

As relações familiares de crianças obesas: uma análise dos discursos maternos

The family relationships of obese children: an analysis of maternal speech

Mykaella Cristina Antunes Nunes¹
Normanda Araujo de Morais²
UNIFOR

Resumo: O artigo tem como objetivo descrever as relações familiares de crianças obesas, considerando que a família, a criança e sua obesidade não são elementos separados, mas estão em interação. Utilizou-se um delineamento de estudo de casos múltiplos, através da realização de entrevistas semi-estruturadas a três mães de crianças obesas. Os resultados evidenciaram: 1) contato disfuncional da criança com o leite materno; 2) presença de sentimentos de ansiedade, culpa, medo, preocupação e tristeza nas mães; 3) superproteção familiar; 4) lealdade à obesidade na família; e 5) pouco tempo despendido junto aos filhos. Conclui-se ressaltando a relevância de se considerar a obesidade infantil na sua multidimensionalidade, o que inclui a compreensão das relações familiares e a consideração destas na efetivação de intervenções voltadas a esta patologia.

Palavras-chave: obesidade; família; relações familiares.

Abstract: The article aims to describe family relationships of obese children, whereas the family, the child and his obesity are not separate elements, but are in interaction. We used a study of multiple cases by conducting semi-structured interviews with three mothers of obese children. The results showed: 1) contact dysfunctional child with breast milk; 2) presence of feelings of anxiety, guilt, fear, worry and sorrow in mothers; 3) overprotective family; 4) obesity loyalty in the family; and 5) little time spent with their children. We conclude emphasizing the importance of considering childhood obesity in its multidimensionality, which includes understanding of family relationships and consideration in the effectiveness of these interventions focused on childhood to this pathology.

Keywords: obesity; family; family relationships.

¹ Mestranda em Psicologia pela UNIFOR. Psicodramatista. Especialista em Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde pela UFC. Integrante do Laboratório de Estudos dos Sistemas Complexos; casais, família e comunidade (Lesplexos). Lattes de [Mykaella Nunes](#). E-mail: mykaellanunes@hotmail.com.

² Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRGS. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNIFOR. Coordenadora do Laboratório de Estudos dos Sistemas Complexos; casais, família e comunidade (Lesplexos). Lattes de [Normanda Morais](#). E-mail: normandaaraujo@gmail.com.

Introdução

Uma breve revisão histórica mostra a presença da comida na vida humana, desde os primórdios. Comer é um modo de se manter vivo e aplacar a fome, é um meio de troca e de comunicação entre as pessoas. Mas, pode ser também uma forma de suprir uma necessidade afetiva ou amorosa, funcionando como um substituto de algo que falta na pessoa ou em suas relações sociais (Tassara, Norton & Marques, 2010; Varela, 2006).

Tal interpretação pôde ser feita ao se constatar que em períodos de grande estresse emocional, como durante a primeira e a segunda guerra mundial, quando algum familiar sem história de obesidade perdia um ente querido, aquele começava a engordar de modo abrupto e incompreensível. Pesquisadores observavam que algumas mulheres, no período de guerra, ficavam angustiadas devido à possibilidade de perda de seus amores, e, justamente nesse período de angústia, apresentavam um aumento de peso significativo, inexplicável somente pelo aumento de calorias. A partir destes acontecimentos foram fundadas as primeiras hipóteses sobre a relação dos aspectos emocionais na instalação da obesidade (Varela, 2006).

Sabe-se que para além de preencher um vazio afetivo, o comer em excesso pode revelar formas de interação do indivíduo consigo e com o mundo (Tassara, Norton & Marques, 2010), podendo se transformar em uma maneira rápida, imatura e inconsciente de buscar consolo, de enfrentar frustrações e decepções, de combater o tédio, entre outras compensações como se observou no estudo realizado por Bayer, Vasco e Lopes (2010).

A obesidade é uma doença de dependência e descontrole de excesso de alimentos, tendo como consequência mais impactante os riscos sociais e psicológicos, ressaltando-se a própria saúde, como afirma Santos (2003), em um estudo de revisão sistemática. Esse mesmo estudo afirma que a pessoa obesa não o é por opção, apesar de fazer-se muito presente o fator prazer no ato de comer. No entanto, anterior ao prazer trazido no ato de comer, o obeso costuma apresentar sensações de ansiedade e frustração, que propiciam o consumo do alimento.

Atualmente, a obesidade é considerada epidêmica e grave problema de saúde pública mundial, sobrepondo-se a problemas antigos, como a desnutrição e doenças infectocontagiosas. Esta tem atingido pessoas das mais variadas faixas etárias e populações de países desenvolvidos, como os Estados Unidos e de países em desenvolvimento, como o Brasil (Anjos, 2006).

A abrangência populacional da obesidade pode ser compreendida a partir do fenômeno da globalização. Esta implicou em mudanças socioeconômicas que refletiram nos hábitos de vida dos indivíduos, os quais passaram a ter uma menor prática de exercícios físicos e uma alimentação com maior teor calórico. O avanço tecnológico trouxe para a civilização inúmeros aparelhos modernos e práticos (televisores, computadores, celulares, automóveis etc) que *a priori* tem os seus benefícios, mas que também acabaram contribuindo para o sedentarismo. De todos os hábitos sedentários, o tempo prolongado à frente da televisão parece ser o maior indicador de risco de obesidade (Uehara & Mariosa, 2005).

Outra consequência da globalização diz respeito ao tempo de convivência familiar. Com a crise financeira e a instabilidade socioeconômica no ocidente, diversas mudanças aconteceram nos espaços social, familiar e do trabalho, afetando os papéis desempenhados até então. Para contribuir com as despesas domésticas, pais e mães acabaram por se ausentar do convívio mais próximo com os filhos. Com isso, as refeições juntamente à família passaram a ser menos frequentes e a convivência e troca de experiências diárias também. No decorrer dessas mudanças o contato entre os membros da família passou a ser comprometido pela falta de tempo das figuras parentais e associados a essas transformações, sintomas foram surgindo como consequência destas configurações familiares, sendo um deles a obesidade (Santos, 2003).

Deste modo, têm-se conhecimento de que os hábitos e a cultura, sobretudo os hábitos dietéticos, o nível de atividade física e as atividades sedentárias estejam relacionados ao aparecimento da obesidade, como também as transformações que se deram no âmbito familiar. Por isso, afirma-se que a obesidade é considerada uma doença multidimensional, em que vários fatores etiológicos como genéticos, fisiológicos, metabólicos, psicológicos e psicossociais interagem contribuindo para o surgimento da doença (Fisberg, 2005).

Outra constatação importante é a de que o desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade tem sido observado em idades cada vez mais precoces (Ronque et al., 2005). Nos Estados Unidos e no Brasil a prevalência de obesidade aumentou cerca de 50% na última década e cerca de ¼ das crianças são obesas ou apresentam sobrepeso (Oliveira, 2000).

Pesquisas mostram que geralmente são crianças alvo de brincadeiras maldosas por parte dos colegas e recebem apelidos depreciativos. Essas brincadeiras podem provocar isolamento, sentimentos de inferioridade e agressividade. Sentindo-se rejeitada, a reação da criança é refugiar-se no aparente conforto do alimento. Também são crianças que podem apresentar dificuldades na socialização, dificuldades escolares, baixa autoestima e episódios de depressão (Castro & Morgan, 2005).

No que se refere ao desenvolvimento da criança há situações que são frequentemente associadas à obesidade, tais como: obesidade dos pais, sedentarismo, peso ao nascer, aleitamento materno e fatores relacionados ao crescimento (Halpern, Villares, Arrais & Rodrigues, 2005). No entanto, outros aspectos têm se mostrado relevantes ao estudo da obesidade na infância, sendo importante também contemplar o contexto familiar. Dentre os aspectos desse contexto que devem ser considerados, destaca-se: 1) a repetição da doença na família; 2) o sentido da obesidade para a família; 3) a convivência entre os membros da família; 4) os valores que são transmitidos aos seus membros; e, 5) a relação da criança com os pais, entre outras características que irão constituir o estilo de vida da família. Em síntese, a criança obesa faz parte de uma família que tem a sua própria dinâmica de vida. Desta forma, para compreender as atitudes e comportamentos da criança e também a sua obesidade faz-se necessário inicialmente saber como se relaciona essa família.

A família, segundo Minuchin (1982), é uma unidade social que funciona como matriz do desenvolvimento psicossocial de seus membros e sistema familiar é um

conjunto de exigências funcionais implícitas (ou não) que organiza os modos pelos quais os membros das famílias interagem. Nesta perspectiva, uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais, isto é, de regras oriundas das interações repetidas entre os indivíduos.

No que diz respeito à Teoria Sistêmica Estrutural, esta privilegia a compreensão dos indivíduos através do estudo das suas relações com o meio social e o familiar, entendendo a família como uma organização a partir dos seguintes elementos: 1) conexões entre as pessoas (fronteiras); 2) padrões de funcionamento familiar; e, 3) regras implícitas e explícitas, que orientam as interações, bem como a natureza dos limites. Quando os limites são suficientemente bem definidos para permitir contato entre os membros de diferentes subsistemas e o cumprimento de suas funções, sem a interferência indevida dos outros, considera-se que as fronteiras sejam nítidas. Quando não existem limites entre os subsistemas, considera-se que as fronteiras sejam difusas, o que promove um padrão de funcionamento emaranhado na família. Quando existem limites excessivos, as fronteiras podem se tornar rígidas, promovendo um padrão de desligamento com o qual os membros dos subsistemas têm pouco ou nenhum contato (Minuchin, 1982).

Partindo dessas considerações, a presente pesquisa propôs-se estudar as relações familiares de crianças obesas, considerando que a família, a criança e sua obesidade não são elementos separados, mas que estão em interação. Entende-se que é de grande interesse estudar as famílias das crianças obesas, pois a família, entendendo-a numa perspectiva sistêmica, ou seja, enquanto um sistema aberto, constrói relações que afetam todo o sistema, o que torna possível pensar sua influência no surgimento da obesidade. Também outro ponto de interesse diz respeito a ampliar os estudos nesta temática, visto que há uma escassez de pesquisas, especialmente nacionais, no que se refere a abordar um olhar sistêmico para as relações familiares, bem como a influência desta sobre a obesidade das crianças.

Família e Obesidade Infantil

Frente a um conjunto de transformações (sociais, culturais e econômicas) que a sociedade vem passando, a família é hoje uma estrutura em restabelecimento, que busca adaptar-se às novas condições do dia-a-dia voltadas ao lar, à escola, ao trabalho, mas que ao priorizar tais departamentos vem desenvolvendo uma “economia de afetos” nas relações, tal como descrito por Santos (2003, p. 5). Tal conjectura tem refletido nos membros da família, aumento de sentimentos semelhantes aos de culpa e, em nível social, exclusão e distanciamento, considerando que houve não somente uma restrição do tempo para a família, mas também uma diminuição das manifestações de afeto, gerando, muitas vezes, estranheza entre os membros. Em resposta a essa situação, os indivíduos buscam novas fontes de prazer, saciedade e bem-estar, que pode ser ofertado através do alimento.

No caso das crianças que buscam na comida a fonte de satisfação para enfrentar as frustrações do dia-a-dia, estas contam com certa aprovação não consciente das famílias

para tal prática. Alimentar bem os filhos repercute nos pais a sensação de que são bons cuidadores, afugentando os “fantasmas” da desnutrição ou do descuido com as crianças. A equação alimento igual a afeto está tão consolidada que, quando os filhos não comem muito, certos pais sentem-se culpados por achar que não estão cumprindo seu papel (Santos 2003).

Há também casos em que a família estabelece uma dinâmica na qual a criança é tacitamente incentivada a permanecer gorda, por exemplo, quando o alimento é oferecido como prêmio ou recompensa e, desde muito cedo, a comida passa a ser companheira ou consoladora, oferecida para acalmar a criança ou distraí-la. Geralmente são feitas concessões de determinados alimentos (chocolates, doces, massas, etc) ou bebidas (refrigerantes, sucos industrializados, etc.) que podem ter o intuito de promover o lazer associado à comida ou de evitar que a criança chore ou fique triste por vivenciar alguma situação de insegurança ou de dificuldade (Saraiva, 2008).

Segundo Mc Daniel, Hepworth e Doherty (1994) não se presume que a obesidade em crianças e adultos invariavelmente sirva a funções no sistema familiar. “Há casos em que a carga genética ou a alimentação pessoal e hábitos de exercícios tornam a obesidade altamente provável e o peso do indivíduo torna-se incorporado de modo não problemático nos padrões de interação da família” (p.1-2).

No entanto, segundo os mesmos autores, há contextos em que a família organiza-se em torno da obesidade de modo disfuncional, causando sérios problemas psicológicos ao membro obeso, por exemplo: incapacidade para o domínio de transações de vida tais como sair de casa, obsessão com alimentos ou peso, ou conflito contínuo na família sobre alimentos ou peso.

Nesses casos, Burd (2004) afirma que a obesidade pode servir para adiar o ingresso da criança no mundo adulto e que esta obtém para isso apoio emocional da família. Nesse caso, a obesidade atua protegendo os limites ou fronteiras do núcleo familiar. Também a obesidade pode servir como função de inclusão na família, através da lealdade à família, quando a obesidade se repete em várias gerações e serve como uma característica que representa aquela família. Há também as famílias que associam obesidade com saúde e magreza com doença, que em alguns casos os pais se opõem ao emagrecimento de seu filho obeso ou pode ser ainda que a família seja obesa e discrimine o filho não obeso.

Há também estudos que apontam que a qualidade da relação mãe-bebê durante o aleitamento materno pode influenciar no surgimento da obesidade, visto o modo como o indivíduo lidará futuramente com o alimento, consigo e com o mundo (Campos, 2004; Spanghero, 1984).

Para Spanghero (1984) a relação da criança com o alimento tem início na fase de aleitamento materno e problemas futuros com a alimentação podem ter se iniciado neste primeiro contato, considerando o tipo de relação dada nesta fase. Ele cita quatro tipos de mães para caracterizar essa fase: 1) a mãe que fornece alimento a qualquer sinal de desconforto do filho; 2) a mãe que se impacienta com os sinais da criança e o “entope” de comida; 3) a mãe-cronômetro, que só alimenta o bebê segundo o rígido horário estabelecido por ela; e, 4) a mãe confusa, que anarquiza todo o processo, sem a menor regra no fornecimento da alimentação.

Ainda a esse respeito, Campos (2004) acrescenta que nos casos em que a mãe alimenta o filho de forma indiscriminada, a qualquer necessidade manifestada pela criança, esta pode começar a associar uma frustração ou desconforto à ingestão alimentar. Com isso, na idade adulta podem surgir dificuldades para o indivíduo encontrar seu estado de saciedade, de tal forma que o alimento assume significados que vão além das necessidades físicas do corpo.

Entre esses significados, está a conduta do comer excessivo pela criança enquanto um sintoma-comunicação, por meio do qual ela tenta comunicar que, simbolicamente, “ingere” conflitos e sofrimentos do sistema familiar, dada a dificuldade de expressá-los e compreendê-los (Tassara, Norton & Marques, 2010). Tomando-se família como um sistema em que as pessoas vivem no mesmo espaço e mantêm relações significativas de interdependência entre os vários subsistemas familiares, entende-se que o aspecto fundamental desse sistema está no fato de que a pessoa que apresenta problemas é apenas uma representante circunstancial de alguma disfunção no sistema familiar (Cervený, 2004). Assim, em todas as configurações familiares discutidas até o momento, cabe-se afirmar que a enfermidade da criança é entendida como “mais uma” (e não a única) parte de uma dinâmica de ajustes adaptativos constantes entre os sistemas biológicos, psicológicos e interpessoais que dizem respeito à família como um todo.

Método

Utilizou-se um delineamento qualitativo de estudo de casos múltiplos, uma vez que estes representam uma estratégia útil quando há pouco controle sobre o fenômeno pesquisado e, ainda, quando se trata de um fenômeno contemporâneo (Yin, 2005). A presente pesquisa permite compreender as relações familiares de crianças obesas, explorando aspectos do cotidiano das famílias e das relações pessoais entre os membros com base nos relatos das mães entrevistadas.

A coleta das informações foi realizada a partir de entrevista semi-estruturada, elaborada para o presente estudo e composta por treze perguntas, nas quais as mães foram convidadas a falar sobre questões previamente formuladas, que se referiam à (ao): 1) história da obesidade na criança e na família (Existem casos de obesidade na família? Existe uma explicação para o aparecimento da obesidade na criança?); 2) cotidiano da criança e de sua família (Como é o dia-a-dia da criança? Como é o dia-a-dia dos pais da criança?); 3) qualidade dos relacionamentos familiares (Como é o relacionamento entre os pais da criança? Como os membros da família se relacionam entre si?); e, 4) tempo despendido para a convivência familiar (Quais são os momentos em que é possível a família está reunida?), incentivando-se ao máximo a narrativa livre. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Participaram da pesquisa três mães cujas crianças pertenciam à faixa etária entre 8 a 10 anos. Duas das mães entrevistadas foram contatadas a partir de terceiros (familiares, colegas, etc.) e a outra foi localizada num serviço de endocrinologia de um hospital público da rede de hospitais de Fortaleza-CE.

As mães entrevistadas estão identificadas no corpo do trabalho por Participante (1, 2 e 3). No decorrer dos relatos optou-se por dar nomes fictícios às crianças a fim de não prejudicar o curso da leitura deste trabalho. A Participante 1 (P1), tem 43 anos, é casada e trabalha com serigrafia, em casa, com o companheiro; a Participante 2 (P2), tem 34 anos, é separada e trabalha em outra cidade, passando a semana ausente de casa; e, a Participante 3 (P3), tem 40, é casada, artesã e dona de casa. Nos casos P1 e P3 o companheiro é o pai biológico da criança e no caso de P2 a genitora não mantinha nenhum relacionamento conjugal à época da pesquisa.

Para análise das informações foi utilizado o método da análise da temática seguindo um modelo proposto por Bardin (1995), que consiste, operacionalmente, nas seguintes etapas: Leitura flutuante (pré-análise), Análise temática e Tratamento dos resultados.

A pesquisa atendeu às recomendações bioéticas para pesquisas com seres humanos no que diz respeito à Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os participantes receberam orientações sobre os princípios bioéticos, sendo ainda informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo quando convidados para participar voluntariamente da pesquisa, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Na Tabela 1 a seguir, apresenta-se a caracterização das crianças obesas de acordo com informações fornecidas pelas mães, Participantes 1, 2 e 3.

Tabela 1. Caracterização das Crianças Obesas

	Sexo	Idade
Participante 1	Feminino	8 anos
Participante 2	Masculino	10 anos
Participante 3	Feminino	8 anos

A partir dos relatos das participantes foi possível identificar algumas características que dizem respeito às relações familiares e que têm a sua importância para a compreensão da obesidade na criança. Entre as características mencionadas pelas participantes, destacaram-se: 1) contato disfuncional criança e leite materno; 2) Sentimentos: de ansiedade da criança com relação ao alimento; de culpa da mãe com relação à obesidade da criança; de medo, preocupação e tristeza com relação à obesidade da criança e a forma como é tratada pelas outras pessoas; de tristeza quando a criança ganhava peso e de alegria quando perdia peso; 3) Superproteção familiar, adiando o ingresso da criança no mundo adulto; 4) Obesidade e lealdade, quando membros obesos internalizam um ideal de obesidade para pertencer à família obesa; e 5)

Convívio familiar, se referindo ao pouco tempo que os pais despendem para ficarem com os filhos.

No que se refere ao item contato disfuncional criança e leite materno, identificamos nos relatos que todas as participantes apontaram falhas durante o aleitamento materno, este tendo sido interrompido ou complementado com outros alimentos, como podemos constatar:

“O meu leite secou que não sustentava ela de jeito nenhum” (Participante 1)

“Do dia que ele nasceu eu já comecei a dar aquele leite Nam, né? Leite não saciava a fome dele aí eu tinha que complementar com outra coisa. Ele mamou só até os três meses” (Participante 2)

“Ela foi amamentada durante quatro meses porque tive uns problemas e não tive mais leite.” (Participante 3)

De acordo com Spanghero (1984) é durante o aleitamento materno que a criança tem o seu primeiro contato com o alimento, que neste caso é o leite materno. A partir desta experiência dar-se-á a relação futura da criança com o alimento. Desta forma, qualquer que seja a relação nutricional mãe-filho entende-se que esta levará a uma aprendizagem por parte das crianças. Com relação aos relatos acima, percebe-se em todos que o argumento das mães é a falta de leite para a interrupção ou complementação do aleitamento. No entanto, tal falta pode servir para compreender o comportamento alimentar atual destas crianças, como podemos verificar neste relato: “Toda hora que ele olhar pra mim é tô com fome, tô com fome, ele nunca passa a fome, só tá com fome” (Participante 2), o que pode evidenciar a mesma sensação tida durante o aleitamento.

Em relação à unidade “sentimentos”, apareceram nos relatos: ansiedade, culpa, medo, preocupação, tristeza e alegria. A ansiedade apareceu no discurso de uma mãe ao se referir à forma como a filha reagia diante dos alimentos. O sentimento de culpa foi identificado em um relato quando a mãe se referiu ao aparecimento da obesidade na criança. Os sentimentos de medo, preocupação e tristeza apareceram nos relatos quando as mães descreveram como se sentiam em relação à obesidade da criança. Por último, as participantes relataram sentir tristeza quando a criança ganhava peso e alegria quando perdia.

A ansiedade pode ser decorrente de várias situações de estresse da vida da criança e/ou situações intrafamiliares que ela não está conseguindo lidar. Neste caso, o alimento mais do que pra saciar a fome funciona como uma espécie de tranquilizador ou calmante. No entanto, o estresse pode ser um fator de manutenção da ansiedade na vida da criança, tornando repetitivo o consumo de alimentos toda vez que o desconforto emocional aparecer, o que torna o ciclo vicioso:

“É por isso que tudo que ela pegou a comer ela abriu assim um apetite que ela come como se tivesse assim uma ansiedade, assim de comer, ela come e come escondido, que se eu botar um prato, dois, come que fica se sentindo mal, o que não é normal, né? (...) Quando é pra acordar ela é só

“você dizer que vai dá comida a ela. Pronto! Ela rápido se acorda (risos) ela já vai com uma ansiedade de comer” (Participante 1).

A mesma participante relatou ainda se sentir culpada por ter dado vitaminas à filha, quando esta adoeceu de anemia ferropriva, nos seus primeiros meses de vida: “O meu leite da mama secou, secou que eu tomei remédio pra poder sustentar e ai que eu às vezes até me culpo por ser por causa das vitaminas que eu dei a ela, né?” (Participante 1)

A partir dos relatos supõe-se que a ansiedade da criança pode ser resultado do processo de aprendizagem ocorrido no aleitamento materno. Os estimuladores de apetite apesar de despertarem a fome pela presença de vitaminas, minerais e outros componentes presentes na fórmula desses produtos, costumam “desorganizar” os mecanismos de regulação do metabolismo do organismo, podendo fazer com que a criança se alimente mais do que precisa. Ademais o hábito alimentar pode servir para compensar as situações de ansiedade, medo ou insegurança, a criança encontrando no alimento o alívio para suas tensões (Spanghero,1984).

Quanto aos sentimentos de medo, preocupação e tristeza em relação à obesidade da criança, as mães se sentem com os apelidos e possíveis retaliações que seus filhos possam sofrer agora e na adolescência:

“Eu fico preocupada porque ela tem apelido no colégio, as coleguinhas ficam chamando ela de baleia (...) ai fica o apelido dela né baleia, ai fica aquela coisa né chega chorando, tem dificuldade no colégio, eu tenho medo mais é por causa disso” (Participante 1)

“Eu ficava triste porque a gente via assim, até por ela porque o povo fica chamando ela de gordinha, de obesa, entendeu? Ai a gente fica chateada, triste porque a gente não quer ver ninguém maltratando (...) Eu não quero porque primeiro quando ela estiver uma mocinha vai ser horrível, procurar roupa, os coleguinhas tá entendendo? (...) Não quero ver ninguém chamando minha filha de obesa quando ela tiver com os doze anos, eu quero ver ela legal” (Participante 3)

Segundo Bayer, Vasco e Lopes (2010), as crianças obesas, geralmente são alvo de brincadeiras maldosas por parte dos colegas e recebem apelidos depreciativos. Isso pode ser observado nos discursos acima, quando as mães relatam os apelidos, de “baleia” e “obesa” que são atribuídos às filhas. Além disso, as genitoras têm consciência da discriminação que a criança está sujeita pelos outros, e inclusive uma delas anseia ter resolvido a obesidade da filha até a adolescência.

Em relação aos sentimentos de tristeza e alegria para com o ganho e a perda de peso fica evidente que as mães tomam para si a responsabilidade, como derrotas e vitórias, respectivamente:

“Mulher eu fiquei triste, fiquei triste porque ele engordou demais né e também tem o problema de pressão dele” (...) “Não, pra mim foi maravilhoso. Eu fiquei altamente satisfeita” (Participante 2)

“Eu me senti a mãe mais feliz do mundo (risos) porque eu estou vendo que tá todo mundo elogiando, entendeu? Todo mundo” (...) “Lá no Ipú, todo mundo elogiou, menina o que foi que tu fez com a Júlia, o quê que a Júlia tá fazendo que tá tão magra, tá perdendo peso assim rapidamente. Aí eu fiquei morta de orgulhosa” (Participante 3).

Com relação aos relatos acima se percebe intenso apego das mães para com a perda de peso da criança, refletindo em orgulho e satisfação, e por outro lado o sentimento de frustração diante da recuperação do peso. Segundo Mc Daniel, Hepworth e Doherty (1994), a família e o paciente não devem associar o tratamento bem sucedido aos números mostrados na balança. O fracasso da perda de peso deve ser aceito de forma amena, considerando todo o empenho que o paciente teve pra se adequar ao tratamento. A família deve permanecer apoiadora, mas não muito envolvida nos esforços de perda de peso, pois se sabe a dificuldade de privar-se de alimentos desejáveis e saborosos.

Com relação à unidade “superproteção familiar”, um dos relatos evidenciou uma relação em que a família superprotege a criança, reduzindo suas fronteiras de contato com o mundo e adiando a participação desta em outros meios sociais, como podemos constatar no relato a seguir:

“Chocolate lá em casa não existe. Não tem. Festa de aniversário ninguém vai. Ela não participa por causa já disso e eu já estou estudando pra evitar as reuniões da igreja pra evitar comer fora. Comer fora a gente não come por causa disso. Se vai pra praia, vai cedo, volta cedo, que é pra alimentação ser aquela de verdura, em casa só aquele pouquinho controlado (...) ninguém deixa ela com todo mundo e ela não vive nas casas” (Participante 1).

A família parece se organizar em torno da obesidade da criança, comprometendo as relações sociais da família e da criança, ou seja, impedindo esta de viver outras experiências, inclusive podendo adiar seu desenvolvimento e ingresso no mundo adulto. Neste caso, a criança dispõe de total apoio não consciente dos pais para este adiamento à medida que restringe as relações da criança fora do lar. A doença se organiza como um problema para a família, protegendo seus limites e fronteiras (Burd, 2004; Mc Daniel, Hepworth & Doherty, 1994). Este tipo de família se aproxima do que Minuchin, Rosman e Baker (1978) denominam de famílias psicossomáticas, aquelas que apresentam as características de enredamento, superproteção, rigidez e falta de resolução de conflitos em sua estrutura. Em outras palavras, possuem intensidade nas interações familiares, alto grau de preocupação dos membros uns com os outros, dificuldades para mudanças e para reconhecer possíveis conflitos (Filho & Tavares, 2006).

De acordo com Tassara, Norton e Marques (2010), tal configuração familiar, muitas vezes, se explica pelas vivências maternas de sofrimento reeditadas na relação com os filhos. Estas, sendo traduzidas em dependência, superproteção e cuidados excessivos na alimentação, o que provoca secundariamente um cerceamento das suas vidas ao cotidiano familiar. Esta restrição, da vida familiar ao espaço doméstico, pode

representar sofrimento para as crianças, uma vez que dificulta a ampliação das suas relações interpessoais e sociais.

Este tipo de configuração, Minuchin (1982) denomina por “subsistemas familiares emaranhados”, em que se desenvolvem fronteiras excessivamente rígidas que dificultam o intercâmbio com o mundo exterior, assim como desencorajam a autonomia da criança para lidar com situações da vida e, também, inibem suas habilidades cognitivo-afetivas.

O item “obesidade e lealdade” pôde ser observado em um relato em que a família materna da criança tem membros obesos e a mãe insiste para o filho emagrecer, mas este tenta convencê-la de como é bonito ser gordinho, como podemos averiguar no relato que segue:

“O meu avô era obeso, a minha avó, eu. Tem os avós maternos” [...] “Ele diz que todo mundo primo da minha mãe é gordo porque que eu não posso ser gordo (risos). [...] Eu estou tão bonitinho gordinho, mãe. Não fique assim não (risos)” (Participante 2).

Percebe-se no relato que o “ser gordo” é uma característica da família, que se repete ao longo das gerações e que serve para identificar os membros da família, como a criança. Segundo Ciampa (1984/2006), a recorrência intergeracional repercute na constituição da identidade familiar dos sujeitos, “no ser gordo”, que se sustenta pela memória familiar e, também, pelas lealdades familiares.

De acordo com Aun, Coelho e Vasconcellos (2005), as lealdades representam as expectativas que cada membro tem a respeito dos demais e da relação familiar, depositadas nas gerações posteriores. A identificação com o “ser gordo” torna-se um modelo homogeneizador, dificultando o processo de diferenciação, ou seja, de possibilidades de identificação com outras pessoas significativas da família. Isso é possível perceber no discurso: “todo mundo primo da minha mãe é gordo”, em que os membros se dizem iguais, pertencentes àquela família pela característica da obesidade.

Neste caso, a obesidade tem as funções de identidade e lealdade da criança à sua família, dificultando outro modo de ser, por exemplo, magro, que difere dos outros membros. Para Burd (2004) tem a função de inclusão do membro à família obesa, que para se fazer parte dela acaba se adequando ao padrão de obesidade da família.

Por último, na unidade “convívio familiar”, verificou-se o pouco tempo que os pais dispõem para estarem com os filhos, como ilustram os relatos adiante. Tal conjectura pode se explicar principalmente após as transformações econômicas, sociais e culturais advindas da globalização, em que houve um maior nível de ocupação por parte dos indivíduos e reduziu-se a convivência familiar (Santos, 2003).

“Eu trabalho o dia inteiro, de oito ao meio dia e de duas as cinco. Eu fico com ele mesmo só final de semana porque ele estuda em Tuana. Passa a semana em Tuana, então ele fica com a minha irmã” (Participante 2).

“Ele [pai] sai 8:00, 8:30 h, às vezes vem almoçar, às vezes não vem. Aí chega 6:30, 7:00 h da noite. Eu fico em casa o dia todo. Ele liga às vezes, mas liga assim pra saber informação de alguma coisa, raramente pra saber como é que estão os meninos. É... se a gente estiver em casa é assim...”

Não é aquela coisa de como é que eu digo, está os quatro ali batendo papo, sentado, conversando. Não tem isso. Raramente” (Participante 3).

Observa-se nos relatos acima que são poucos os momentos de troca afetiva entre a família e que o contato tem se tornado muito superficial. As refeições conjuntas, os momentos de lazer e de conversas tornaram-se mais raros e rápidos na família (Santos, 2003). Estas conclusões permitem refletir que nos casos analisados há indícios de disfuncionalidade, no entanto não se pode dizer que se trata de famílias disfuncionais visto que a discussão é baseada nos relatos e percepções das mães e não no sistema familiar, o que deveria incluir a percepção de outros membros.

Em decorrência das inúmeras faltas afetivas, novos ajustes precisaram ser feitos, entrando em cena o alimento, já que se pode tê-lo com mais facilidade e rapidez do que o carinho e atenção dos pais. Contudo, pode-se considerar que a substituição do afeto pelo alimento, refletindo no comer excessivo da criança representa apenas a ponta de um *iceberg*.

A dinâmica relacional evidencia um emaranhamento de conflitos compartilhados entre pai, mãe e filho que é visível no excesso de peso da criança e armazena uma sobrecarga psicológica invisível, tal como o segredo familiar. No entanto, na vivência da criança, esses pesos estabelecem conexões, já que a expressão do sofrimento psíquico aparece na postura do “comer mais”, revelando a ingestão dessa mistura de sofrimentos e conflitos familiares (Tassara, Norton & Marques, 2010). É importante destacar que na época da coleta, as famílias e crianças em questão no estudo não estavam em acompanhamento psicológico e não havia até então na cidade instituições públicas de saúde que atendessem a esse público.

Ademais, o ato de comer e a obesidade da criança apenas comunicam, revelam uma desordem maior que diz respeito à dinâmica familiar. Quanto às características da família com obesidade infantil, os estudos apontam: 1) pais ausentes por motivos variados como divórcio, trabalho, viagens; 2) sistemas familiares em situações de emaranhamento; 3) fragilidade da autoridade na família, principalmente paterna; 4) distanciamento na relação pai-filho; 5) pouca demonstração de afeto da família para com o membro obeso (Santos, 2003; SBP, 2008).

Também é importante destacar enquanto característica familiar que, atualmente, as crianças ficam muito em casa, em seus quartos, sentadas ou deitadas na cama, jogam *videogame*, navegam pela internet, veem televisão, assistem vídeos, ou seja, têm uma dinâmica de vida muito propícia ao desenvolvimento da obesidade (Santos, 2003). Isso faz pensar que o sintoma da obesidade infantil se apresenta como consequência de vários espaços, de âmbito biológico, psicológico, familiar, cultural, associados a transformações socioeconômicas e ideológicas que refletem na configuração da família (Santos & Rabinovich, 2011).

Neste sentido, conclui-se a partir dos dados coletados, que no que se refere à organização familiar na obesidade infantil, esta pode incluir aspectos que vão desde o aleitamento materno, isto é, ao modo como se deu o contato criança e leite materno; até a organização da família, que diz respeito à superproteção, à lealdade, ao convívio familiar e aos sentimentos atribuídos na relação com a criança obesa. A família

da criança obesa e a forma como está organizada pode ser um fator que interage juntamente a outros para o aparecimento da obesidade, apesar de nem sempre ser reconhecida como fator etiológico, por parte dos membros da família, em detrimento dos fatores genéticos, biológicos e metabólicos, mais mencionados.

Considerações Finais

A obesidade é considerada uma doença multidimensional, podendo estar relacionada a fatores genéticos, fisiológicos, metabólicos, ambientais, psicológicos e sociais. Esses fatores, por sua vez, devem ser compreendidos num processo interativo, sendo todos importantes para a compreensão da obesidade. Este estudo buscou, especificamente, compreender como se organiza psicologicamente a família de crianças obesas, descrevendo as relações entre seus membros, evidenciando a implicação dessas relações para o desenvolvimento da obesidade infantil.

Durante as pesquisas bibliográficas foram encontrados estudos que discorrem acerca das relações familiares e obesidade. Entre as principais características apontadas acerca desta relação, estão: 1) o contato disfuncional da criança com o leite, durante o aleitamento materno; 2) a obesidade protegendo os limites e fronteiras da família e adiando o ingresso da criança no mundo adulto; 3) a lealdade à obesidade na família; 4) as novas configurações familiares advindas das transformações sociais, culturais e econômicas, que repercutiram no sedentarismo, em faltas afetivas e novos ajustes emocionais, um deles através do alimento.

Estas características foram identificadas a partir do discurso das mães ao relatarem suas vivências familiares. Percebeu-se no que se refere à organização familiar na Obesidade infantil: relações disfuncionais primárias (contato criança e leite materno) e relações que envolviam as seguintes unidades de sentido: sentimentos; superproteção familiar; obesidade e lealdade; e convívio familiar. No entanto, como já referido anteriormente, é preciso considerar que os dados foram coletados apenas com as mães e que em estudos futuros, deveriam ser considerados a perspectiva de outros integrantes do sistema familiar (pais, irmãos e própria criança, por exemplo).

Quanto à temática da pesquisa conclui-se que as relações familiares representam um fator pertinente à compreensão da obesidade. No entanto, na maioria das vezes, tal conexão (relações familiares e obesidade infantil) é negligenciada, passando despercebidas seja pelos próprios membros da família e/ou profissionais de saúde. Assim, conclui-se afirmando que a compreensão da natureza “multidimensional” da obesidade infantil, assim como a descrição de características marcantes das relações familiares de crianças obesas (objetivo desse artigo) são úteis para (re) afirmar a necessidade de perspectivas igualmente multidimensionais de atenção e intervenção em saúde voltadas à obesidade infantil.

Submissão: out/ 2012

Aceite: dez/ 2012

Bibliografia

- Anjos, L. A. (2006). *Obesidade e saúde pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Aun, J., Coelho, S., & Vasconcellos, M. J. (2005). *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: o processo de atendimento sistêmico*. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bayer, A. A. A., Vasco, C.C., & Lopes, S. R. A. (2010). Intervenção grupal em pacientes com obesidade e seus familiares: relato de experiência. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(4), 869-881.
- Burd, M. (2004). Obesidade e família. In J. M. Filho (Org.), *Doença e Família* (pp. 299-309). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, A. L. R. (2006) Aspectos psicológicos da obesidade. In: M. Fisberg (Org.), *Atualização em obesidade na infância e adolescência* (pp. 97-102). São Paulo: Atheneu.
- Castro, A. S. & Morgan, C. M. (2005). Obesidade na infância. In M. T. Zanella & A. M. Claudino (Orgs.), *Guia de transtornos alimentares e obesidade* (pp. 297-313). Barueri: Manole.
- Cervený, C. M. O. (Org.).(2004). *Família e... Comunicação, Divórcio, Mudança, Resiliência, Deficiência, Lei, Bioética, Doença, Religião e Drogadição*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ciampa, A. C. (2006). Identidade. In: S. T. Lane & W. Codo, *Psicologia social: o homem em movimento* (pp. 58-75). São Paulo: Brasiliense. (Original published in 1984)
- Filho, J. M & Tavares, F. M. (2006). Comentários ao trabalho de Minuchin e colaboradores, “psychosomatic Families”. In: J. M. Filho (Org.), *Doença e Família* (pp. 299-309). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fisberg, M. (Org.). (2005). *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu.
- Halpern, Z.S.C., Villares, S.M.F., Arrais, R.F. & Rodrigues, M. D. B. (2005). Obesidade: diagnóstico e tratamento da criança e do adolescente. São Paulo: Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina.
- Mc Daniel, S., Hepworth, J., & Doherty, W.J. (1994). *Terapia Familiar Médica: Um enfoque biopsicosocial à família com problemas de saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1982). *Família, Funcionamento e Tratamento*. (J. A. Cunha. Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Massachusetts: Harvard University Press.

Oliveira, R. G. (2000). A obesidade na infância e adolescência como fator de risco para doenças cardiovasculares do adulto. In: J. E. D. Oliveira, *Obesidade e anemia carencial na adolescência* (pp. 65-75). São Paulo: Instituto Danone.

Ronque, E. R.V., Cyrino, E. S., Dórea, V. R., Serassuelo, J. H., Galdi, E. H. G. & Arruda, M. (2005). Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de alto nível socioeconômico em Londrina, Paraná, Brasil. *Revista de Nutrição*, 18(6), 709-717.

Santos, A. M. (2003). O excesso de peso da família com obesidade infantil. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 2, 1-10.

Santos, L. R. C., & Rabinovich, E. P. (2011). Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único. *Saúde e Sociedade*, 20(2), 507-521.

Saraiva, K. R. O. (2008). Obesidade Infantil: a família como unidade promotora da saúde. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Sociedade Brasileira de Pediatria. (2008). *Obesidade na infância e adolescência: Manual de orientação*. São Paulo: SBP.

Spanghero, M. F. (1984). *Obesidade. Cura Natural*. São Paulo: Grupo de comunicação Três Ltda.

Tassara, V., Norton, R. C., & Marques, W. E. U. (2010). Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(3), 309-314.

Uehara, M. H; Mariosa, L. S. S. (2005). Etiologia e história natural. In M. T. Zanella & A. M. Claudino (Orgs.), *Guia de transtornos alimentares e obesidade* (pp. 195-201). Barueri: Manole.

Varela, A. P. G. (2006). Você tem fome de quê? *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(1), 82-93.

Yin, R.K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman