões culturais e sócio-econômicos dominantes de uma determinada sociedade, e sofrem mudanças quando ocorrem modificações nesses padrões. O uso de legumes verdes na alimentação do brasileiro é outro exemplo do reflexo dos padrões sócio-culturais na alimentação. Os índios brasileiros não davam importância aos legumes verdes. O uso de verduras e vegetais, característicos da cozinha africana, foi introduzido no Brasil, com o tráfico de negros escravizados (FREYRE, 1980).

Em relação à refeição familiar (hábitos em transformação) Dickson e Leader (apud CASOTTI, 2002) comentam a tendência de jornalistas e analistas sociais anunciarem e lamentarem o declínio da refeição familiar, que estaria “morrendo nos sofás assistindo à TV” e, com ela, o declínio da família, “que estaria literalmente se despedaçando”. Ao mesmo tempo, o sucesso da comida conveniente, em combinação com o uso de *freezers* e fornos de microondas, estaria proporcionando mais tempo livre para as pessoas verem televisão, o que também contribuiria para o declínio das refeições familiares, em que as pessoas não compartilham apenas alimentos, mas conversas. Segundo eles, as refeições atualmente podem não corresponder às descrições mais populares da História, mas possuem ainda um significado social para aqueles que dela participam. Apesar do desenvolvimento tecnológico e da convivência dos alimentos, a refeição familiar persistiria por ser um evento que reúne pessoas.

Estes autores apontam uma divisão entre os sociólogos que têm estudado as refeições familiares. Alguns indicam mudanças que estariam levando ao declínio desse costume: o hábito de “beliscar”; novas tecnologias, como televisão, forno de microondas e *freezers*; novos papéis sociais assumidos pelas mulheres; a valorização da convivência e a preocupação com a economia de tempo (CASOTTI, 2002).

Nas sociedades contemporâneas a fascinação do meio, neutralizando a mensagem em benefício do meio, a idéia em proveito do ídolo, a verdade em benefício do simulacro (BAUDRILLARD, 1985), gera incessantemente na área de alimentação, como em outras áreas, novos hábitos alimentares, com as demandas nutricionais sendo produzidas pelos produtores dos alimentos. Podemos listar entre esses novos hábitos o das verduras, das vitaminas, dos sais minerais, dos energizantes, entre outros. A idéia veiculada pela propaganda de que é possível encontrar saúde nas drogarias, padarias e supermercados está cada vez mais

arraigada entre a população brasileira. Com isso novos hábitos alimentares são constantemente criados como por exemplo a moda do alho, do selênio, da vitamina A, da dieta com baixo teor de colesterol, do açúcar como veneno, das dietas alternativas entre outros inúmeros exemplos.

A criação dos filhos vem cada vez mais sendo controlada por rede de conselheiros, de peritos, expropriando esse direito dos pais. Especialistas que substituem os pais para aconselhar, orientar, guiar as crianças. Nessa expropriação pode estar a origem de vários hábitos modernos em relação à alimentação. Na alimentação infantil é observada uma profusão de regras e recomendações, algumas contraditórias e várias sem fundamentação científica. A questão do como, o que e o quanto comer, ato biológico e humano, não pode ser vista fora de seu contexto econômico, cultural, social e biológico. E determinado costume carece praticamente de significado quando separado do seu contexto cultural (EVANS-PRITCHARD, 1985).

O sucesso alimentar de uma criança é alcançado provendo-a com alimentos variáveis e saudáveis, e permitindo a ela comer o que desejar, respeitando os seus possíveis hábitos e tabus alimentares interditos pela família.

O profissional de saúde ao sugerir normas alimentares à família deve ponderar os aspectos econômicos e culturais envolvidos e sobretudo ter em mente que ele não é o único detentor de conhecimentos a respeito dos alimentos.

Birch e Fisher (apud GRULL, 1995) estabelecem diferenças históricas e culturais nas práticas normais e aceitáveis acerca da divisão do controle da alimentação entre os pais e a criança. Segundo eles, nas diversas culturas, podemos identificar pelo menos três padrões de alimentação infantil: criação altamente controladora, criação liberal e criação responsiva.

Entre algumas culturas as mães assumem habitualmente o controle total pela alimentação forçada da criança, o que oferece pouca oportunidade para o filho estabelecer a hora das refeições, a quantidade ingerida ou a escolha dos alimentos. Outras culturas adotam uma postura muito mais liberal, refletindo o pressuposto de que as crianças "sabem" quando, o que e quando elas precisam comer e o alimento jamais é forçado, mesmo quando a criança estiver sob risco nutricional. Ainda entre outras culturas, há um terceiro padrão: as mães alimentam freqüentemente seus filhos em resposta ao descontentamento deles, e às suas demandas de alimento; estas mães estão em contato direto com seus lactentes e criancinhas a todo momento. Esse terceiro padrão tem sido considerado uma estratégia dos pais para oferecer proteção contra as ameaças de desnutrição e doenças (BIRCH e FISHER, apud GRULL, 1995, p. 908).

Esses três modos gerais de alimentação são rememorativos da classificação de Baumrind (apud GRULL, 1995) dos estilos de criação autoritária, permissiva e autorizativa.

Algumas pesquisas revelam que cada um dos três estilos está associado a evoluções diferentes nas crianças. A criação autorizativa (muito semelhante à postura responsiva no controle alimentar) facilita o desenvolvimento do autocontrole pela criança, mas os modelos autoritário e permissivo o impedem. A criação responsiva, na qual os pais estabelecem limites porém modulam seu grau de domínio em resposta à capacidade da criança para se comandar, facilita o desenvolvimento do autocontrole alimentar pelos filhos, enquanto que atitudes altamente controladoras no campo alimentar o impedem. Os estilos e estratégias alimentares problemáticos incluem ingestão restringida, dietas crônicas e alimentação descontrolada e desinibida, que estão associadas a distúrbios alimentares e obesidade.

3.3. Relação família-obesidade: formas adequadas e inadequadas na alimentação.

Segundo Martinelli e Sales (apud RICCO, 2000), a educação alimentar do individuo começa no primeiro ano de vida e nesta fase se estabelecem os vícios ou regras da alimentação.

Alguns conceitos, há tempos sedimentados nos familiares, reforçam as distorções da alimentação como a consideração de que a criança bonita é aquela que é forte, "gordinha" e com "dobrinhas"; preenchendo os critérios estabelecidos pelos pais e avós como parâmetro de saúde e bons tratos. Entretanto, esta mesma criança será chamada mais tarde de "gulosa", "gorda" e sem força de vontade para emagrecer, transferindo-se para ela a responsabilidade dos erros do seu aprendizado alimentar. Frases freqüentemente empregadas como "comer para crescer", "comer para ficar forte", "comer para ficar bonito", "criança bonita come tudo", "se comer tudo vai ganhar um presente", vão gradualmente distorcendo o conceito de alimentação como forma de saciar a fome, ou seja, fonte de suprimento plástico energético para manutenção do corpo físico, e o indivíduo passa a ver o ato de comer como forma de barganha ou canalização de atenção, carinho e aprovação (Martinelli e Sales, apud RICCO, 2000, p. 102-103).

Para estes autores, o exemplo dos familiares, principalmente dos pais, influencia substancialmente o novo comportamento em formação. Hábitos e vícios alimentares são facilmente assimilados pelos filhos, que freqüentemente recusam determinados alimentos, alegando não gostarem, sem que jamais os tenham provado.

Nas refeições em família, são habituais os conflitos entre filhos e seus pais em torno da alimentação. Os pais desejam manter o equilíbrio alimentar que

acham satisfatórios, ao passo que os filhos reivindicam alimentar-se segundo critérios próprios.

As relações familiares conflitantes podem perpetuar o sintoma ‘obesidade’, não permitindo que filhos obesos amadureçam, mantendo-os 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. Relata também que as crianças obesas foram eleitas por seus pais para compensar suas próprias frustrações. Algumas parecem vítimas de uma apropriação familiar, que, embora sendo preciosa, lhes dificulta o reconhecimento da própria individualidade.

Neste contexto, é oportuno salientar que o índice de obesidade tem aumentado entre crianças, jovens e adultos em todas as classes sociais e tem sido considerada como um problema de saúde pública (SANTORO e BARBIERI, 1988).

Fontaine et al. (1997) refere-se à questão do sobrepeso como o maior problema de saúde pública nos Estados Unidos, atualmente.

Segundo Seidell (1999), essa questão do sobrepeso tem sido discutido por vários autores, pois o aumento no índice de obesidade em países do mundo todo é alarmante, inclusive entre crianças e adolescentes.

Visando demonstrar o quanto a obesidade tem aumentado nos últimos anos, Monteiro (1998) apresenta alguns dados sobre a prevalência da obesidade em

alguns países selecionados, no período de 1988-1996. No Brasil, na população adulta, a prevalência em homens, é de 5,9% e, em mulheres, de 13,3%. Nos estados Unidos, na população adulta, a prevalência, em homens, é de 19,7% e, em mulheres, de 24,7%.

Assim como na obesidade adulta, o índice de obesidade infanto-juvenil também tem aumentado nos últimos anos.

Strauss (1999) refere que o índice de obesidade nos Estados Unidos no período de 1963-1980 teve um aumento de 98% em crianças da faixa etária de seis a onze anos e de 64%, em crianças de doze a dezessete anos.

De acordo com Monteiro (1998), no Brasil, a prevalência de sobrepeso na infância é de 4,9% independente do sexo. Fisberg (1995) relata um estudo realizado pela Escola Paulista de Medicina do Brasil, com a população atendida em seu hospital escola que constatou que, aproximadamente, de 4 a 5% das crianças menores de doze anos que chegam para a triagem médica, apresentam sobrepeso ou obesidade.

Segundo Halpern (1994), um dos motivos que pode explicar este fato é um consumo maior de alimentos particularmente ricos em gordura e um estilo de vida muito mais sedentário, que favorece a diminuição do gasto calórico, onde mudanças sociais têm levado a uma alimentação rápida e gordurosa, contribuindo para o aumento de pessoas com sobrepeso e obesidade.

Os programas infantis, tanto na TV aberta quanto na TV por assinatura, são um convite perigoso para que as crianças passem horas diante de um aparelho de televisão e deixem de praticar atividades tão necessárias ao seu crescimento. Mesmo sendo uma programação educativa, confiar à TV função de babá eletrônica pode trazer problemas para a saúde da criança, a começar pelos quilinhos a mais que os pais deverão ficar atentos. A vida sedentária iniciada na

infância conduz, facilmente as crianças à obesidade, algo que poderá acompanhá-las por toda a vida.

Além de contribuir para o estado de total inércia, a televisão em excesso também acaba influenciando diretamente nos hábitos alimentares de crianças e adolescentes. Estes tendem a "beliscar" alguma coisa enquanto ficam vidrados na tela e os itens preferidos são sempre salgadinhos, chocolates, biscoitos e coisas do gênero. Esses alimentos são extremamente calóricos e de fácil digestão, isto é, satisfazem por pouco tempo. Além disso, ficam distraídos e não prestam atenção naquilo que comem, sem mastigar direito.

Nos Estados Unidos, estudos apontam que o público infantil, ao ver televisão por uma média de cinco horas diárias, apresenta 5% mais chances de deparar-se com problemas relacionados à obesidade. No Brasil, de acordo com a nutricionista Isa de Pádua Sampaio, coordenadora do Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente da UNIFESP (Universidade Federal do Estado de São Paulo), uma pesquisa respondido por cerca de 150 jovens obesos atendidos pelo programa denunciou que a maioria deles passa mais de cinco horas diárias de olho na TV.

Na opinião de profissionais da saúde que convivem diariamente com esses pacientes, a televisão é um dos principais agentes responsáveis pela obesidade infato-juvenil, que vem se alastrando em índices assustadores no País. Assim como acontece nos Estados Unidos, as crianças brasileiras dormem oito horas por noite, passam quatro horas na escola e assistem TV por média de seis horas ao dia, ou seja, ficam a maior parte do tempo inativas, diz o pediatra Nataniel Viunisk, coordenador do departamento de obesidade infantil da Abeso (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade) e autor do livro "Obesidade Infantil - um guia prático" (ed. Epub).

Para Giampietro (2002), a obesidade familiar é decorrente de erros que são cometidos diariamente na alimentação, dentro de casa, com sinais sugestivos de incoerência quanto às práticas adequadas de hábitos alimentares saudáveis. Segundo a autora, é importante conhecer a percepção da família acerca dos aspectos psicossociais do filho, a fim de favorecer a reflexão e a construção de estratégias de intervenção que visem enfocar possíveis falhas e dificuldades que possam interferir na manutenção da obesidade infanto-juvenil. Soma-se a isso, o fato de ficar horas trabalhando sentado, e o dia-a-dia agitado que não dá tempo de fazer atividades físicas ou caminhar no parque ou pelo bairro. A diversão da família é ficar descansando na frente da televisão ou sair para comer fora em restaurantes ou *fast-food*. O jantar, não pode dar trabalho para preparar pois o dia foi estressante, e é feito rapidamente com alimentos congelados que são ricos em gordura. Os filhos são estimulados a terem como brinquedo a televisão, o vídeo game e o computador acompanhados de refrigerantes, bolachas e salgadinhos. Nos finais de semana a família vai as redes de lanchonetes em que a gordura é o nutriente principal.

Por outro lado, percebemos que a família obesa tende a projetar na cozinha e na arte-culinária a força dos seus impulsos instintivos mais primitivos, vivendo a ilusão que os seus quitutes poderiam preencher o seu vazio interior, tornando-os mais vitalizados e com energias para vencer a ansiedade e a depressão. A dificuldade dos familiares obesos em elaborar os seus conflitos e compartilhar um afeto genuíno pode levá-los a não receber do outro o que mais deseja usando o alimento como forma de manter a auto-estima.

Uma característica freqüentemente encontrada no comportamento de crianças obesas é a superdependência em relação aos pais, sobretudo à mãe, com inabilidade para serem auto-suficientes e cuidar de si próprias, optando mais por atividades solitárias (televisão, vídeo-game, computador...) que grupais.

Bowlby (1984) discrimina o termo “superdependente”, o qual lhe parece ser *“empregado em dois sentidos: para abranger crianças que demonstram tipicamente apego com angústia e para abranger crianças menos hábeis que outras da mesma idade na execução de tarefas comuns e que, por isso, buscam o auxílio materno”* (BOWLBY, 1984, p. 260).

Diversas reações emocionais em relação ao tipo de comportamento de apego, ou seja, com insegurança, angústia, ansiedade e raiva podem ser observadas em crianças obesas, sendo que os casos com maior comprometimento de personalidade parecem estar relacionados àquelas mães, perturbadas emocionalmente, com dificuldade em resolver os conflitos vividos no relacionamento materno-infantil.

Diante desse quadro de alimentação inadequada, especificamente na família, vários autores são unânimes em sugerir hábitos alimentares adequados no combate ao excesso de peso. Isso significa mudanças no estilo de vida e no comportamento alimentar da família. Ingerir frutas, verduras, legumes, carnes magras diariamente deve ser estimulado na família, além de restringir o consumo de alimentos ricos em açúcar e gorduras e iniciar a prática de atividade física, irá aumentar o gasto energético. Essas são atitudes que devem ser adotadas gradativamente pela família, provavelmente irão modificar os hábitos de toda a família.

Estes dados da literatura demonstram o quanto a obesidade afeta a qualidade de vida e principalmente o quanto é essencial que se atente para o aspecto familiar.

CAPITULO 4



Official Portrait of the Military Junta, 1971 - Botero

A PESQUISA

Quando nos propusemos a participar de um grupo de apoio a famílias com filhos obesos, no Centro Interdisciplinar de Apoio Nutricional (CIAN) da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), desde janeiro de 2001, a nossa pretensão era compartilhar seus problemas alimentares ajudando as famílias a entender, compreender e modificar a situação da obesidade vivenciada pela família. Além disso, atuar como profissional psicólogo junto a uma equipe interdisciplinar participando na formulação do diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação das ações de saúde.

Entretanto, apesar de tantos esforços interprofissionais dos estudos constantes e do envolvimento com os pacientes e familiares, pairava uma incômoda indagação: como podemos ajudar, se não conhecemos a quem estamos ajudando?

O CIAN é um ambulatório que atende dois programas básicos em Nutrologia²: o de Nutrologia Infanto-juvenil (crianças e adolescentes) e o de Nutrologia Adulto. Na ocasião, a equipe do CIAN encontrava-se constituída por médicos, enfermeiros, educador físico, assistente social, nutricionista, sociólogo e psicólogo. Tinha como proposta de trabalho oferecer avaliação e orientação clínica, nutricional, psicológica e educativa em saúde para pessoas e suas famílias com distúrbios metabólicos e nutricionais no transcorrer de todo seu ciclo vital através de uma abordagem fenomenológico-humanista (UNAERP – Relatório Administrativo, 2000).

No final do ano de 2001, o ambulatório de Nutrologia Infanto-juvenil do CIAN atendia duzentos e setenta e cinco pacientes portadores de distúrbios nutricionais e, de acordo com os dados internos do ambulatório, cerca de 62% dos

² Disciplina da Faculdade de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) que trabalha com distúrbios alimentares.

casos, com diagnóstico de obesidade. Os pacientes eram encaminhados por médicos do Sistema Único de Saúde (SUS) de Ribeirão Preto ou por demanda espontânea.

A frequência de casos de obesidade alarmou os profissionais da equipe que não estavam preparados para esta demanda. As dificuldades pessoais e sociais, trazidas pelas famílias com filhos obesos eram enormes e urgentes. Para os profissionais da equipe do CIAN, entre as dificuldades mais marcantes foram percebidas as questões relacionadas às emoções ambivalentes dos pais em lidar com os corpos obesos de seus filhos, as consequências para a saúde dos mesmos e as responsabilidades de ambos, pais e filhos, para o tratamento.

Com a necessidade de investigar como estes pais estavam se defrontando com a sua situação de terem filhos obesos, passamos a nos preocupar com a busca de um método que nos permitisse descrever o mundo destes pais e compreendê-los. Nessa busca acabamos por encontrar no enfoque fenomenológico os fundamentos de uma visão de ser humano e conseqüentemente do método que nos pareceram ser os mais adequados à trajetória que pretendíamos seguir, para responder às nossas indagações sobre quem é e como compreender a família com filhos obesos que pretendemos ajudar.

4.1. O método fenomenológico.

A fenomenologia, que etimologicamente significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra por si mesmo, tem suas origens no pensamento de Edmund Husserl (1859-1938), e se constitui no estudo ou ciência do fenômeno, sendo este tudo aquilo que aparece para a consciência (DARTIGUES, 1992).

A apropriação da fenomenologia tal como os pensadores fenomenológicos a conceberam só é possível a partir de uma profunda disposição

para estar em contínuo processo: abrindo e fechando, ocultando e desocultando, velando e desvelando, indo e vindo, nos possibilitando chegar à essência do fenômeno por visão categorial, para captar a sua essência, o seu significado (BAPTISTA, 1992; VALLE, 1997).

O que está em foco para o pesquisador fenomenológico sempre é o fenômeno e não o fato. A fenomenologia quer ver o homem situado no mundo em sua totalidade de vida. Por isso, o homem só poderá se compreender a si mesmo se tiver a percepção da sua totalidade tal como ela existe realmente. A fenomenologia busca, portanto, compreender o homem em sua estrutura universal, mas, concomitantemente, na sua experiência concreta do vivido (CAPALBO, 1979).

Ao pretender conhecer o homem, a intenção do pesquisador fenomenológico é buscar o sentido de suas manifestações (falas, ações) para o que faz uso da reflexão que conduz à compreensão. Não considera diante de si o ser humano apenas como seu objeto de pesquisa, mas um sujeito que tem seu mundo a ser desvelado (FORGUIERI, 1993).

Quando o pesquisador está preocupado com fenômenos situados, encaminha-se para o sujeito onde esses fenômenos se realizam. Seu interesse está na experiência vivida desse sujeito (MARTINS e BICUDO, 1989).

Em pesquisa fenomenológica, o pesquisador não tem problema para pesquisar. Ele tem suas dúvidas sobre alguma coisa e as interroga. Ao perguntar, obtém respostas. Quando interroga, estabelece uma trajetória, está caminhando em direção ao fenômeno, naquilo que se manifesta por si, através do sujeito que vivencia a situação (CAPALBO, 1984).

A fenomenologia é um método filosófico descritivo, não explicativo, porém explicitativo, mostra e explicita o que é a coisa nele dito. Este método, por tratar de questões essenciais, anteriores mesmo a qualquer raciocínio, antecede, de certo modo, às próprias ciências, dentre elas o modelo de psicologia científica que

buscava a objetivação do fenômeno psíquico como um fenômeno natural. Instaura, ainda, uma concepção de consciência como relação com o mundo, divergente daquela de Descartes. Tem-se com a fenomenologia, portanto, um sujeito não passivo, mas sim que participa da determinação do próprio fenômeno, e esta revalorização da situação de vida concreta do ser humano é o que justifica a opção por este referencial no presente estudo.

4.2. Participantes do estudo.

As famílias atendidas e acompanhadas pelo CIAN são famílias com filhos com diagnósticos de transtornos nutricionais, na maioria obesidade. Em relação aos hábitos alimentares, em geral, desconhecem os alimentos quanto à sua classificação e grupos e como prepará-los; nunca tiveram a preocupação com a qualidade dos alimentos adquiridos e ingeridos e com a forma correta de se alimentar.

A equipe profissional do ambulatório, em suas reuniões semanais de estudos, pesquisas e avaliação do serviço prestado, percebeu as dificuldades de adesão das famílias ao tratamento de seus filhos. Diante disso, a equipe propôs, a cada início de semestre, realizar um projeto de estímulo à adesão, intitulado “Projeto Abração”, com o objetivo de reafirmar os compromissos dos pacientes e seus familiares aos retornos das consultas e exames para o tratamento da obesidade convidando-os para participarem das atividades educativas oferecidas pelo programa. Assim, estas famílias receberam cartas convite/convocação, com dias e horários de retorno para a reavaliação com a equipe.

Em resposta às cartas do “Projeto Abração”, no início do ano de 2002, começamos a selecionar as famílias com filhos obesos com idade de sete a dezesseis anos, faixa etária considerada adequada, por nós, psicólogas da equipe, para participarem do atendimento psicológico em grupo. Fatores circunstanciais

elencados pela família como, por exemplo, horário de escola dos filhos e de trabalho dos pais, também foram critérios de eliminação e escolha dos membros para este trabalho em grupo.

Então, selecionamos dezoito famílias segundo os critérios acima e as dividimos em dois grupos de nove, denominados “Grupos Psicoeducativos”. Esta é uma modalidade de atendimento em que pais e filhos são atendidos em grupo, simultaneamente, em salas diferentes sob coordenação do psicólogo. É um grupo de preparação, amadurecimento e de apoio ao tratamento médico/nutricional onde são trabalhadas as relações de cada um consigo mesmo, entre si, entre mãe e filho, as relações sociais e as significações que se estabelecem com os alimentos.

Tivemos a oportunidade de observar e estudar as dezoito famílias com filhos obesos, representadas por um dos pais que passaram a se reunir, semanalmente, durante uma hora, por um ano, para esclarecimentos, apoio e adesão ao tratamento de obesidade de seus filhos.

Os discursos que constituíram os dados originais de análise neste estudo foram expressos em entrevistas, entre nós, pesquisador, e um representante legal da família na sala de atendimento do ambulatório, localizada na Clínica Multiprofissional da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), em setting³ criado para manter a privacidade, após o convite e aceitação prévia para participar do estudo. Planejamos e agendamos, juntos, estes encontros, que foram abertos e não dirigidos, isto é, estabelecemos um rapport⁴ até o momento em que formulamos a questão orientadora: o que significa ser obeso? Foi acordado com o representante legal da família que suas experiências seriam relatadas, mas seu anonimato mantido. O uso de gravador foi oferecido e aceito por parte do entrevistado.

³ *Setting* – entendido aqui como ambiente delimitado, enquadramento em psicoterapia.

⁴ *Rapport* – relação harmoniosa, em comum acordo (DENZIN & LINCOLN, 1994).

Após cada entrevista, redigimos o discurso com o máximo de fidelidade possível, procurando nos livrar dos nossos preconceitos em relação ao fenômeno em estudo, isto é, os fenômenos revelados na relação família-obesidade, atentos à localização de temas repetidos, pois, de acordo com o método fenomenológico, quando o pesquisador chega à essência, ao significado, à estrutura do fenômeno em estudo o número de famílias a serem entrevistadas se torna imprevisível (VALLE, 1997; MARTINS, 1984). Pois, numa abordagem fenomenológica, “a concepção do enfoque qualitativo não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante é ‘quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?’ A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 1994, p. 43).

O que visamos neste momento é descrever o fenômeno por parte da pessoa que o vivencia procurando, pouco a pouco, que o seu núcleo essencial se desvele à nossa consciência. A descrição fenomenológica deve retratar e expressar a experiência consciente do sujeito e, para isso, precisa ser considerado, rigorosamente, na sua forma mais original, na linguagem espontânea da pessoa que expressa sua vivência interna. Descrever adequadamente os aspectos essenciais de um fenômeno é o modo que temos para afirmar que um dado fenômeno é, nele mesmo, inconfundível com outro. Tratamos, portanto, de descrever o fenômeno tal como o percebemos. O fenômeno se dá em perspectivas, dada a sua manifestação à existência que é sempre situada (CAPALBO, 1984).

A idéia inicial deste estudo era analisar os discursos das dezoito famílias no intuito de ampliarmos a possibilidade de vislumbrar o que é essencial, ou ao menos termos um leque maior de investigação e fonte de diversidade dos dados. Ao fim do décimo segundo discurso era possível perceber a repetitividade das expressões, ou seja, a clareza das convergências dos discursos. Estávamos

diante do ponto de saturação do fenômeno em estudo, o que permitiu, sem ferir os rigores impostos pelo método fenomenológico, que encerrássemos a obtenção dos discursos (VALLE, 1997).

A composição e o tamanho desta amostra obedecem ao princípio de “saturação” (BERTAUX, 1980), que se constitui em avaliação do pesquisador em relação aos objetivos de pesquisa, ou seja, o pesquisador, num determinado ponto de seu trabalho, sente-se confortável em relação às informações obtidas e percebe que essas informações começam a se repetir.

4.3. Análise fenomenológica.

Para Capalbo (1984), a intuição é doadora de significação, ela é um ver intelectual que constitui seus objetos. Ela não é um mero olhar, mas sim um ver discernindo, um ver inteligente, cuja característica básica é a de significar ou dar sentido a algo, objeto desta visão. De acordo com Martins (1984), obtidas as descrições ou discursos, o pesquisador passa à sua análise compreensiva, podendo se orientar da seguinte forma.

Inicialmente, fizemos uma leitura geral de cada descrição ou discurso por inteiro, com o intuito de obter uma compreensão global do modo como as famílias se relacionam, existencialmente, com a situação que está descrevendo. Este é o momento em que o objeto é entendido como tudo aquilo que é ou pode ser o termo do ato intencional da consciência (MARTINS e BICUDO, 1989).

Em seguida, fizemos uma releitura de cada descrição, tantas vezes quantas foram necessárias para apreender as falas das famílias que se relacionam com a questão orientadora (MARTINS e BICUDO, 1989). São as chamadas “unidades de significado”, que não se encontram prontas no texto, mas existem em relação a uma atitude, disposição do pesquisador, portanto, diante da perspectiva do pesquisador, focalizando o fenômeno em estudo. Esse pode ser considerado um

passo de aproximação do pesquisador à fala das famílias, um momento de captação intuitiva dos significados atribuídos pelas famílias. Para ser significativa um determinado aspecto da descrição é preciso que ele corresponda ao ponto de vista em que o pesquisador o pode perceber. Isto não implica que a significação subjetiva seja exclusiva de um indivíduo. Ela é a manifestação do fenômeno a partir de um lugar e um ponto de vista, que podem ser experimentados por quaisquer sujeitos que se posicione neste lugar e neste ponto de vista (CAPALBO, 1984).

O próximo passo consistiu em transformar cada unidade de significado encontrada no discurso ingênuo de cada família para o discurso do pesquisador. Este é um movimento de distanciamento do pesquisador para explicitar racionalmente e registrar os significados que a situação teve para as famílias e os sentimentos que estas nelas despertam (MARTINS e BICUDO, 1989; FORGUIERI, 1991). É o momento em que o pesquisador expressa os insights das unidades de significado, por meio de reflexão e de variação imaginativa.

Quando existirem várias descrições, o pesquisador busca as convergências e também as divergências das unidades de significado de cada descrição com o propósito de chegar à tematização ou à categorização do fenômeno, passando por expressões concretas das famílias. Pode-se dizer que, neste momento, com a localização de temas repetidos, o pesquisador chegou à essência, ao significado, à estrutura do fenômeno em estudo (VALLE, 1997; FORGUIERI, 1991). Assim, cada família coloca-se na sua perspectiva de perceber o fenômeno e as percepções em tempo e locais diversos, por pessoas diferentes, doam-se ao pesquisador como várias visões perspectivais do fenômeno, as quais cruzam-se, por meio da intersubjetividade, apresentando significados comuns que permitem a compreensão da estrutura do fenômeno pelo pesquisador.

Finalmente, integramos, articulamos os insights contidos nas unidades de significado transformadas em uma descrição consistente da estrutura do fenômeno. Trata-se de uma descrição final que visa fazer uma afirmação sobre as experiências vividas pelas famílias (CUPANI, 1986). Nessa descrição, todas as unidades de significado transformadas devem estar contidas. Nesse momento, a visão da estrutura do fenômeno é compreendida dentro da perspectiva do pesquisador, que, interpretando os dados, atinge um campo específico de generalidades que pertencem à estrutura geral do fenômeno.

Procederemos, agora, ao desenvolvimento da análise fenomenológica, descrita acima. É importante considerar que neste momento ocorrem várias transformações – a experiência de uma família é transformada por ela em linguagem que, por sua vez, é transformada pelo pesquisador em sua própria linguagem ao chegar a uma compreensão da experiência vivida pela família. E, ainda, o pesquisador transforma essa compreensão em categorias clarificadoras as quais são a essência da experiência original. Tais categorias são ainda transformadas em uma descrição final que reflete o que o pesquisador pensou sobre a experiência que a família descreveu, expressou, de algum modo.

São estas as categorias dos discursos das famílias, cujos temas desvelaram que para a família ser obeso significa:

- **Atitudes dos pais em relação ao controle alimentar dos filhos.**
- **Fatores envolvidos no ganho de peso do filho.**
- **A vivência social da família com filho obeso.**
- **Conseqüências da obesidade, segundo a percepção da família.**
- **A importância da família em relação ao tratamento.**

Em seguida, passamos a descrever e analisar essas categorias desveladoras e afirmações significativas presentes nos discursos das famílias.

4.3.1. Atitudes dos pais em relação ao controle alimentar dos filhos.

Procuramos compreender as atitudes que as famílias têm em relação ao controle alimentar dos filhos.

A obesidade familiar é decorrente de erros que são cometidos diariamente na alimentação, dentro de casa, com sinais sugestivos de incoerência quanto às práticas adequadas de hábitos alimentares saudáveis.

- hábitos adequados e inadequados no controle alimentar.

Com relação à atitude no controle alimentar dos filhos, observamos famílias que não ajudam no controle alimentar do filho e famílias que ajudam em tal controle.

“Brigo com ele para não comer muito, porque se deixar ele come demais... Estamos comprando as coisas de novo, as verduras, os legumes para ver se comemos menos aquelas coisas que engordam, o arroz, o feijão, o macarrão que tanto gostamos”. [F1]⁵

“Penso no futuro dele. Estamos mudando devagar. No começo do tratamento quase desisti. Por várias vezes eu falei que não via retorno e deixei ele comer para não ter sentimentos de culpa. Sei que estou errada agindo assim. Então, estou me esforçando, tentando fazer a minha parte. Tenho certeza que já

⁵ [F...] esta indicação orienta que a afirmação significativa (unidade de significado) pode ser encontrada no discurso da família de número correspondente, em anexo.

melhorou, porque o esforço está sendo grande. Hoje, ele come razoavelmente, mas não como antes”. [F1]

“Outro fator que dificulta a minha família ter uma boa alimentação é que eu odeio cozinhar. Como não tenho empregada, sempre procuro dar lanches e bolachas para minhas filhas. Quando meu marido tem tempo, ele cozinha e, então, comemos melhor”. [F2]

“A praticidade de comprar comida diante da vida corrida, nos leva a comer lanche ou pizza, por exemplo, e dificulta o acesso a uma refeição balanceada. A minha alimentação é ruim, estou acostumada a comer grandes quantidades com péssima qualidade”. [F2]

“Eles têm uma filha magrinha. Então eles comem de tudo e obrigam a filha a comer também. Estão errados, não podem fazer isso com a filha porque ela vai acabar ficando como eles”. [F7]

“Penso que a família da pessoa gorda poderia ajudar, conversando com ela, explicando a importância de um tratamento, orientando para que faça uma dieta, exercícios físicos como, por exemplo, uma caminhada. A família precisa saber que a pessoa gorda está diante de uma patologia, de uma doença e que tem que ajudar o obeso a se tratar”. [F8]

“Tenho duas filhas, uma com oito anos e a outra com seis anos, elas estão muito acima do peso e percebo que estão ficando obesas, vivia pedindo para minha esposa para modificar os hábitos alimentares das crianças, isto sempre foi

motivo de muita discussão em casa mas minha esposa não colabora e diz que quando elas ficarem adolescentes elas vão emagrecer...”. [F10]

Estes discursos nos revelam que os hábitos alimentares inadequados da família são decorrentes dos valores que os pais têm em relação ao alimento. O exemplo dos familiares, principalmente dos pais, influencia substancialmente o novo comportamento em formação. Hábitos e vícios alimentares são facilmente assimilados pelos filhos, que freqüentemente recusam determinados alimentos, alegando não gostarem, sem que jamais os tenham provado.

As famílias que não ajudam no controle alimentar, percebem-se distantes ou neutras no processo do ensino de hábitos alimentares do filho. Já , as famílias que ajudam no controle alimentar, percebem-se como parte integrante nesse processo chegando a mudar os hábitos alimentares de todo a família, auxiliando no processo de conscientização do filho a respeito da importância da alimentação adequada.

As famílias que disseram ajudar seus filhos a ter consciência dos benefícios que o controle alimentar poderia trazer, seja no sentido físico, social e emocional, percebem-se como parte integrante no processo alimentar chegando, às vezes, a mudar os hábitos alimentares de toda a família.

Diante desse quadro de alimentação inadequada, algumas atitudes devem ser adotadas quanto às mudanças no estilo de vida e no comportamento alimentar da família. Ingerir frutas, verduras, legumes, carnes magras diariamente deve ser estimulado na família, além de restringir o consumo de alimento ricos em açúcar e gorduras e iniciar a prática de atividade física, irá aumentar o gasto energético.

Famílias com hábito alimentar inadequado, influencia de forma negativa a alimentação do filho. Normalmente utilizam alimentação rica em

gordura e açúcar refinado, pobre em fibras. Se esse hábito alimentar não for corrigido na infância vai se manter nas fases posteriores.

Os pais devem ser orientados quanto à aquisição e o comportamento de preparo dos alimentos. As mudanças de comportamento devem ser incorporadas ao hábito alimentar dos filhos e da família.

- história familiar.

Alguns discursos apresentam antecedente de obesidade na família.

“A minha preocupação quanto à obesidade é a saúde, por causa do colesterol. Na minha família, meu pai fez uma cirurgia do coração...”. [F1]

“Na minha família somos todos magros, mas na família do meu marido eles são obesos e gostam de comer muito. Estou sempre alertando para os problemas com a obesidade mas eles ignoram”. [F5]

“Não há vantagem nenhuma em ser obeso. Falo isso porque além de ser obesa, tenho uma filha que também é obesa. Na verdade, toda a minha família é obesa”. [F7]

“Na minha adolescência, pesava 60 kg e me achava gorda. Devia ter aproveitado mais esta época. Tinha vergonha de tudo. Ficava no meu canto. Eu me sentia gorda e rejeitada. Quando minha filha nasceu, foi aí que engordei mesmo e não consegui voltar aos meus 60 kg. Isso faz 12 anos. Fiz tratamento médico com remédios, fiz psicoterapia, fiz ginástica, procurei uma nutricionista, mas não consegui emagrecer. Desde então, brigo com a gordura e a minha convivência com a obesidade é difícil. Eu não aceito ser gorda”. [F7]

“Meu marido chegou a passar fome, na infância. Agora, com uma boa situação financeira, come de tudo e bastante. E o que é pior, ele é quem faz compra e, por isso, não colabora com o meu tratamento e de minha filha”. [F7]

“Na minha família e a família do meu marido não tem pessoas obesas, eu não entendo o porque que a minha filha está assim, embora às vezes penso que eu fui culpada pois forçava para ela comer desde que nasceu”. [F11]

Estes discursos nos revelam que a grande maioria dos filhos provém de famílias em que, freqüentemente, um dos pais é obeso, sendo flagrante a falta de orientação e de crítica na alimentação da família e do filho. Entendemos, assim, que o tratamento da obesidade dos filhos não é tarefa fácil; os maus hábitos alimentares adquiridos pelo filho provêm dos adultos com quem convive, é ponto central na abordagem terapêutica.

Os hábitos alimentares refletem os padrões culturais e sócio-econômicos dominantes de uma determinada sociedade, e sofrem mudanças quando ocorrem modificações nesses padrões, isto é, refere-se não apenas às práticas como o quê, quanto, como, quando, onde e com quem comemos, mas também aos aspectos subjetivos que envolvem a alimentação, como o socioculturais e psicológicos.

O sucesso alimentar de uma criança é alcançado provendo-a com alimentos variáveis e saudáveis, e permitindo a ela comer o que desejar, respeitando os seus possíveis hábitos e tabus alimentares interditos pela família.

Nas diversas culturas, podemos identificar pelo menos três padrões de alimentação infantil: criação altamente controladora, criação liberal e criação responsiva.

Os pais desejam manter o equilíbrio alimentar que acham satisfatórios, ao passo que os filhos reivindicam alimentar-se segundo critérios próprios. A educação alimentar do indivíduo começa no primeiro ano de vida e nesta fase se estabelecem os vícios ou as regras da alimentação.

Os dados das histórias familiares revelam vários aspectos que podem contribuir com o início da obesidade, sua manutenção e a não resposta ao tratamento.

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 com práticas alimentares hipercalóricas induzidas por fatores psicológicos. Muitas famílias podem então submeter os seus filhos ao mesmo hábito alimentar, decorrente de necessidades mais afetivas do que nutricionais.

4.3.2. Fatores envolvidos no ganho de peso do filho.

Os fatores envolvidos no ganho de peso do filho foram observados em algumas famílias, embora nem todas tenham associado fatos com o início do ganho de peso do filho.

- condição social da família.

A questão do “como”, “o quê” e “o quanto” comer, não podem ser vistos fora do contexto econômico, cultural e social da família. Os hábitos alimentares de uma família refletem os padrões culturais e sócio-econômicos dominantes de uma determinada sociedade, e sofrem mudanças quando ocorrem modificações nesses padrões. O uso ou desuso de legumes, verduras, frutas e carnes na alimentação da família brasileira refletem os padrões sócio-culturais na alimentação.

“Não temos condições de comprar uma fruta, uma verdura todo dia. Antes achávamos barato comprar laranja, banana. Hoje em dia não é mais barato, os preços subiram demais e compramos somente o básico como arroz, feijão, batata, macarrão. Tudo isso engorda. As outras coisas que não engordam, a mistura e a verdura, por exemplo, deixamos para depois, vamos comprando aos poucos. Quando chega na metade do mês, não temos mais dinheiro para comprar. O salário do meu marido não dá, temos outras contas para pagar como luz, telefone, gasolina para levar as crianças à escola. Então acabamos gastando mais e deixando de lado o necessário, as coisas que dão saúde. Queremos ver nosso filho bem alimentado, bem sustentado, mas acabamos prejudicando sua saúde”. [F1]

- tipo e quantidade de alimentação.

Quanto ao tipo e quantidade de alimentação, os filhos possuem acesso fácil à alimentação e preparações de refeições com alta densidade energética. Na maioria das vezes os filhos têm disponível em casa biscoitos, salgadinhos, guloseimas, pães, enlatados, alimentos de preparo instantâneo, pois são mais fáceis de serem preparados e consumidos.

“Meu marido fala que sou culpada porque faço comida gostosa e acabo comendo demais. Sei que estou errada, pois coloco tudo à mesa, aí toda família acaba comendo mais porque vê a comida. Estou tentando mudar isto para ver se comemos menos e melhor”. [F1]

“Na minha casa, quando vamos almoçar ou jantar, eu não suporto ver a quantidade de comida que o meu marido e minha filha comem, começo a passar mal só de ver, me dá enjôo, nojo. Eles comem rápido. Quando vão ao carrinho de

lanche, comem dois lanches cada um, comem batata e tomam refrigerante, não sei como cabe tudo isso na barriga deles. Às vezes, comem até vomitar”. [F6]

- falta de atividade física.

O estilo de vida sedentário e, conseqüentemente, a falta de atividade física contribui para o ganho de peso dos filhos. Estes passam horas solitárias diante de um aparelho de televisão, assistindo desenhos e jogando vídeo-game. Por isso, a televisão é um dos principais agentes responsáveis pela obesidade dos filhos. Caminhar pelo bairro, andar de bicicleta, soltar pipas, ir à escola a pé, jogar futebol e brincar na rua são atividades cada vez menos vivenciadas pelos filhos.

“Ele adora futebol, mas não consegue correr. Agora está fazendo caminhada todo dia, e vai à escola a pé. Assim, cuida da saúde...” [F1]

“Ela precisa de alimentação adequada, de atividades físicas, mas acho que o problema é emocional, porque sentimos necessidade de mastigar o dia inteiro, somos agitadas e ansiosas”. [F2]

“Na rua onde moramos tem muitas crianças, tem brincadeiras, futebol, mas os meninos não chamam meu filho para o jogo porque ele cansa rápido, ele corre pouco. Às vezes ele tem vontade de brincar, mas nem vai porque fica sempre de lado, nem chega a brincar porque os outros meninos não deixam”. [F4]

“Quando está em casa, não sai para brincar na rua, fica só na televisão... Quando vai me ajudar nos afazeres de casa, percebo que tem dificuldades para varrer, abaixar, ficando cansada com facilidade”. [F6]

- fato acontecido / emocional.

Em relação aos fatos ocorridos com o filho podemos observar que algumas famílias referiram ao menos um fato acontecido na vida do filho que poderia estar relacionado com seu ganho de peso, sugerindo que tinha sido um momento de dificuldades adaptativas e emocionais para o filho.

“Toda essa confusão teve seu início aos cinco anos de idade, depois de um tratamento para alergia; acho que o remédio abriu o apetite e ele começou a engordar, mas na época não percebi. Hoje, ele está com treze anos”. [F4]

“A minha filha nasceu prematura. Achava que tinha que dar muita comida para ela crescer. O pediatra disse que a obesidade dela foi provocada pela super nutrição. Eu não esperava ela chorar ou pedir comida, o dia inteiro ficava enfiando comida na sua boca, só parava quando ela vomitava, conseqüentemente ganhou muito peso. Minha filha foi uma criança que começou a andar com 3 anos e meio; teve que fazer fisioterapia para poder andar”. [F6]

Podemos observar que estes quatro tipos de associações feitas pelas famílias como sendo fatores que poderiam estar envolvidos no ganho de peso dos filhos não são únicos.

A vida sedentária iniciada na infância conduz, facilmente as crianças à obesidade, algo que poderá acompanhá-las por toda a vida. A televisão é um dos principais agentes responsáveis pela obesidade infanto-juvenil. Os programas infantis são um convite perigoso para que as crianças passem horas diante de um aparelho de televisão e deixem de praticar atividades tão necessárias ao seu crescimento. Os filhos são estimulados pelos pais a terem como brinquedo a televisão, o vídeo game e o computador acompanhados de refrigerantes, bolachas e

salgadinhos. Nos finais de semana a família vai às redes de lanchonetes em que a gordura é o nutriente principal.

Uma característica freqüentemente encontrada no comportamento de crianças obesas é a superdependência em relação aos pais, sobretudo à mãe, com inabilidade para serem auto-suficientes e cuidar de si próprias, optando mais por atividades solitárias (televisão, vídeo-game, computador...) que grupais.

Estes fatores envolvidos no ganho de peso demonstram o quanto a obesidade afeta a qualidade de vida não somente do filho, mas de toda família.

4.3.3. A vivência social da família com filho obeso.

A maneira como as pessoas e a sociedade em geral tratam a questão do excesso de peso parece ter grande influência na construção da auto-imagem do filho obeso.

- preconceitos e discriminação.

Os discursos das famílias nos revelam que os filhos obesos, além de carregarem todo seu peso, carregam nos ombros o peso da culpa e da responsabilidade pela sua obesidade, numa sociedade que supervaloriza a magreza e promove julgamentos sociais negativos em relação ao obeso.

“Existe um grande preconceito em relação às pessoas obesas”. [F3]

“As pessoas olham para o obeso e colocam rótulos, costumam dizer que obeso é molão, parádão e que não faz nada”. [F4]

“Na rua onde moramos tem muitas crianças, tem brincadeiras, futebol, mas os meninos não chamam meu filho para o jogo porque ele cansa

rápido, ele corre pouco. Às vezes ele tem vontade de brincar, mas nem vai porque fica sempre de lado, nem chega a brincar porque os outros meninos não deixam”. [F4]

“Outra coisa que me preocupa é o fato das pessoas provocarem o meu filho por ser gordo. Chamam ele de gordo, bujão e outros apelidos que não quero falar”. [F5]

“Hoje, ela está com 13 anos sofrendo os preconceitos que existem em relação às crianças obesas. Nas ruas e na escola têm vários apelidos como jamanta, elefante, bujão entre outros que agora não me lembro”. [F6]

“A pessoa obesa é uma pessoa gorda, desajeita, feia, sem educação. Quando vai comer não é uma pessoa delicada, as outras pessoas reparam e criticam, dizendo que são gulosos e feios porque comem muito”. [F8]

“No caso de uma moça, ela fica complexada porque o moço olha para ela e prefere a magrinha. Eu acho que nisso tem discriminação”. [F8]

“As pessoas em geral cobram muito dos pais que tem filhos obesos, eu já ouvi inúmeras vezes que a minha filha está obesa por falta de cuidados meus e do pai, elas atribuem culpa para a criança e estende para os familiares”. [F9]

“Essa história que eles falam ‘sou gordo mais sou feliz’, eu não acredito, pois na convivência posso ver que eles não são felizes. Eles encontram dificuldade em tudo, como por exemplo em comprar uma roupa, no restaurante que vai, no cinema, isto é em quase todos lugares públicos que freqüentam. As

peessoas olham diferente quando chega uma pessoa obesa, em qualquer lugar que ela for, eles têm dificuldades com o corpo e até cadeiras para agüentar o peso. Quando vou com os meus amigos obesos nos lugares, quando chegamos percebo as pessoas comentando e rindo, eles ficam tristes com isto”. [F10]

“Acho é que a pessoa obesa não se sente bem, eu não me sentiria bem se fosse gorda, e não gosto de ter uma filha obesa”. [F11]

“As pessoas com quem convivo, os familiares, os professores da escola e até quem eu não conheço e encontro na rua sempre me perguntam porque eu deixei a minha filha engordar, eu fico muito triste e não sei responder, mas vou logo dizendo que ela está fazendo um tratamento para a obesidade. Por isso estou até limitando as nossas saídas de casa para não ter que ficar explicando, ela também não gosta e fica o tempo todo na televisão, já chegou a me dizer que não quer ir mais à escola, mas eu respondo que isso não pode e que ela vai perder peso e ficar bonita”. [F11]

“Sem falar na discriminação. Tem pessoas que procuram não comentar, mas olham de maneira diferente. Outras são mais abusadas, falam abertamente e gozam dos gordos e de nós que somos pais de filhos obesos”. [F12]

As dificuldades relacionadas à auto-imagem foram percebidas pelas famílias deste estudo, como conseqüências dos preconceitos existentes na sociedade em relação ao “gordo”, no qual apelidos pejorativos eram comuns. Quando se discute a obesidade é importante se considerar também o aspecto sócio-cultural, pois, os dados permitem uma concordância com as conclusões de Brook (1978) quando este refere que existem padrões de peso tomados como ideais em

determinadas épocas e populações. Assim, a forma de lidar com a obesidade estará sempre relacionada também aos aspectos sócio-culturais.

- estética.

Com relação à estética, os discursos das famílias revelam como o excesso de peso e a forma com que as pessoas e a sociedade em geral lidam com essa questão.

“Ele me xinga e insiste em usar roupas largas para não aparecer a barriga; não fica sem camiseta porque tem vergonha de seu corpo”. [F1]

“Procuro não pensar que minha família está obesa; se soubermos contornar, a obesidade não atrapalha. Sei que sou gorda, quando olho no espelho, quando estou sem roupa, vejo o tamanho que estou e como está a minha barriga; meu banheiro tem espelho mas não gosto de ficar olhando, procuro usar roupas largas para disfarçar”. [F2]

“Quanto às minhas filhas, elas ainda não se despertaram, não têm interesse pelo corpo, não são vaidosas, mas acho que, quando ficarem adultas, vão perceber que a sociedade cobra das moças um corpo bonito”. [F2]

“Por causa daquela gordura, o corpo dele ficou redondo, está horroroso. Para mim é um problema de estética, de aparência...”. [F5]

“As pessoas em geral falam que a mulher gorda é mais feia e discriminada em relação ao homem, mas eu acho feio os dois, a aparência física é tudo, a pessoa magra parece que está sempre mais limpa que os obesos”. [F10]

“Eu tenho amigas que as filhas são magrinhas e bonitas, elas compram roupas da moda para as suas filhas e fica tudo bonito. Eu não posso fazer isso pois não tem roupa da moda para crianças como a minha filha, não é qualquer roupa e sapato que serve, as roupas que entram no corpo nem todas ficam bem, sempre procuro as que mais disfarçam, isto é, a menos desajeitada”. [F11]

“A obesidade, além de ser uma doença, também influencia muito na estética, abaixa a auto estima porque a pessoa obesa não é bonita, ninguém gosta de ser obesa. A obesidade atrapalha em tudo... passando pelos cuidados com o próprio corpo, isto é, na higiene pessoal, até às dificuldades no cotidiano da vida, como, por exemplo, amarrar sapatos e vestir-se. Quando você tem uns quilos a mais, sofre para por uma roupa”. [F12]

Percebemos que o excesso de peso se tornou motivo de preocupação para as famílias com filhos adolescentes, uma fase de mudanças físicas em que o corpo passa a possuir novos significados.

Para Rappaport (1996) as mudanças corporais ocorridas na puberdade podem fazer com que o adolescente se sinta perdido e confuso levando a preocupações e ansiedade. Como é um período de buscas de modelos e padrões de beleza e o aspecto social é altamente considerado, o pré-adolescente obeso que não se encaixa nos padrões estabelecidos pode apresentar prejuízos na auto-estima.

Quanto aos relacionamentos sociais, as famílias referem que os filhos têm amigos, mas a maior parte deles preferem brincar sozinhos. A maioria deles tem apelidos com relação ao excesso de peso. Os apelidos pejorativos têm sido motivos de preocupação para a família e para os filhos, impedindo-os de lidar com a situação social.

O forte preconceito social sofrido pela família com filho obeso propicia que mensagens e atributos negativos sejam internalizados e passem a constituir fatores desencadeantes dos problemas psicológicos observados em seus discursos.

Observamos que há uma clara desvantagem social em ser obeso. Mesmo uma condição de leve sobrepeso, especialmente nas mulheres, contrasta com os ideais culturalmente fomentados, de tal forma que essas pessoas se envergonham de sua condição e são objetos de preconceitos e discriminação.

4.3.4. Conseqüências da obesidade, segundo a percepção da família.

Segundo os discursos das famílias, a obesidade dos filhos revelam conseqüências na vida pessoal/emocional, social e na saúde dos mesmos.

- na área social.

No aspecto social as famílias relatam as conseqüências da obesidade, principalmente em relação ao trabalho.

“Antes de me casar, trabalhei como recepcionista e o chefe que me contratou falava que o cartão de visita da empresa é a recepcionista e que tinha que estar sempre bem arrumada. Nunca mais esqueci disso. Estar bonita, apresentável e também ser magrinha, porque hoje em dia é moda ser magrinho, não pode ser gorda de jeito nenhum, do contrário você não passa nos testes. Falo pra ele que ninguém dá emprego para quem é gordo”. [F1]

“As empresas, atualmente, procuram pessoas para trabalhar com aspecto físico bonito, boa aparência e exclui o obeso... Trabalho com Recursos Humanos e nas dinâmicas de grupo tenho que selecionar as pessoas que não são

obesas. Se acontecer de eu selecionar um obeso, a empresa, além de não contratá-lo, me dá uma grande bronca”. [F3]

“Quando meu filho ficar adulto, tudo vai ficar mais difícil. Por exemplo, na vida profissional, quando for procurar emprego a aparência conta muito. Tenho uma amiga que é obesa, diz não arrumar emprego, chega até ser chamada para entrevista mas nunca consegue. Chegaram até a falar que chamaram o nome dela por engano, mas ela sabe que não é isso”. [F4]

“Agora estou começando a pensar no futuro dele, pois tenho amigos que tem um bom currículo, mas a aparência não ajuda porque eles estão gordos; comentam que a empresa não contrata obesos; as empresas alegam que os obesos ficam doentes e pedem mais afastamento. Tenho um primo que trabalhava na bilheteria de um cinema, era alvo de piadas e gozações, foi mandado embora. O patrão disse que não queria mais um gordo vendendo bilhetes pois era constrangedor”. [F5]

“Isso só pode ser doença e está prejudicando a vida de minha filha. Ela não vai conseguir trabalho, namorado e viver normalmente se continuar gorda”. [F6]

“Para mim significa tudo o que não é bom, o que trás todo tipo de problemas para a vida como não conseguir trabalho”. [F7]

“Tenho um primo que fala alemão, inglês e francês. No entanto, quando faz entrevistas para conseguir um emprego, é reprovado por ser obeso. Ele está com 230 kg e a esposa dele também é obesa”. [F7]

“No caso de uma entrevista para conseguir um trabalho, as pessoas olham com desprezo, querem as magrinhas, as bonitinhas. É mais difícil uma mulher gorda arrumar emprego. Existe até uma discriminação e a pessoa gorda se sente inferior às outras pessoas. A pessoa gorda tem dificuldades em comprar roupas, pois é difícil achar uma roupa do seu tamanho.” [F8]

“Tenho um amigo que para se candidatar para um cargo público ele foi fazer tratamento em um spa, ele disse que a pessoa que cuidava da sua candidatura falava que o eleitor não gosta de votar em gordo”. [F9]

“Eu não sou obeso, trabalho como segurança pessoal de pessoas importantes na cidade, quando começo a engordar retorno para a minha dieta e reforço a atividade física, pois um segurança não pode ser obeso...”. [F10]

“... penso no futuro da minha filha, ela vai querer trabalhar, e não vai conseguir serviço, ela gosta de dançar e quer ser atriz, sonha em trabalhar na televisão mas como é gorda, acho difícil que consiga fazer carreira na televisão, também nas grandes empresas, eles preferem pessoas magrinhas com boa aparência”. [F11]

“A obesidade atrapalha em tudo. Desde o trabalho, dependendo dos movimentos que a pessoa tem que fazer...”. [F12]

“O obeso tem mais dificuldade em sua vida profissional. Uma empresa não quer ter um empregado sempre indo ao médico por motivo de pressão alta, diabetes e outras doenças da obesidade. Para a empresa ter empregados afastado é perder, e elas não estão dispostas a ter este gasto. Por exemplo, na

minha profissão, não se contrata obesos para o trabalho de garçom. Dizem que um garçom tem que ser ágil e os obesos têm dificuldades em andar, não são ágeis”. [F12]

Estes discursos confirmam o que encontramos na literatura: que a nossa sociedade supervaloriza a magreza e promove julgamentos sociais negativos em relação ao obeso. Adjetivos como preguiçoso e incompetente são direcionados aos obesos, principalmente no mundo do trabalho.

Segundo Sallet (2001), o drama psicológico vivido por pessoas obesas está presente ao longo de suas vidas. Sabe-se que pessoas obesas estão mais propensas a dificuldades no âmbito sócio-ocupacional, tais como acesso à faculdade, conseguir emprego e casar.

É público e notório que uma pessoa obesa apresenta maiores dificuldades de encontrar emprego e, quando empregada, tem maiores chances de ganhar menores salários.

- na área da saúde.

Com relação ao conhecimento das possíveis conseqüências na saúde, as famílias referem conhecer os riscos, às vezes tomando como referencial seus próprios problemas de saúde, devido ao seu peso que podem acarretar doenças geralmente associadas a adultos.

“A minha preocupação quanto à obesidade é a saúde, por causa do colesterol...” [F1]

“A preocupação é com esse negócio de saúde, esse negócio do bem estar do meu filho”. [F1]

“Obesidade é uma doença. A pessoa tem excesso de peso. Acredito que não nascemos obesos, nós adquirimos com o passar do tempo”. [F2]

“Só uma coisa me preocupa, o problema do colesterol , que foi constatado em minha filha mais velha”. [F2]

“Eu penso que a vida corrida dificulta os cuidados com a saúde”. [F2]

“Ser obeso é estar fora dos padrões normais do corpo. A Organização Mundial da Saúde e os médicos têm tabela para saber se uma pessoa está obesa ou não”. [F3]

“Ser obeso significa tudo de negativo. De um lado é a saúde, pois, várias doenças são decorrentes da obesidade como colesterol, diabetes e outras...” [F4]

“Hoje recebemos os resultados dos exames, estamos preocupados, pois deu tudo alterado e o médico explicou a importância da alimentação para melhorar”. [F4]

“Para mim é um problema... de saúde, pois morro de medo de colesterol, diabetes”. [F5]

“Agora que o pediatra pediu para fazer este tratamento com meu filho parece que eles estão mais preocupados”. [F5]

“A obesidade é uma doença, e quando é uma obesidade infantil é pior ainda”. [F6]

“Acho que uma pessoa obesa é uma pessoa desestruturada, com algum problema e desequilibrada. Percebo que tem algo diferente nos obesos. Eles comem cada vez mais, perdem o limite da comida, só querem comer, é aquela ansiedade de comer sempre mais. Tudo isso pode prejudicar a vida da pessoa. Ela não consegue nem se mover na cama”. [F8]

“A obesidade é aumento de peso, automaticamente é uma patologia...” [F9]

“A obesidade é uma doença, a pessoa que é obesa ela sofre muito com essa doença”. [F10]

“A obesidade para mim é uma doença grave, a pessoa obesa não se sente bem em nenhum aspecto...” [F11]

“Obesidade é uma doença como qualquer outra que requer cuidados, tratamento especial com pessoas especializadas, porque muitas vezes as pessoas vão tomar remédio por própria conta, o que é errado porque a pessoa deve procurar orientações”. [F12]

Uma série de complicações para a saúde pode sobrevir ao quadro da obesidade, em geral quando persistente em duração e graus mais elevados, como distúrbios cardiovasculares, diabetes, deformação óssea entre outros.

Os discursos das famílias, além de relatar uma consciente preocupação em relação às consequências da obesidade para a saúde, revelam a presença de atitudes e estereótipos por parte da sociedade em geral, por parte de médicos e demais profissionais da saúde em relação à obesidade.

Consideramos importante ressaltar outros dois aspectos da obesidade em relação às consequências na área da saúde: a percepção que a família tem das atitudes e estereótipos por parte de médicos e demais profissionais que trabalham com obesidade faz com que relute em procurar ajuda adequada; os profissionais de saúde e médicos podem estar menos interessados em tratar de pacientes obesos acreditando serem eles pessoas com pouca força de vontade.

Por outro lado, por maior boa vontade que os médicos e demais profissionais da saúde possam ter em orientar a pessoa obesa e sua família, o seguimento de uma dieta hipocalórica está fadado ao fracasso se não houver a realização de um atendimento psicológico adequado.

- na área pessoal/emocional.

Na área emocional, foram percebidos prejuízos na auto-estima do filho. De acordo com esses discursos, as famílias demonstram perceber o excesso de peso do filho, os riscos que ele poderia apresentar e, a maioria referiu a necessidade de emagrecimento relatando possíveis consequências que poderia trazer para a saúde, vida social e emocional desses filhos.

“Com o tratamento, está melhorando seu psicológico, está mais feliz. Está resgatando a sua auto-estima, está resgatando o que estava perdido dentro dele. Ele é muito pressionado por mim e pela minha família”. [F1]

“Ela precisa de alimentação adequada, de atividades físicas, mas acho que o problema é emocional, porque sentimos necessidade de mastigar o dia inteiro, somos agitadas e ansiosas”. [F2]

“A obesidade é uma doença e toda doença atrapalha a nossa vida, mas ela atrapalha, principalmente, o emocional. A pessoa acaba por se culpar e come mais ainda”. [F3]

“... meu filho do meio começou a engordar e não percebemos. Só fomos perceber, quando os amigos dele e os nossos começaram a comentar que ele estava gordo”. [F3]

“... o problema psicológico é pior ainda, pois, o meu filho não aceita ser obeso, sofre muito e eu também. Sinto que ter um filho obeso atrapalha a dinâmica da família toda, pois temos que pensar quando vamos sair para comer fora; outras vezes recusamos convites para irmos a festas; ele come o tempo inteiro; não sai para brincar com as outras crianças; os irmãos ficam muito bravos e reclamam que não agüentam essa situação de ficar em casa por causa dele. Eu e meu marido não sabemos como agir. Tudo isso nos angustia. Toda a família acaba sofrendo junto com ele”. [F4]

“Ele me conta que na escola tem educação física e o professor deixa as crianças à vontade; elas não têm obrigação de fazer exercícios. Por isso, na maioria das vezes, ele fica sentado, conversando com alguém ou fica sozinho”. [F4]

“O meu filho é estudioso mas tem problema de relacionamento com as crianças; penso que ele estuda tanto para não se sentir só. Fico confusa e procuro conversar com ele; diz que quer fazer amigos mas não suporta os meninos rindo dele, aí se isola, se esconde”. [F4]

“Atualmente ele não vai brincar mais na rua com os meninos do bairro; tem dificuldades para fazer amigos. Com o desenvolvimento comprometido, por ser gordo, não tem o mesmo pique que as outras crianças, o fôlego dele é menor, ele fica muito parado, não tem agilidade e a gente vê que tudo isso não é saudável”. [F5]

“Na escola ele fica emburrado e não brinca, diz que as crianças não gostam de crianças gordas e a professora de Educação Física pede para ficar sentado olhando a aula, pois ele não consegue correr e jogar”. [F5]

“Quando meu filho for arrumar namorada a coisa vai pegar. As moças querem moços com músculos definidos, barriguinha tanquinho, isto é, bem malhada. Ele comenta que na escola as meninas só paqueram os meninos magrinhos”. [F5]

“Por isso, fica muito agressiva e briga com as outras crianças, bate mesmo até machuca, vai para a diretoria, sou chamada na escola e ela chora muito dizendo que não quer mais ir à escola porque é motivo de gozação, sente-se humilhada”. [F6]

‘Ela se sente muito sozinha. Tem amizade com todo mundo e, ao mesmo tempo, com ninguém. Não estabelece vínculo duradouro com ninguém. Ela

se pergunta se isto não acontece porque é obesa. Então, entendo que ela está preocupada com seu corpo”. [F7]

“Acho que uma pessoa obesa é uma pessoa desestruturada, com algum problema e desequilibrada. Percebo que tem algo diferente nos obesos. Eles comem cada vez mais, perdem o limite da comida, só querem comer, é aquela ansiedade de comer sempre mais. Tudo isso pode prejudicar a vida da pessoa...A pessoa se torna revoltada, sente-se feia, sente-se inferior aos outros”. [F8]

“No caso de uma moça, ela fica complexada porque o moço olha para ela e prefere a magrinha”. [F8]

“Eu observo que a partir do momento que a pessoa deixa de ser obeso ela começa a se amar mais e quando se ama tudo fica mais fácil na vida, pois, ela consegue driblar as coisas da vida se amando”. [F9]

“Como a obesidade atrapalha a parte social das pessoas ela acaba limitando e o obeso começa a ficar com a auto-estima baixa e começam a sair menos, os meus amigos não gostam de ir a lugares para dançar”. [F10]

“Outro aspecto que me preocupa é quando ela começar a namorar, agora ela é criança não pensa nisso pois está com doze anos, mas daqui a pouco, isto vai acontecer, eu percebo na escola e no clube que freqüentamos que os meninos desfaz das meninas mais gordinhas preferem as mais magrinhas mais ajeitadinhas, e isso me incomoda”. [F11]

As conseqüências na área pessoal/emocional aparecem no sentido de que, algumas vezes, as dificuldades na auto-estima são relatadas como conseqüência das questões sociais.

Neste sentido, em relação à percepção das famílias sobre a sociabilidade dos filhos, a maioria refere que eles têm amigos, mas preferem brincar sozinhos mostrando que o excesso de peso dos filhos, deste estudo, interfere na sua vida social dos mesmos.

Observamos que adolescentes e adultos obesos são discriminados em sua vida acadêmica e profissional de maneira clara e esse preconceito e empobrecimento social, cultural, econômico e afetivo parecem estar diretamente relacionados à gravidade da obesidade, isto é, quanto maior o IMC, mais problemas emocionais tais como depressão, transtornos ansiosos, abuso de álcool, drogas e transtornos alimentares.

4.3.5. A importância da família em relação ao tratamento.

Os discursos a seguir nos revelam o motivo das famílias procurarem tratamento para a obesidade dos filhos e a expectativa em relação ao mesmo. Nos ajudam, também, compreender porque as famílias procuram uma solução para a obesidade de seus filhos e mostram dificuldades em mudar seus hábitos alimentares, como se esta mudança não dependesse delas.

“Ele está crescendo e com este tratamento espero que fique magrinho, mais bonitinho. Ele é vaidoso e eu fico feliz de vê-lo perdendo peso...”
[F1]

“Com o tratamento, está melhorando seu psicológico, está mais feliz. Está resgatando a sua auto-estima, está resgatando o que estava perdido dentro dele. Ele é muito pressionado por mim e pela minha família”. [F1]

“Penso no futuro dele. Estamos mudando devagar. No começo do tratamento quase desisti. Por várias vezes eu falei que não via retorno e deixei ele comer para não ter sentimentos de culpa. Sei que estou errada agindo assim. Então, estou me esforçando, tentando fazer a minha parte. Tenho certeza que já melhorou, porque o esforço está sendo grande. Hoje, ele come razoavelmente, mas não como antes”. [F1]

“... procuramos manter a forma... Resolvi procurar o pediatra e na avaliação fui informada que ele estava com 10kg acima do peso. Fiquei surpresa por não ter percebido e fui encaminhada para este serviço”. [F3]

“Para mim é um problema de estética, de aparência e também de saúde, pois morro de medo de colesterol, diabetes. Isto foi o que me fez correr e buscar um tratamento”. [F5]

“Quanto ao meu filho percebo que está animado, seguindo as orientações, ele não reclamou nem para tirar sangue, diz que para ficar magro e bonito ele faz qualquer coisa”. [F5]

“Ela precisa de ajuda e eu também, pois não gosto de ter uma filha obesa; tenho que ajudar até quando vai tomar banho, pois tem dificuldade de fazer sua higiene... Na verdade, a família inteira precisa de ajuda”. [F6]

“Não quero que a minha filha passe pelo que estou passando quando crescer. Não gostaria de ver ela dependendo de medicamentos para emagrecer e, por isso, estou tentando fazer da melhor forma possível para que ela aprenda a comer e não passar por tudo que estou passando, quando crescer... Acredito que este tratamento poderá ajudar toda minha família”. [F7]

“No meu caso, tenho duas filhas obesas e o médico do posto de saúde me orientou procurar um serviço especializado de tratamento de obesos. Por isso, estou aqui com minhas filhas”. [F8]

“O obeso tem que ter oportunidade, coragem e incentivo para fazer um tratamento, senão fica desestimulado, pois é mais fácil continuar sendo obeso do que passar a fazer um sacrifício e mudar esse quadro”. [F9]

“... resolvi assumir o tratamento das minhas filhas, agendei a consulta, fizemos os exames que foram solicitados e estou sendo acompanhado no grupo de pais com filhos obesos. Gostaria que minha esposa participasse mesmo porque é ela quem cozinha em casa, mas ela não aceitou e então venho sozinho com as crianças”. [F10]

Estes discursos nos fazem compreender que a procura do tratamento por parte das famílias baseou-se em demanda externa, sendo buscadas soluções imediatas e mágicas para a resolução do problema da obesidade dos filhos.

Assim, concordamos com Satter (1986) quando este diz que o ambiente social primário do indivíduo, isto é, a família pode ser fundamental no desenvolvimento do quadro de obesidade ao mesmo tempo em que é essencial quando se pretende compreendê-lo e tratá-lo. O autor considera que as atitudes

sociais relacionadas ao ensino de idéias distorcidas sobre os hábitos alimentares e padrões de peso corporal mediadas pela família, parecem ter um impacto profundo no surgimento e manutenção das desordens alimentares.

Escrivão e Lopez (1995) colocam que é bastante difícil realizar o tratamento da obesidade dos filhos isoladamente e apontam uma necessidade de compreensão da família, seu contexto sócio-cultural e o apoio dos demais envolvidos para revisão e modificação dos hábitos alimentares de toda família.

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.

Ao analisarmos as atitudes das famílias em função dos motivos e das expectativas que as levaram a procurar o tratamento para seus filhos (por excesso de peso, por problemas de saúde, por questão estética e/ou outros motivos) e iniciá-lo, observamos que a maioria refere-se àquilo que denominamos “pressão social produzida” e, portanto, a uma motivação e expectativa externas que as teriam levado em busca do tratamento.



The Model, 1989 - Botero

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo geral compreender os fenômenos revelados na relação família-obesidade, o que nos possibilitou, especificamente, investigar a história do ganho de peso e os hábitos alimentares das famílias e as possíveis consequências da obesidade de seus filhos.

Com esta pesquisa, não pretendemos apresentar soluções aos problemas identificados, mas oferecer aos profissionais que trabalham cotidianamente com família e/ou obesidade, entre outros, Assistentes Sociais e Psicólogos, elementos a mais que lhes permitam situar e contextualizar seu campo de ação, em um processo que se dá através de trocas de experiências e comunhão de saberes, isto é, construir matrizes teóricas para conceituação e definição da postura teórica/metodológica frente à temática.

Através da análise fenomenológica das categorias, as famílias com filhos obesos, em seus discursos, nos revelaram que os hábitos alimentares adequados incorporados por toda a família no controle alimentar podem trazer benefícios, seja no sentido físico, social e emocional para os filhos. Por outro lado, famílias com hábitos alimentares inadequados influenciam de forma negativa a alimentação dos filhos proporcionando o surgimento e a manutenção da obesidade.

Neste sentido, observamos que o papel da publicidade na televisão e nos outros meios de comunicação de massa exercem forte influência e atração na opinião pública, veiculando o prazer e uma pseudo-segurança interna ao consumo generalizado.

Assim, o encontro de crianças e adolescentes nas lanchonetes e restaurantes passa a funcionar enquanto valor social e de pertinência ao grupo, promovendo diversão através da comida que pode atuar como um mecanismo compensatório para as frustrações no meio familiar, dentro de uma sociedade com

poucas oportunidades de vida comunitária mais significativa, normalmente para aqueles de nível sócio-econômico menos favorecido.

Alguns fatores revelados pelas famílias e que estão envolvidos no ganho de peso do filho, como tipo e quantidade de alimentação, falta de atividade física, fatos ocorridos com o filho e condição social da família pertinentes à conduta alimentar são, em grande parte, aprendidos pelos filhos no seu meio sócio-familiar, que recebe a influência de valores ideológicos e culturais.

Em sociedades estratificadas e desigualitárias em termos de oportunidade de educação, emprego, salário e lazer, onde os valores da classe dominante são impostos de forma massificadora em meio a uma vasta gama de ideologias competitivas entre si, algumas famílias deste estudo encontram-se inseguras e confusas quanto ao verdadeiro significado dos valores existenciais não material, diante da necessidade do trabalho para a manutenção do ganho material e o desejo de ascensão social.

Nas sociedades em crise econômico-financeira com enormes discrepâncias de renda per capita pode parecer irrelevante o estudo da obesidade por ingestão calórica; contudo, trata-se de um fenômeno de incidência crescente desde as classes sócio-econômicas menos privilegiadas até as mais abastadas, em diferentes nações industrializadas, incluindo a brasileira.

Para algumas famílias, com perdas crescentes no poder aquisitivo, as possibilidades diversificadas de lazer têm se tornado cada vez mais dispendiosas, favorecendo a opção por programas de televisão e a ingestão calórica como formas de distração pessoal.

Alguns estudos têm mostrado a importância de fatores psicossociais na evolução da obesidade. Relatam ter encontrado maior prevalência de obesidade em pessoas da classe social mais baixa, seja este nível sócio-econômico de origem ou atual. O impacto psicossocial do ideal de beleza pode influenciar as pessoas obesas

nas diferentes camadas sociais através do fato de que as pessoas magras teriam mais chances de promoção no trabalho e de fazer um casamento de nível sócio-econômico mais alto.

Em seus relatos, as famílias revelam que, além dos filhos obesos carregarem todo seu peso, carregam nos ombros o peso da culpa e da responsabilidade pela sua obesidade. Os critérios de magreza, enquanto ideal estético, aparecem como um valor crescente nas sociedades capitalistas que supervaloriza a magreza, fazendo parte de uma ideologia de massa em favor do corpo ágil e da juventude como objetos de consumo e promovendo julgamentos sociais negativos em relação ao obeso com conseqüências na vida pessoal/emocional, social e na saúde dos mesmos.

Desta maneira, a pessoa obesa, sendo presa dos próprios conflitos emocionais não resolvidos, pode facilmente, cair na armadilha do consumismo sentindo-se valorizada por ter acesso à boa comida que lhe faz tanto bem; contudo, torna-se uma vítima paradoxal ao perceber que seu corpo está desvalorizado, sentindo-se feia e rejeitada em seu grupo social.

Neste sentido, a família com filho obeso, precisa estar consciente quanto à importância de um compromisso no contrato psicoterapêutico e na disposição para ser auxiliada na solução de transtornos emocionais, com a redução dos níveis de tensão intergrupar.

Finalmente, ao revelarem os motivos da procura e as expectativas em relação ao tratamento dos filhos obesos, as famílias referem-se àquilo que denominamos obesidade social “produzida”, justificando as atitudes sociais relacionadas ao ensino de idéias distorcidas sobre os hábitos alimentares e os padrões de peso corporal como um impacto profundo no surgimento e manutenção da obesidade.

Diante dessas considerações, este estudo nos mostra a amplitude do fenômeno da obesidade, implicando na importância da abordagem familiar, por uma equipe interdisciplinar, no tratamento da obesidade. Torna-se relevante o acompanhamento familiar no tratamento da obesidade através dos programas de educação alimentar na comunidade seja em escolas, postos de saúde e meios de comunicação de massa tendo em vista sua eficácia.

Na revelação do fenômeno da relação família-obesidade, conforme expressos nos discursos das famílias com filhos obesos, parece emergir mais uma face da solicitação existencial primária para a opção pelo sim e pelo não, isto é, a consciência do que é possível, favorável, melhor para si mesmo e para o outro. Ainda, a consciência de decidir e escolher em função da fidelidade a si mesmo e não ao que é coletivo e ditado por uma moda, pela televisão, por um grupo anônimo.

Assim, nos parece oportuno considerar que o despontar do século XXI com seus avanços tecnológicos, suas novas proposições científicas, seus erros político-econômicos, suas confusões sociofilosóficas manifesta-se na célula social mais primitiva que é a família, no seu ato mais primário que é a alimentação e perde-se no seu propósito mais fundamental: aprender os limites de dizer sim ou não aos instintos mais primários.

Reconhecemos que, a partir de nossa compreensão decorrente das revelações dos fenômenos na relação família-obesidade deixamos, aqui, uma temática para crítica e eventual retomada, possibilitando desde já, sua ampliação, como a semente de novas pesquisas.

BIBLIOGRAFIA

ANDOLFI, M. O triângulo como unidade mínima de observação. In: ANDOLFI, M. **A linguagem do encontro terapêutico**. Porto Alegre, Artes Médicas 1996.

AKOUD, A. **Dicionário de antropologia: do homem primitivo às sociedades atuais**. Trad. Geminiano C. Franco. Lisboa: Verbo, 1983.

BAPTISTA, M.E.C. **Fenomenologia do existir do diabético**. Tese de Doutorado em Enfermagem. USP. São Paulo, 1992.

BAUDRILLARD, J. **A sombra das maiorias silenciosas - o fim do social e o surgimento das massas**. 2ª ed., Trad. Sueli Bastos, São Paulo: Brasiliense, 1985.

BENOTTI, P. N. & FORSE, R. A. The role of gastric surgery in the multidisciplinary management of severe obesity. **The American Journal of Surgery**, 169, 361-367, 1995.

BERTAUX, D. L' approach biographique, as validité méthodologique, ses potecialités. **Cahiers Internationaux de Sociologie**, v.XIX, juillet/décembre, PUF, Paris, 1980.

Bowlby, J. **Separação: apego e perda**. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1984.

BRAY, G. A. Classification and Evaluation of the Obesities. **Medical Clinics of North America**, 73 (1), 161-184, 1989.

BRITO, M.E.F. e METTEL, T.P.L. Um estudo naturalístico do comportamento de pré-escolares durante a refeição. In: **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília. UNB.2 .(1): 1-13, jane/abril,1986.

BROOK, C.G.D. The role of genetic and enviromental factors in the determination of body in fat man In: CACCIARI, E; LARON, Z; RAITI, S. **Obesity in childhood**. London: Academic Press Inc. Ltda, 1978.

BRUCH, H. **Eating Disorders- Obesity- Anorexia Nervosa and the Person Within**. New York, Basic Books, Inc. Publishers, 1973.

CABRAL, M. D. Tratamento clínico na obesidade mórbida. In GARRIDO, A. B. (org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

CALIL, V. L. L. **Terapia familiar e de casal**. São Paulo: Summus, 1987.

CAPALBO, C. **Metodologia das Ciências Sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz**. Rio de Janeiro: Antares, 1979.

_____. “Alternativas metodológicas de pesquisa” In: **Anais do 3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Florianópolis: Editora da UFS, 1984.

CASOTTI, L. **À mesa com a família: um estudo do comportamento do consumidor de alimentos**. Rio de Janeiro: Manuad, 2002

CASTRO, J. **Fisiologia de los tabues**. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte, 1976.

CHEVALIER, J. & GHEERBRANT, A. **Dicionário de símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, figuras, cores, números**. Trad.: Vera da Costa e Silva et alii. Rio de Janeiro: José Olympio, 1988.

CUNHA, A. S. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

CUPANI, A. “A hermenêutica ante o positivismo”. **Rev. Manuscrito**, v.x, nº 1 , 1986.

DARE, C. Change the family, change the child? **Arch. Dis. Child.** **67**: 643-648, 1992.

DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia?** 3ª ed., São Paulo: Moraes, 1992.

DE ALMEIDA, C.A.N. BAPTISTA, M.E.C.; PINHO, A.P.; CAROLO,A.L.; PEREIRA,L.R.; FABRÍCIO, K.A.; GIAMPIETRO, H.B.; MARCOLINO.C.A. **Obesidade Infanto Juvenil: Uma proposta de Classificação.** Ribeirão Preto: Anais de Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto.ISSN 15118-5613, 2002.

DENZIN, N.K. & LINCOLN, Y.S. Introduction: entering the field of qualitative research. In DENZIN, N.K. & LINCOLN, Y.S **Handbook of qualitative research.** London, Sage 1994.

DICKSON, R. e LEADER, S. Ask the family. In CASOTTI, L. **À mesa com a família: um estudo do comportamento do consumidor de alimentos.** Rio de Janeiro: Manuad, 2002.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** São Paulo: Global, 1989.

ESCRIVÃO, M.A. S; LOPEZ, F.A. Prognóstico da obesidade na infância e adolescência In: FISBERG, M. (org) **Obesidade na infância e adolescência.** São Paulo: Fundação BYK, 1995. cap.2, p. 146-148.

EVANS-PRITCHARD, E. E. **A antropologia social.** Trad. Ana Maria Bessa, Lisboa: Edições 70, 1985.

FISBERG, M.(org). **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação BYK, 1995.

FLAHERTY, J. A. & ANDRIANOPOULOS, G. D. Transtornos alimentares. In J. A. FLAHERTY, J. M. DAVIS & PHILIP G. J. (Orgs.), **Psiquiatria: diagnóstico e tratamento** (pp. 219-236). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FLANDRIN, J. L. e MONTANARI, M. **História da alimentação**. Trad. de Luciano Vieira Machado e Guilherme J. F. Teixeira, 3ª ed., São Paulo: Estação Liberdade, 2002.

FONSECA, M. H. G. A.; Oliveira, J. E. P. de & Alencar, R. de. Epidemiologia da Obesidade no Brasil (resumo). **Endocrinologia & Metabologia**, 43 (2, suplemento 2), S137, 1999.

FONTAINE, K.R.; BAROFSKY,I.& CHESKIN,L. J. Predictors of Quality of Life for Obese Persons. **The Journal of nervous and Mental Disease**. 185. 1997.

FORGHIERI, Y.C. **Psicologia fenomenológica - fundamentos, métodos e pesquisa**. São Paulo: Pioneira, 1993.

_____.**Fenomenologia do existir de uma professora universitária**. São Paulo, Tese (Livre Docência). Instituto de Psicologia, USP, 1991

FREUD, S. **Tótem y tabu**. Trad. L. Lopes-Ballesteros, Madrid: Alianza Editorial, 1975.

FREYRE, G. **Casa grande e senzala**. 20ª ed., Rio de Janeiro: José Olympio, 1980.

GIAMPIETRO, H.B.;FABRÍCIO, K.A.; ALMEIDA,G.A.N. **Os aspectos psicossociais de adolescentes obesos segundo a percepção de seus familiares**

que buscaram tratamento no Centro Interdisciplinar de Apoio Nutricional - CIAN/CESNI. Ribeirão Preto: Anais de Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto.ISSN 15118-5613, 2002.

GONÇALVES, N. T. Ouvindo nossos mestres: integrando teoria e técnicas. In PRADO, L. C. **Famílias e Terapeutas: construindo caminhos** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

GRULL, G. E. Clínicas pediátricas da América do Norte. **Nutrição Pediátrica**, vol. 4, Inerlivros, 1995.

HALMI, K. A. Transtornos de alimentação. In J. Talbott, R. Hales, S. Yudofsky e cols. **Tratado em Psiquiatria**. (pp. 559-568). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

HALPERN, A. **Entenda a obesidade, e emagreça**. 7ª ed. São Paulo: MG Editores Associados, 1994.

_____. Fisiopatologia da obesidade. In GARRIDO, A. B. (org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

HALPERN, A.; MATOS, A. F. G.; SUPPLY, H. L.; MANCINI, M. C.; ZANELLA, M. T. **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

HARRIS, M. **Vacas, porcos, guerras e bruxas: os enigmas da cultura**. Trad. Irma Fioravanti, Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1978.

HELLER, D. C. L. **Redução e manutenção de peso adaptados a uma população de baixa renda: identificação de variáveis para elaboração de procedimentos**. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

JOSÉ FILHO, M. **A família como espaço privilegiado para a construção da cidadania**. Série Dissertações e Teses, Franca: UNESP - FHDSS, 2002.

KUCZMARSKI, R. J.; Flegal, K. M.; Campbell, S. M. & Jonson, C. L. Increasing Prevalence of Overweight Among US Adults – The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. **JAMA**, 272 (3), 205-211, 1994.

LANE, S. T. M. O processo grupal. In: **Psicologia Social. O homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

MANCINI, M. C. Noções fundamentais – diagnóstico e classificação da obesidade. In GARRIDO, A. B. (org.). **Cirurgia da obesidade**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

MARTINELLI, C. E. Jr. e SALES, D. S. Obesidade. In RICCO, R.G. (org) **Puericultura: princípios e práticas- atenção integral à saúde da criança**. São Paulo: Atheneu. 2000.

MARTINS, J. (org) **Temas fundamentais de fenomenologia**. São Paulo: Moraes, 1984.

MARTINS, J. e BICUDO, M.A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: Fundamentos e recursos básicos**. São Paulo, Ed. Moraes/EDUC, 1989.

MICHAEL, A. **Sociologia da família e do casamento**. Portugal: Rés-Editora, 1989.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 3ª ed., Petrópolis: Vozes, 1994.

MONTEIRO.J.C. Obesidade: diagnóstico, métodos e fundamentos. In: HALPERN, A; MATOS, A. F.G.; SUPLCY, H.L.; MANCINI, M.C.; ZANELLA, M.T.(org) **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial Ltda, 1998.

MORGAN, L. H. A família antiga. In CANEVACCI, M. **Dialética da família**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

PATTERSON, J. N. Como aumentar a flexibilidade das famílias que atravessam situações de estresse. **Clin. Ped. Am. North.**, 1: 41-56, 1995.

PIZZINATTO,V.T. **Obesidade Infantil: O processo psicossomático evolutivo**. São Paulo: Sarvier, 1992.

POLANCZYK, C. A. ; NEVES, J. M.; COSTA, L. A.; LEITE, V. L. P. & DUNCAN, B. B. Obesidade: prevalência, correlação com doenças crônicas e grau de conscientização do problema. **Revista AMRIGS**, 34 (2), 87-91, 1990.

PRADO, D. **O que é família**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

RAPPAPORT, C. R. **Encarando a adolescência**. São Paulo: Ática S.A, 1996.

SACKS, K. Engels revisitado: A mulher, a organização da produção e a propriedade privada. In: **A mulher, a cultura e a sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

SALLET, P. C. Aspectos psiquiátricos da obesidade. In SALLET, J. A. **Balão Intragástrico: gastroplastia endoscópica para o tratamento da obesidade**. Editorial, 2001.

SAMARA, E. M. **As mulheres, o poder e a família**. São Paulo: Marco Zero, 1989.

SANTORO, J.R; BARBIERI,M. A.Obesidade na infância. In: WOISKI, J.R. **Nutrição e dietética em pediatria**. Rio de Janeiro. São Paulo: Atheneu,1988

SATTER, E. M. Childhood eating disorder. **Journal of the American Dietetic Association**. 86. 1986.

SEGAL, A; CARDEAL, M. V.; CORDAS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. In **Revista de Psiquiatria Clínica**, 29 (2); 81-89, 2002.

SEIDELL, J.C. Obesity: a growing problem. **Acta Paediatric Supplement**. 88. 1999.

SOIFER, R. **Psicodinamismos de famílias com crianças**. Petrópolis: Vozes, 1983.

STAFFIERI, JR. A study of social stereotype of body image in children. J.Pers Soc. Psychol. N.7, p.101-104, 1967. apud. Wadden TA, Stunkard A. In: Stunkard A, Wadden TA (ed). **Obesity: theory and therapy**. 2 ed. New York, Raven, 1993.

STRAUSS, R. Childhood obesity. **Current Problems Pediatric**. 29. 1999.

SPINA, A. A. et al. Papéis familiares em famílias da periferia. In: **Cadernos PUC**. São Paulo, 1982.

Valle, E. R. M. **Câncer Infantil- compreender e agir**. Campinas: Editorial Psy, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity – preventing and managing the global epidemic**. Geneva, 1997.

ANEXOS



The Maid, 1974 - Botero

Anexo 1

Os discursos das famílias com filhos obesos

Família 1

A minha preocupação quanto à obesidade é a saúde, por causa do colesterol. Na minha família, meu pai fez uma cirurgia do coração.

Isso me preocupa porque tenho um filho obeso. Ele está crescendo e com este tratamento espero que fique magrinho, mais bonitinho. Ele é vaidoso e fico feliz de vê-lo perdendo peso. Brigo com ele para não comer muito, porque se deixar ele come demais.

Não temos condições de comprar uma fruta, uma verdura, todo dia. Antes achávamos barato comprar laranja, banana. Hoje em dia não é mais barato, os preços subiram demais e compramos somente o básico como arroz, feijão, batata, macarrão. Tudo isso engorda. As outras coisas que não engordam, a mistura e a verdura, por exemplo, deixamos para depois, vamos comprando aos poucos. Quando chega na metade do mês, não temos mais dinheiro para comprar. O salário do meu marido não dá, temos outras contas para pagar como luz, telefone, gasolina para levar as crianças à escola. Então acabamos gastando mais e deixando de lado o necessário, as coisas que dão saúde. Queremos ver nosso filho bem alimentado, bem sustentado, mas acabamos prejudicando sua saúde.

Algum tempo atrás estávamos ganhando cesta básica da igreja, e recebíamos ajuda também de meu irmão e de minha mãe. Agora, nossa condição melhorou, graças a Deus. Estamos comprando as coisas de novo, as verduras, os legumes para ver se comemos menos aquelas coisas que engordam, o arroz, o feijão, o macarrão que tanto gostamos. Meu marido fala que sou culpada porque faço comida gostosa e acabo comendo demais. Sei que estou errada, pois coloco

tudo à mesa, aí toda família acaba comendo mais porque vê a comida. Estou tentando mudar isto para ver se comemos menos e melhor.

A preocupação é com esse “negócio de saúde”, esse “negócio do bem estar” do meu filho. Ele adora futebol, mas não consegue correr. Agora está fazendo caminhada todo dia, e vai à escola a pé. Assim, cuida da saúde e economiza na gasolina do carro. Voltei a trabalhar, agora sou manicure e estou ganhando um dinheirinho.

Antes de me casar, trabalhei como recepcionista e o chefe que me contrato falava que o cartão de visita da empresa é a recepcionista e que tinha que estar sempre bem arrumada. Nunca mais esqueci disso. Estar bonita, apresentável e também ser magrinha, porque hoje em dia é moda ser magrinho, não pode ser gorda de jeito nenhum, do contrário você não passa nos testes. É o que tento falar para meu filho. Falo pra ele que ninguém dá emprego para quem é gordo. Ele me xinga e insiste em usar roupas largas para não aparecer a barriga; não fica sem camiseta porque tem vergonha de seu corpo. Com o tratamento, está melhorando seu psicológico, está mais feliz. Está resgatando a sua auto-estima, está resgatando o que estava perdido dentro dele. Ele é muito pressionado por mim e pela minha família.

Penso no futuro dele. Estamos mudando devagar. No começo do tratamento quase desisti. Por várias vezes eu falei que não via retorno e deixei ele comer para não ter sentimentos de culpa. Sei que estou errada agindo assim. Então, estou me esforçando, tentando fazer a minha parte. Tenho certeza que já melhorou, porque o esforço está sendo grande. Hoje, ele come razoavelmente, mas não como antes.

Família 2

Obesidade é uma doença. A pessoa tem excesso de peso. Acredito que não nascemos obesos, nós adquirimos com o passar do tempo. A praticidade de comprar comida diante da vida corrida, nos leva a comer lanche ou pizza, por exemplo, e dificulta o acesso a uma refeição balanceada.

A minha alimentação é ruim, estou acostumada a comer grandes quantidades com péssima qualidade. Atualmente, as minhas filhas que estão fazendo este tratamento estão me corrigindo, me policiando e me obrigando a fazer caminhada com elas, mas tudo isso é muito difícil para mim.

Outro fator que dificulta a minha família ter uma boa alimentação é que eu odeio cozinhar. Como não tenho empregada, sempre procuro dar lanches e bolachas para minhas filhas. Quando meu marido tem tempo, ele cozinha e, então, comemos melhor.

Procuro não pensar que minha família está obesa; se soubermos contornar, a obesidade não atrapalha. Sei que sou gorda, quando olho no espelho, quando estou sem roupa, vejo o tamanho que estou e como está a minha barriga; meu banheiro tem espelho mas não gosto de ficar olhando, procuro usar roupas largas para disfarçar. Aproveito o meu trabalho para não ficar pensando no meu corpo.

Quanto às minhas filhas, elas ainda não se despertaram, não têm interesse pelo corpo, não são vaidosas, mas acho que, quando ficarem adultas, vão perceber que a sociedade cobra das moças um corpo bonito.

Só uma coisa me preocupa, o problema do colesterol, que foi constatado em minha filha mais velha. Ela precisa de alimentação adequada, de atividades físicas, mas acho que o problema é emocional, porque sentimos necessidade de mastigar o dia inteiro, somos agitadas e ansiosas. Eu penso que a vida corrida dificulta os cuidados com a saúde. Sou professora com jornada

integral e, nos finais de semana, trabalho com decorações de festa, para completar o meu orçamento.

Estou aprendendo como ter hábitos saudáveis, mas não sei se quero isso.

Família 3

Ser obeso é estar fora dos padrões normais do corpo. A Organização Mundial da Saúde e os médicos têm tabela para saber se uma pessoa está obesa ou não.

A obesidade é uma doença e toda doença atrapalha a nossa vida, mas ela atrapalha, principalmente, o emocional. A pessoa acaba por se culpar e come mais ainda. Existe um grande preconceito em relação às pessoas obesas.

As empresas, atualmente, procuram pessoas para trabalhar com aspecto físico bonito, boa aparência e exclui o obeso. Isso faz com que o obeso se sinta rejeitado, triste, embora escondam isso dizendo que são felizes. Trabalho com Recursos Humanos e nas dinâmicas de grupo tenho que selecionar as pessoas que não são obesas. Se acontecer de eu selecionar um obeso, a empresa, além de não contratá-lo, me dá uma grande bronca.

Minha família sabe disso e procuramos manter a forma. No entanto, meu filho do meio começou a engordar e não percebemos. Só fomos perceber, quando os amigos dele e os nossos começaram a comentar que ele estava gordo. Resolvi procurar o pediatra e na avaliação fui informada que ele estava com 10kg acima do peso. Fiquei surpresa por não ter percebido e fui encaminhada para este serviço.

Família 4

Ser obeso significa tudo de negativo. De um lado é a saúde, pois, várias doenças são decorrentes da obesidade como colesterol, diabetes e outras, de outro lado, o problema psicológico é pior ainda, pois, o meu filho não aceita ser obeso, sofre muito e eu também. Sinto que ter um filho obeso atrapalha a dinâmica da família toda, pois temos que pensar quando vamos sair para comer fora; outras vezes recusamos convites para irmos a festas; ele come o tempo inteiro; não sai para brincar com as outras crianças; os irmãos ficam muito bravos e reclamam que não agüentam essa situação de ficar em casa por causa dele. Eu e meu marido não sabemos como agir. Tudo isso nos angustia. Toda a família acaba sofrendo junto com ele.

Hoje recebemos os resultados dos exames, estamos preocupados, pois deu tudo alterado e o médico explicou a importância da alimentação para melhorar.

Na rua onde moramos tem muitas crianças, tem brincadeiras, futebol, mas os meninos não chamam meu filho para o jogo porque ele cansa rápido, ele corre pouco. Às vezes ele tem vontade de brincar, mas nem vai porque fica sempre de lado, nem chega a brincar porque os outros meninos não deixam.

Ele me conta que na escola tem educação física e o professor deixa as crianças à vontade; elas não têm obrigação de fazer exercícios. Por isso, na maioria das vezes, ele fica sentado, conversando com alguém ou fica sozinho. As pessoas olham para o obeso e colocam rótulos, costumam dizer que obeso é molão, parádão e que não faz nada.

Quando meu filho ficar adulto, tudo vai ficar mais difícil. Por exemplo, na vida profissional, quando for procurar emprego a aparência conta muito. Tenho uma amiga que é obesa, diz não arrumar emprego, chega até ser

chamada para entrevista mas nunca consegue. Chegaram até a falar que chamaram o nome dela por engano, mas ela sabe que não é isso.

O meu filho é estudioso mas tem problema de relacionamento com as crianças; penso que ele estuda tanto para não se sentir só. Fico confusa e procuro conversar com ele; diz que quer fazer amigos mas não suporta os meninos rindo dele, aí se isola, se esconde. Toda essa confusão teve seu início aos cinco anos de idade, depois de um tratamento para alergia; acho que o remédio abriu o apetite e ele começou a engordar, mas na época não percebi. Hoje, ele está com treze anos.

Família 5

Para mim é um problema de estética, de aparência e também de saúde, pois morro de medo de colesterol, diabetes. Isto foi o que me fez correr e buscar um tratamento.

Outra coisa que me preocupa é o fato das pessoas provocarem o meu filho por ser gordo. Chamam ele de gordo, bujão e outros apelidos que não quero falar. Ele fica triste, não gosta. Atualmente ele não vai brincar mais na rua com os meninos do bairro; tem dificuldades para fazer amigos. Com o desenvolvimento comprometido, por ser gordo, não tem o mesmo pique que as outras crianças, o fôlego dele é menor, ele fica muito parado, não tem agilidade e a gente vê que tudo isso não é saudável. Por causa daquela gordura, o corpo dele ficou redondo, está horroroso.

Na escola ele fica emburrado e não brinca, diz que as crianças não gostam de crianças gordas e a professora de Educação Física pede para ficar sentado olhando a aula, pois ele não consegue correr e jogar.

Agora estou começando a pensar no futuro dele, pois tenho amigos que tem um bom currículo, mas a aparência não ajuda porque eles estão gordos; comentam que a empresa não contrata obesos; as empresas alegam que os obesos ficam doentes e pedem mais afastamento. Tenho um primo que trabalhava na bilheteria de um cinema, era alvo de piadas e gozações, foi mandado embora. O patrão disse que não queria mais um gordo vendendo bilhetes pois era constrangedor.

Quando meu filho for arrumar namorada a coisa vai pegar. As moças querem moços com músculos definidos, barriguinha tanquinho, isto é, bem malhada. Ele comenta que na escola as meninas só paqueram os meninos magrinhos.

Na minha família somos todos magros, mas na família do meu marido eles são obesos e gostam de comer muito. Estou sempre alertando para os problemas com a obesidade mas eles ignoram. Agora que o pediatra pediu para fazer este tratamento com meu filho parece que eles estão mais preocupados.

Quanto ao meu filho percebo que está animado, seguindo as orientações, ele não reclamou nem para tirar sangue, diz que para ficar magro e bonito ele faz qualquer coisa.

Família 6

A obesidade é uma doença, e quando é uma obesidade infantil é pior ainda. A minha filha nasceu prematura. Achava que tinha que dar muita comida para ela crescer. O pediatra disse que a obesidade dela foi provocada pela super nutrição. Eu não esperava ela chorar ou pedir comida, o dia inteiro ficava enfiando comida na sua boca, só parava quando ela vomitava, conseqüentemente ganhou muito peso. Minha filha foi uma criança que começou a andar com 3 anos e meio; teve que fazer fisioterapia para poder andar.

Hoje, ela está com 13 anos sofrendo os preconceitos que existem em relação às crianças obesas. Nas ruas e na escola têm vários apelidos como jamanta, elefante, bujão entre outros que agora não me lembro. Por isso, fica muito agressiva e briga com as outras crianças, bate mesmo até machuca, vai para a diretoria, sou chamada na escola e ela chora muito dizendo que não quer mais ir à escola porque é motivo de gozação, sente-se humilhada.

Quando está em casa, não sai para brincar na rua, fica só na televisão. Quando vai me ajudar nos afazeres de casa, percebo que tem dificuldades para varrer, abaixar, ficando cansada com facilidade. Ela precisa de ajuda e eu também, pois não gosto de ter uma filha obesa; tenho que ajudar até quando vai tomar banho, pois tem dificuldade de fazer sua higiene.

Na minha casa, quando vamos almoçar ou jantar, eu não suporto ver a quantidade de comida que o meu marido e minha filha comem, começo a passar mal só de ver, me dá enjôo, nojo. Eles comem rápido. Quando vão ao carrinho de lanche, comem dois lanches cada um, comem batata e tomam refrigerante, não sei como cabe tudo isso na barriga deles. Às vezes, comem até vomitar.

Isso só pode ser doença e está prejudicando a vida de minha filha. Ela não vai conseguir trabalho, namorado e viver normalmente se continuar gorda.

Penso que ela come muito porque está ansiosa e espero, com este tratamento, receber ajuda. Na verdade, a família inteira precisa de ajuda.

Família 7

Para mim significa tudo o que não é bom, o que trás todo tipo de problemas para a vida como não conseguir trabalho. Não há vantagem nenhuma em ser obeso. Falo isso porque além de ser obesa, tenho uma filha que também é obesa. Na verdade, toda a minha família é obesa. Tenho um primo que fala alemão, inglês e francês. No entanto, quando faz entrevistas para conseguir um emprego, é reprovado por ser obeso. Ele está com 230 kg e a esposa dele também é obesa. Eles têm uma filha magrinha. Então eles comem de tudo e obrigam a filha a comer também. Estão errados, não podem fazer isso com a filha porque ela vai acabar ficando como eles.

Na minha adolescência, pesava 60 kg e me achava gorda. Devia ter aproveitado mais esta época. Tinha vergonha de tudo. Ficava no meu canto. Eu me sentia gorda e rejeitada. Quando minha filha nasceu, foi aí que engordei mesmo e não consegui voltar aos meus 60 kg. Isso faz 12 anos. Fiz tratamento médico com remédios, fiz psicoterapia, fiz ginástica, procurei uma nutricionista, mas não consegui emagrecer. Desde então, brigo com a gordura e a minha convivência com a obesidade é difícil.

Eu não aceito ser gorda. Não quero que a minha filha passe pelo que estou passando quando crescer. Não gostaria de ver ela dependendo de medicamentos para emagrecer e, por isso, estou tentando fazer da melhor forma possível para que ela aprenda a comer e não passar por tudo que estou passando, quando crescer. Tem noite que eu tenho crise de choro, entro em desespero porque não consigo emagrecer. Meu marido, em quinze anos de casamento, jamais chegou para mim e falou que estou gorda.

Meu marido chegou a passar fome, na infância. Agora, com uma boa situação financeira, come de tudo e bastante. E o que é pior, ele é quem faz compra e, por isso, não colabora com o meu tratamento e de minha filha. Ele tem que

entender que hoje a situação é diferente, não precisamos só de comida, tem outras coisas mais importantes para nos preocupar. Por exemplo, a educação de nossa filha. Ela se sente muito sozinha. Tem amizade com todo mundo e, ao mesmo tempo, com ninguém. Não estabelece vínculo duradouro com ninguém. Ela se pergunta se isto não acontece porque é obesa. Então, entendo que ela está preocupada com seu corpo. Pode ser porque está entrando na adolescência. Acredito que este tratamento poderá ajudar toda minha família.

Família 8

A pessoa obesa é uma pessoa gorda, desajeita, feia, sem educação. Quando vai comer não é uma pessoa delicada, as outras pessoas reparam e criticam, dizendo que são gulosos e feios porque comem muito. Acho que uma pessoa obesa é uma pessoa desestruturada, com algum problema e desequilibrada. Percebo que tem algo diferente nos obesos . Eles comem cada vez mais, perdem o limite da comida, só querem comer, é aquela ansiedade de comer sempre mais.

Tudo isso pode prejudicar a vida da pessoa. Ela não consegue nem se mover na cama. A pessoa se torna revoltada, sente-se feia, sente-se inferior aos outros. No caso de uma moça, ela fica complexada porque o moço olha para ela e prefere a magrinha. Eu acho que nisso tem discriminação.

No caso de uma entrevista para conseguir um trabalho, as pessoas olham com desprezo, querem as magrinhas, as bonitinhas. É mais difícil uma mulher gorda arrumar emprego. Existe até uma discriminação e a pessoa gorda se sente inferior às outras pessoas. A pessoa gorda tem dificuldades em comprar roupas, pois é difícil achar uma roupa do seu tamanho.

Penso que a família da pessoa gorda poderia ajudar, conversando com ela, explicando a importância de um tratamento, orientando para que faça uma dieta, exercícios físicos como, por exemplo, uma caminhada. A família precisa saber que a pessoa gorda está diante de uma patologia, de uma doença e que tem que ajudar o obeso a se tratar. No meu caso, tenho duas filhas obesas e o médico do posto de saúde me orientou procurar um serviço especializado de tratamento de obesos. Por isso, estou aqui com minhas filhas.

Família 9

A obesidade é aumento de peso, automaticamente é uma patologia, isso também é muito relativo porque acredito que a obesidade além da patologia esta dentro de cada um, pode ser que o que é para mim não seja para o outro, então eu encaro obesidade como uma coisa muito relativa.

O nível social de uma pessoa acima do peso, pode dificultar a vida da pessoa em vários aspectos, quando a pessoa tem um poder aquisitivo melhor, parece que é mais cobrado que ela seja magra e com agilidade pois as pessoas dizem que o obeso é apático. Quanto à vida profissional também é afetada. Pois a aparência juntamente com a agilidade faz com que a pessoa seja descartada para o cargo. Tenho um amigo que para se candidatar para um cargo publico ele foi fazer tratamento em um spa, ele disse que a pessoa que cuidava da sua candidatura falava que o eleitor não gosta de votar em gordo.

Eu observo que a partir do momento que a pessoa deixa de ser obeso ela começa a se amar mais e quando se ama tudo fica mais fácil na vida, pois, ela consegue driblar as coisas da vida se amando. Então esse bem estar, estar bem com si mesmo não pode ser vivido por nenhum obeso, eles tem consciência disso e eles não consegue ter essa auto-estima que a gente precisa para tocar a vida, então no meio de uma roda de amigos, o obeso sobra, ele acha que ele só vai ser bem visto se ele for palhaço se ele fizer todo mundo sorrir ele tem que ser diferenciado, embora a obesidade já o diferencia das outras pessoas, ele tem que ser bonzinho com todo mundo, então o obeso, é o amigo de todo mundo só que ele não esta bem consigo mesmo. Eu acho que dificilmente uma pessoa obesa é feliz consigo mesma, ela não se ama, e se ela se amar, esse amor é limitado, pode ser até por sentir-se incapacitada para mudar.

O obeso tem que ter oportunidade, coragem e incentivo para fazer um tratamento, senão fica desestimulado, pois é mais fácil continuar sendo obeso do que passar a fazer um sacrifício e mudar esse quadro.

As pessoas em geral cobram muito dos pais que tem filhos obesos, eu já ouvi inúmeras vezes que a minha filha está obesa por falta de cuidados meus e do pai, elas atribuem culpa para a criança e estende para os familiares. Estou seguindo o tratamento e participando do grupo de apoio psicológico para os pais, mas estou com dificuldade com os meus pais que não ajudam e dão guloseimas, isso me deixa confusa e irritada, às vezes tenho vontade de lagar tudo, eu já disse isso para minha filha, e quando ela ficar adulta vai ter que resolver isto sozinha. Sei que não é o melhor caminho, então continuo o tratamento.

Família 10

A obesidade é uma doença, a pessoa que é obesa ela sofre muito com essa doença. Eu não sou obeso, trabalho como segurança pessoal de pessoas importantes na cidade, quando começo a engordar retorno para a minha dieta e reforço a atividade física, pois um segurança não pode ser obeso, mas tenho amigos que são e eles vivem falando das doenças e do sacrifício que é para perder peso. Eles relatam que é difícil colocar roupas e sapatos e também tem dificuldade para deitar na cama, subir escadas e dirigir.

Essa história que eles falam: “sou gordo mais sou feliz”, eu não acredito, pois na convivência posso ver que eles não são felizes. Eles encontram dificuldade em tudo, como por exemplo em comprar uma roupa, no restaurante que vai, no cinema, isto é em quase todos lugares públicos que freqüentam.

As pessoas olham diferente quando chega uma pessoa obesa, em qualquer lugar que ela for, eles têm dificuldades com o corpo e até cadeiras para agüentar o peso.

Quando vou com os meus amigos obesos nos lugares, quando chegamos percebo as pessoas comentando e rindo, eles ficam tristes com isto. Como a obesidade atrapalha a parte social das pessoas ela acaba limitando e o obeso começa a ficar com a auto-estima baixa e começam a sair menos, os meus amigos não gostam de ir a lugares para dançar.

As pessoas em geral falam que é a mulher gorda é mais feia e discriminada em relação ao homem, mas eu acho feio os dois, a aparência física é tudo, a pessoa magra parece que está sempre mais limpa que os obesos.

Tenho duas filhas uma com oito anos e a outra com seis anos, elas estão muito acima do peso e percebo que estão ficando obesas, vivia pedindo para minha esposa para modificar os hábitos alimentares das crianças, isto sempre foi motivo de muita discussão em casa mas minha esposa não colabora e diz que

quando elas ficarem adolescentes elas vão emagrecer, não concordo com isto e resolvi assumir o tratamento das minhas filhas, agendei a consulta, fizemos os exames que foram solicitados e estou sendo acompanhado no grupo de pais com filhos obesos. Gostaria que minha esposa participasse mesmo porque é ela quem cozinha em casa, mas ela não aceitou e então venho sozinho com as crianças.

Família 11

A obesidade para mim é uma doença grave, a pessoa obesa não se sente bem em nenhum aspecto, penso no futuro da minha filha, ela vai querer trabalhar, e não vai conseguir serviço, ela gosta de dançar e quer ser atriz, sonha em trabalhar na televisão mas como é gorda, acho difícil que consiga fazer carreira na televisão, também nas grandes empresas, eles preferem pessoas magrinhas com boa aparência.

Outro aspecto que me preocupa é quando ela começar a namorar, agora ela é criança não pensa nisso pois está com doze anos, mas daqui a pouco, isto vai acontecer, eu percebo na escola e no clube que freqüentamos que os meninos desfaz das meninas mais gordinhas preferem as mais magrinhas mais ajeitadinhas, e isso me incomoda.

Acho é que a pessoa obesa não se sente bem, eu não me sentiria bem se fosse gorda, e não gosto de ter uma filha obesa. Eu tenho amigas que as filhas são magrinhas e bonitas, elas compram roupas da moda para as suas filhas e fica tudo bonito. Eu não posso fazer isso pois não tem roupa da moda para crianças como a minha filha, não é qualquer roupa e sapato que serve, as roupas que entram no corpo nem todas fica bem, sempre procuro as que mais disfarçam, isto é a menos desajeitada. É essa a realidade de crianças obesas, fico pensando se não fizer o tratamento quando ficar adulta vai ser pior.

Na minha família e a família do meu marido não tem pessoas obesas, eu não entendo o porque que a minha filha está assim, embora às vezes penso que eu fui culpada pois forçava para ela comer desde que nasceu.

As pessoas com que convivo, os familiares, os professores da escola e até quem eu não conheço e encontro na rua sempre me perguntam porque eu deixei a minha filha engordar, eu fico muito triste e não sei responder, mas vou logo dizendo que ela está fazendo um tratamento para a obesidade. Por isso estou

até limitando as nossas saídas de casa para não ter que ficar explicando, ela também não gosta e fica o tempo todo na televisão, já chegou a me dizer que não quer ir mais a escola, mas eu respondo que isso não pode e que ela vai perder peso e ficar bonita.

Família 12

Obesidade é uma doença como qualquer outra que requer cuidados, tratamento especial com pessoas especializadas, porque muitas vezes as pessoas vão tomar remédio por própria conta, o que é errado porque a pessoa deve procurar orientações. A obesidade, além de ser uma doença, também influencia muito na estética, abaixa a auto estima porque a pessoa obesa não é bonita ninguém gosta de ser obesa.

A obesidade atrapalha em tudo. Desde o trabalho, dependendo dos movimentos que a pessoa tem que fazer, passando pelos cuidados com o próprio corpo, isto é, na higiene pessoal, até às dificuldades no cotidiano da vida, como, por exemplo, amarrar sapatos e vestir-se. Quando você tem uns quilos a mais, sofre para por uma roupa. Sem falar na discriminação. Tem pessoas que procuram não comentar, mas olham de maneira diferente. Outras são mais abusadas, falam abertamente e gozam dos gordos e de nós que somos pais de filhos obesos.

O obeso tem mais dificuldade em sua vida profissional. Uma empresa não quer ter um empregado sempre indo ao médico por motivo de pressão alta, diabetes e outras doenças da obesidade. Para a empresa ter empregados afastado é perder, e elas não estão dispostas a ter este gasto. Por exemplo, na minha profissão, não se contrata obesos para o trabalho de garçom. Dizem que um garçom tem que ser ágil e os obesos têm dificuldades em andar, não são ágeis.

Anexo 2

Termo de consentimento pós-informado

Concordamos em participar como voluntários na pesquisa 'Em busca da compreensão dos fenômenos revelados na relação família-obesidade' Esta pesquisa estará sendo realizada junto ao Centro de Apoio Nutricional - CIAN da Universidade de Ribeirão Preto com famílias com filhos obesos, que chegam para tratamento neste ambulatório.

Foi nos explicado que esta pesquisa pretende conhecer as famílias com filhos obesos, como se alimentam, como se relacionam e como lidam com o excesso de peso dos filhos. Sabemos que este estudo pode ajudar a entender um pouco mais sobre a obesidade, um quadro que pode trazer problemas à saúde física e emocional dos filhos e, por isso, entendendo mais sobre ela, poderia se propor algumas formas de se prevenir e tratar a obesidade.

Para isso, concordamos que é importante conversarmos com a pesquisadora, realizando uma entrevista, em única sessão.

Autorizamos que a entrevista seja gravada em fita cassete para que não se deixe passar despercebido nada do que conversado e que pode ser importante para a pesquisa.

Sabemos também que este estudo possui uma finalidade de pesquisa, sendo que os dados obtidos virão a ser utilizados em publicações científicas sem que as pessoas participantes sejam identificadas.

Declaramos, ainda, que estamos aceitando voluntariamente a participação nesse estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso; que, se não concordarmos em participar deste estudo o tratamento do meu filho (a)

neste ambulatório não sofrerá prejuízos; que fomos assegurados de que as identificações serão mantidas sob sigilo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2003.

Assinatura do representante legal da família

Assinatura da pesquisadora