



Artigos originais

## Fatores conjugais e familiares que dificultam a perda de peso em mulheres obesas

*Marital and family factors that hinder the weight loss in obese women*

Ana Paula da Silva Vasques Oliveira<sup>1</sup>

Maria Alexina Ribeiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga, Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil

<sup>2</sup>Professora, Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil

**RESUMO** - O presente estudo teve como objetivo investigar os fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, da Escala de Figuras de Stunkard e do Questionário dos Três Fatores Alimentares, aplicados em cinco mulheres com obesidade de graus I e II, com idades entre 21 e 33 anos, residentes no Distrito Federal. De acordo com os dados da Escala de Figuras de Stunkard, três participantes fazem uma boa leitura do tamanho corporal, uma superestima seu tamanho corporal e uma minimiza seu tamanho corporal. Os resultados do Questionário dos Três Fatores Alimentares indicaram que quatro das participantes possuem uma baixa restrição cognitiva, alta desinibição e alta percepção da fome, o que corresponde à dificuldade na perda e manutenção do peso. A análise dos dados das entrevistas mostrou que a dificuldade das participantes de perder peso está relacionada a questões conjugais e familiares, tais como: presença de outras pessoas obesas na família; hábitos alimentares inadequados do cônjuge e outros familiares; falta de estímulo do uso de dietas e programas de emagrecimento por parte do cônjuge e da família de origem; presença de preconceito, uso de apelidos e cobranças familiares relacionadas à obesidade; a mulher se sente inibida sexualmente devido à obesidade; desejo de emagrecer para agradar o parceiro; questões de gênero também foram identificadas. O papel da família e sua importância como locus de desenvolvimento e socialização de seus membros e como contexto facilitador de saúde é discutido e sua participação em programas de emagrecimento e educação alimentar é recomendada.

**Palavras-chave:** Obesidade; Gênero; Relações Familiares.

**ABSTRACT** - This paper aims to investigate the factors that hinder weight loss in obese women. Information were collected through a semi-structured interview, Stunkard Figure Rating Scale and the Three Factors Eating Questionnaire, applied in five women with obesity grades I and II, aged between 21 and 33 years, residing in Federal District, Brazil. According to data from the Stunkard Figure Rating Scale, three participants identify her body size, one overestimate their body size and one minimizes their body size. The results of the Three Factors Eating Questionnaire indicated that four of the participants have low cognitive restraint, lack of inhibition and high perception of hunger, which corresponds to the difficulty in losing and maintaining weight. The analysis of the interviews showed that the difficulty of participants to lose weight is related to marital and family issues, such as the presence of other obese people in the family; eating habits of the next ones at the family, lack of stimulation of feeding diets and weight loss programs on the part of the husband and original family, presence of bias, use of nickname and family obesity-related charges, the woman feel sexually inhibited due to obesity; desire to lose weight to please their partner; gender issues also were identified. The role of family and its importance as a locus of development and socialization of its members and how health facilitator context is discussed and their participation in weight loss programs and nutrition education is recommended.

**Keywords:** Obesity; Gender; Family Relationship.

### 1. INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica progressiva e multifatorial, caracterizada pelo excesso de gordura no organismo, segundo Zanella<sup>1</sup>. Atualmente é um dos maiores problemas de saúde pública em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos países latino-americanos tem havido um marcante aumento na prevalência da obesidade<sup>2</sup>. No Brasil, dados recentes da Vigitel<sup>3</sup> mostram que cerca de 48,1% da população está com excesso de peso e 15% com diagnóstico de obesidade, sendo que o percentual da obesidade em mulheres aumentou 4,1% de 2006 para 2010. Esses dados têm sido motivo de preocupação de

muitos profissionais de saúde que têm se empenhado na realização de estudo visando uma melhor compreensão dessa questão e um tratamento mais

**Autor correspondente**

Ana Paula da Silva Vasques Oliveira  
Quadra 21, Casa 91, Setor Leste Gama.  
Brasília, DF  
Tel. (61) 92794603  
Email: [psi.paula.vasques@hotmail.com](mailto:psi.paula.vasques@hotmail.com)

Artigo encaminhado: 04/04/2013

Aceito para publicação: 27/06/2013

eficaz.

Segundo Scagliusi e Palacow<sup>4</sup>, prevenir a obesidade é mais fácil, proveitoso e barato do que tratá-la, sendo a melhor prática alimentar aquela que preenche as necessidades nutricionais e permite ao indivíduo desfrutar dos alimentos em uma situação de prazer e convívio social. De acordo com Dra Maria Edna, responsável científica pelo site da ABESO<sup>5</sup>, o tratamento da obesidade não deve ser esquecido ou negligenciado, pois o controle desta doença impede o desenvolvimento de muitas outras<sup>5</sup>. A obesidade está associada a várias complicações, como diabetes, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer, a obesidade possui altas taxas de morbidade e mortalidade, o que aumenta a gravidade da doença.

A família tem sido reconhecida como tendo um papel importante não só no tratamento da obesidade, mas como um contexto que pode ser pano de fundo para o surgimento do problema, por sua importância no processo alimentar da criança, pois é ela a provedora de hábitos alimentares, o que inclui regulação de horários, oferta, qualidade e quantidade de alimentos e padrões do peso corporal<sup>6</sup>. Estudos têm mostrado que algumas características da dinâmica familiar podem facilitar o surgimento da obesidade e dificultar o tratamento<sup>7,8,9,10</sup>.

Os estudos sobre a dinâmica de famílias de pessoas obesas iniciaram-se em 1940 com Bruch e Touraine<sup>11</sup> que, pesquisando a percepção de crianças obesas sobre seus pais, observaram que as mães eram apontadas como dominadoras e excessivamente protetoras e os pais como passivos e sem envolvimento.

Os estudos com famílias têm mostrado que as famílias de crianças obesas são avaliadas como mais conflituosas, menos interessadas em atividades sociais e culturais, mais dependentes e menos suportivas do que as famílias controles<sup>12</sup>. Algumas famílias ajudam no controle alimentar do filho e outras não<sup>13</sup>. Nessas famílias também foram observadas a presença de: segredos familiares nas famílias parentais, relação fusionada entre mãe e filhos, com distanciamento dos pais na relação com as crianças<sup>7</sup>.

No Brasil, Santos<sup>14</sup> estudou as famílias de 34 crianças com obesidade, e percebeu um alto nível de ansiedade e sofrimento nos pais e responsáveis; pouca exposição de afetos e uma comunicação incongruente entre os membros familiares e atitudes paradoxais. Diferenças de gênero foram observadas por Kinston, Miller; et al<sup>15</sup> ao estudarem famílias de meninos e de meninas com obesidade, onde as famílias das meninas

tinham níveis mais altos de problemas de relacionamento.

A maioria das pesquisas sobre esse tema é realizada com famílias de crianças obesas. Uma pesquisa importante foi realizada por Otto<sup>8</sup>, com famílias de adultos obesos de ambos os sexos, em Brasília/DF. A autora observou que essas famílias possuem fronteiras internas difusas e externas rígidas, poucas atividades de lazer, ênfase à lealdade familiar, forte ligação entre alimentação, afetividade e pertencimento.

Otto e Ribeiro<sup>16</sup> observaram que o alimento permeia todas as relações das famílias com obesos. E quando o membro da família tenta fazer dieta ou tratamento, como é o caso dos participantes da referida pesquisa, que estavam aguardando para fazer a cirurgia bariátrica, não há um movimento da família no sentido de apoiar o processo de emagrecimento dos membros obesos. Segundo as autoras, “parece que o sistema familiar focaliza toda a sua ansiedade na alimentação, que é o principal tema dos encontros entre os membros”.

A obesidade pode estar associada a um grande sofrimento pessoal, pois a magreza é o padrão estético de beleza da nossa sociedade, e não fazer parte deste padrão pode acarretar discriminação, preconceito e dificuldades nos relacionamentos. O presente trabalho tem sua relevância por focar a obesidade de graus I e II e chamar a atenção dos profissionais de saúde para a importância de considerarem não apenas os aspectos fisiológicos da obesidade, mas também os aspectos psicológicos e relacionais envolvidos, uma vez que as mulheres obesas podem enfrentar várias dificuldades contextuais na busca do emagrecimento. Para que ocorra um tratamento adequado é necessário ampliar o foco da alimentação para os vínculos afetivos, as interações e os relacionamentos.

## 2. MÉTODO

As participantes foram cinco mulheres de classe média baixa, residentes em Brasília/DF, com obesidade de graus I ou II e idades entre 21 e 33 anos. Todas elas já tentaram emagrecer e não obtiveram sucesso na perda de peso ou na sua manutenção e nunca realizaram cirurgia estética. Foi considerado o IMC para se definir o grau de obesidade das participantes. A pesquisadora realizou as medidas de acordo com os procedimentos descritos pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica<sup>5</sup>.

O contato inicial com as participantes foi realizado por meio telefônico, onde se explicou o motivo de sua

escolha como entrevistada, ou seja, o fato desta adequar-se ao perfil estabelecido pela pesquisadora: ser mulher, com idade entre 21 e 33 anos, morar atualmente no Distrito Federal e a princípio parecer estar no grau de obesidade I ou II.

Os encontros foram realizados na residência da pesquisadora. Antes de iniciar o processo de coleta de dados, a pesquisadora pesou e mediu as participantes para verificar o IMC de cada uma. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado e posteriormente foi solicitado que as participantes o assinasse. Em seguida foi aplicada a escala e o questionário. Foi realizado um encontro com cada uma das participantes, que durou em média uma hora e vinte minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas literalmente.

Foram utilizados os seguintes instrumentos para levantamento dos dados:

**Entrevista semiestruturada:** abordando questões relativas aos sentimentos atuais e passados em relação ao próprio corpo e sobre as tentativas de se perder peso. Enfocou também os conhecimentos que as participantes têm sobre a obesidade, sua rotina e a rotina de sua família em relação à alimentação.

**Escala de figuras de Stunkard<sup>17</sup>:** possibilita avaliar o grau de insatisfação corporal e a superestimativa do tamanho corporal. Nesta escala são apresentados nove desenhos femininos em traje de banho (maiô), onde cada figura é mais volumosa que a anterior, sendo a mais magra a primeira e a mais corpulenta a nona.

Para a avaliação da insatisfação corporal a entrevistada deve escolher o desenho que mais se aproxima do seu corpo atual e o que mais se aproxima do seu corpo ideal (aquele que gostaria de ter). A diferença entre a figura atual e a ideal serve como medida da insatisfação corporal, onde quanto maior a discrepância, maior a insatisfação.

Toma-se como parâmetro o desenho 3 e 6, que correspondem respectivamente aos IMC 20 km/m<sup>2</sup> e 30 km/m<sup>2</sup>. A versão em português desse instrumento mostrou-se válida como uma medida de imagem corporal.

**Questionário dos três fatores alimentares<sup>17</sup>:** é constituído por 51 questões sobre o comportamento alimentar, sendo dividido em três subcategorias: restrição cognitiva (21 itens), desinibição (16 itens) e fome percebida (14 itens). Foi apresentado em forma de pôster, em português, pela primeira vez no ano de 2005 em São Paulo no “VI Encontro Brasileiro de

Transtornos Alimentares e Obesidade” e estava em processo de aperfeiçoamento para validação no Brasil.

Tais instrumentos foram escolhidos por possibilitarem uma boa avaliação dos aspectos emocionais e da rotina familiar das participantes, além de serem de fácil aplicação e compreensão.

Foram utilizados também os seguintes equipamentos: balança analógica, fita métrica, notebook, lápis, borracha, canetas, gravador de áudio, mesa e cadeiras.

Os dados das entrevistas foram analisados de acordo com o método construtivo-interpretativo de Gonzáles Rey<sup>18</sup>. A leitura detalhada das transcrições das entrevistas possibilitou a emergência dos ‘eixos de análise’. A partir desses eixos, foi possível identificar os ‘indicadores de significado’, que são definidos como unidades elementares de informação (falas e observações). Com base nos indicadores foram construídas as ‘zonas de sentido’. Estas são construções feitas pelo pesquisador a partir do seu contato com o sujeito ou grupo pesquisado e com o material por ele produzido, sistematizado nos indicadores.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1. Dados da Escala de figuras de Stunkard

De acordo com os resultados obtidos na escala de figuras de Stunkard, que avalia a percepção corporal, observou-se que três das participantes fazem uma boa leitura da imagem corporal, sendo esta compatível com o cálculo do IMC. Uma superestima e uma minimiza o tamanho corporal, ou seja, ambas apresentam uma distorção da imagem corporal.

Observa-se que duas das participantes possuem pouca insatisfação corporal, uma possui insatisfação corporal média e duas apresentam uma grande insatisfação corporal.

A insatisfação/satisfação corporal é verificada considerando-se a discrepância entre o número da figura escolhida como atual e o número da figura escolhida como ideal, ou seja, a figura desejável<sup>17</sup>. Assim, observa-se que duas das entrevistadas possuem pouca insatisfação com a imagem corporal, uma possui uma insatisfação média e duas apresentam uma grande insatisfação com a imagem corporal. Observa-se que de acordo com os resultados da escala, quatro participantes marcaram que gostariam de estar com o IMC ideal (entre 18,50 e 24,90). As respostas de uma participante indica que ela gostaria de ter sobrepeso (este seria o seu peso ideal).

### 3.2. Dados do Questionário dos Três Fatores Alimentares

O Questionário dos Três Fatores Alimentares<sup>17</sup> permite avaliar, se o indivíduo tem facilidade para obter sucesso ou não na perda e manutenção do peso. Um alto escore na escala de restrição e baixo escore nas escalas de desinibição e fome percebida sugerem que o indivíduo apresenta maior facilidade na perda e manutenção do peso, enquanto um baixo escore na escala de restrição e alto escore nas escalas de desinibição e fome percebida indicam que o indivíduo apresenta uma maior dificuldade na perda de peso e na manutenção dessa perda.

Os dados obtidos no questionário indicam que para quatro das participantes há um baixo escore na escala de restrição e alto escore na escala de desinibição e fome percebida, o que sugere que todas têm dificuldade na perda e manutenção do peso. Apenas em uma participante verificou-se um alto escore na escala de restrição e baixo escore nas escalas de desinibição e fome, o que sugere um maior sucesso na perda e manutenção do peso. Porém, esta mulher está inserida em um contexto familiar que não propicia o emagrecimento, pelo fato de todos os seus membros serem obesos. Para Pratta e Santos<sup>19</sup> a família ainda hoje exerce um importante papel no desenvolvimento de seus membros, pois a criança se desenvolve no contexto familiar e nele permanece por um longo período de tempo.

### 3.3. Dados da entrevista

Os dados da entrevista serão apresentados agrupados em zonas de sentido, conforme Gonzáles Rey<sup>18</sup>.

#### 3.3.1. Zona de sentido 1

“Se eu tô de dieta é indiferente pra minha família. Tanto faz como tanto fez...”: a falta de envolvimento da família no tratamento.

Segundo Stein e Ramos<sup>20</sup>, a família é responsável pela formação do comportamento alimentar do indivíduo, tendo os pais o papel de primeiros educadores nutricionais. As estratégias que os pais utilizam para a criança alimentar-se podem ser estímulos adequados ou inadequados na aquisição das preferências alimentares e no autocontrole da ingestão alimentar durante toda a vida do sujeito. Os autores constataram em suas pesquisas que a preocupação dos pais centra-se na quantidade da alimentação, e

não em desenvolver hábitos e atitudes direcionados a padrões de alimentação mais adequados.

O fato de ter alimentos em casa que não são saudáveis foi citado pelas participantes como um fator que dificulta o emagrecimento e a dieta como mostram as afirmações seguintes:

Às vezes em vez de eles me ajudarem, me prejudicam porque aqui em casa todo mundo gosta de comer bastante. Aí inventa um monte de coisas, leva pra uma pizzaria, e você se enfarta de tanto comer.

O povo come o tempo todo, come de mais, só comida que vai aumentar o peso, só comida gorda, massa, carne, gordura e doce.

(...) Em casa eu como, às vezes eu penso: “ah eu tô de dieta” - mas aí eu penso “é só hoje, é só hoje” - aí eu quebro a dieta. Na minha casa é mais difícil fazer dieta (...).

Essas falas nos remetem ao que observa Ribeiro<sup>21</sup> ao trabalhar com um grupo de famílias com crianças e adolescentes obesos. O autor fala da importância de se pensar na obesidade como uma dificuldade da família (sistêmico) e não especificamente de cada membro, especialmente dos portadores de obesidade. As famílias precisam promover ações concretas na direção de sanar o problema da alimentação inadequada, como mudança de hábitos e modificação das relações familiares internas e externas. Os membros da família precisam compreender que além de ações pontuais é necessário encarar o problema como sendo parte de mudanças processuais que precisam da ajuda de todos.

As participantes também se referiram aos esposos que trazem para casa ou fazem alimentos que elas não podem comer, sendo que outros membros da família também oferecem tais alimentos. Porém, só o fato de comerem na frente já elicia um desejo de comer e influencia para o insucesso na perda de peso.

Massa, eu gosto de pizza, coxinha, enroladinho e quibe, mas é difícil comer, agora lasanha, meu marido traz do serviço né? Já traz pronta, ele é cozinheiro (...).

(...) Pede uma pizza, pede um lanche, às vezes meu marido faz sanduiche, cachorro quente, aí é assim.

(...) Meu marido a noite janta, eu não janto, aí assim às vezes, eu vendo ele comer, eu janto também (...) meu marido fica falando pra eu comer “você tem certeza que

você não vai comer, que você não vai querer?” Ai isso fica me irritando.

(...) Geralmente quando você faz uma dieta você se segura o máximo, mas se você vê uma pessoa comendo, você não resiste, você tem que comer, quebra a dieta, aí você desiste de vez.

A família exerce uma importante influência na adesão ao tratamento de obesidade. É frequente que alguns membros da família não concordem em mudar os hábitos alimentares da casa. Quando isso ocorre, a pessoa que está fazendo dieta passa a ter uma alimentação diferenciada da dos demais membros, pelo fato destes não acompanhá-la, o que favorece para que esta pessoa não obtenha sucesso na dieta, até mesmo pelo fato de se ter em casa alimentos que não se deve comer. A dificuldade de colaboração da família nas dietas contribuía para que as participantes não se sentissem apoiadas.

Se eu tô de dieta, é indiferente pra minha família. Tanto faz como tanto fez, por isso que eu não consigo muito, entendeu? Ninguém fala nada diretamente pra mim. Eu já pedi muito pro meu pai, falei: “vamos pegar essa dieta aqui e vamos todo mundo seguir”, só que aí é como se entrasse por um ouvido e saísse pelo outro. Se mudasse a alimentação da minha casa, ajudaria muito, meu pai e minha mãe comem muita massa, macarrão, pão, bolo (...). Se mudasse a alimentação de todo mundo lá de casa ia ajudar muito porque ia ter coisas que eu ia poder comer, por isso que eu fico muitas vezes sem comer.

Para Venturini<sup>6</sup> seria ideal que as famílias tivessem consciência dos benefícios que o controle alimentar pode trazer, seja nos âmbitos físico, social ou emocional e se percebessem como parte integrante no processo alimentar, chegando a mudar os hábitos alimentares de toda a família. Ribeiro<sup>21</sup> chama a atenção para a necessidade de mudança de hábitos sociais e familiares que estão permeados por padrões alimentares inadequados. Parece haver uma dificuldade das famílias em estabelecer limites, normas e regras sobre o padrão alimentar dos seus membros. Por outro lado, a facilidade de acesso a alimentos não saudáveis não deve ser visto como parte de obrigatoriedade do consumo deste tipo de alimentos. Mas, segundo o autor, muitas famílias têm dificuldade de encarar o problema da obesidade, conversar sobre o tema e compreender a gravidade do

problema para a saúde. Assim, a pessoa obesa se vê sozinha com a responsabilidade de perder peso.

### 3.3.2. Zona de sentido 2

“... eu tenho vergonha de tirar a minha roupa, perdi o desejo”: a influência da obesidade na vida sexual da mulher.

Observamos que algumas vezes os casais chegam a brigar pelo fato de a esposa estar acima do peso, o que a leva a pensar que o companheiro preferiria uma mulher mais magra e que não a deseja. Isso colabora para que haja uma perda do interesse da mulher pela relação sexual e interfere na vida sexual dos cônjuges. O casal deixa de ter a intimidade que tinha antes como tomar banho junto, trocar de roupa na frente um do outro e dormir no mesmo horário, pois a esposa passa a sentir vergonha de tirar a roupa na presença do marido, como afirma uma participante:

(...) Eu não me sinto bem (...), porque às vezes você quer agradar e acha que você não tá agradando, eu sei que faz falta pra ele, né? Porque eu era muito parceira, gostava muito dessas coisinhas assim de brincadeira, de vestir uma calcinha menor, uma lingerie, e agora eu não posso fazer nada disso, não é que eu não posso, eu que não quero, eu não me sinto bem e ele sente falta (...) então a obesidade me atrapalhou muito nisso, mais nisso, a ponto de eu mesma pensar assim ‘Ai, meu Deus do céu, eu vou largar porque eu não dou conta de tirar mais a minha roupa, eu tenho vergonha de tirar a minha roupa, perdi o desejo’ (choro), eu era muito mais ativa, eu falo pra minhas amigas, eu vivo muito bem sem isso, mas não é que eu viva muito bem sem isso é porque eu não dou conta mais de fazer que fique bom pra me agradar e agradar ele (...).

A pessoa que não está bem com o seu corpo não tem vontade de fazer planos, sair, visitar amigos e fazer sexo. Muitas mulheres sentem-se mal ao serem tocadas fisicamente ou serem vistas gordas pelos seus esposos, o que contribui para a insatisfação das relações sexuais. Gonçalves e Morais<sup>22</sup> também afirmam que a obesidade compromete a sexualidade. O indivíduo obeso possui a sexualidade reprimida por apresentar muitas vezes uma insatisfação e distorção da imagem corporal. De acordo com Dirce<sup>23</sup>, membro do Centro de Estudos e Tratamento da Obesidade Mórbida (CETOM) “O obeso está tão acostumado a abrir mão dos prazeres que acaba abrindo mão

também de seus direitos”. Para a autora, os obesos experimentam além da exclusão social e da falta de poder, uma baixa autoestima que potencializa a ansiedade, as insatisfações sexuais e o medo de se expor. A afirmação seguinte mostra esse medo de se expor:

Muitas vezes eu deixo de fazer em casa, assim eu e meu marido, muitas vezes eu deixo de ir dormir no horário dele, com vergonha, com medo de ele querer alguma coisa e eu com vergonha de tá tirando a roupa.

### 3.3.3. Zona de sentido 3

“Acho que meu esposo ia gostar mais se eu emagrecesse”: a esperança de que o emagrecimento melhore a relação com o parceiro.

Zottis e Labronici<sup>24</sup> apontam que perder peso, muitas vezes, significa recuperar a qualidade de vida e autoestima, onde muitas vezes a pessoa se sente mais motivada a realizar as atividades do cotidiano e reintegrar-se ao seu papel social. Existe não apenas um ideal de corpo, segundo Meier e Ferreira<sup>25</sup>, mas um ideal de vida no qual só se pode ser feliz sendo magro. O indivíduo passa a enxergar a obesidade como fonte de todos os problemas de sua vida. Sendo assim, sua única preocupação é controlar o peso.

Almeida, Oliveira et al<sup>26</sup> em um estudo que relaciona a mídia e a obesidade, mostraram que os meios de comunicação bombardeiam as pessoas com informações que associam a felicidade à magreza. Passam uma mensagem de que para ser feliz deve-se ser magro. Essas mensagens podem levar o indivíduo a ver a obesidade como a fonte de todas as suas angústias e não pensar em seus problemas, mas sim em controlar o peso. Este passa a ser seu único problema. Devido à pressão para ser magra, muitas mulheres querem perder peso para se adequar aos padrões que a sociedade impõe. Portanto, a magreza passou a ser um ideal ou uma meta, tendo como maior consequência a rejeição da imagem corporal. Assim, muitas mulheres pensam que só a partir do momento em que forem magras, ou seja, sentirem-se bonitas, poderão melhorar suas vidas e serem felizes. A perda de peso pode significar aceitação, sucesso social e felicidade, como mostram algumas afirmações das participantes da pesquisa:

Acho que seria uma pessoa mais feliz (se eu emagrecesse) com uma autoestima alta. Acho que me sentiria mais bonita, que as pessoas me admirariam mais, que meu

namorado ia gostar mais de mim, ia ter orgulho em andar ao meu lado e não vergonha. Acho que os meninos chegariam a mim, essas coisas.

(se eu emagrecesse) mudaria muita coisa, acho que eu teria outra vida, uma saúde melhor, né? (...) Eu teria mais facilidade de comprar roupa, caminhar, porque eu não caminho com agilidade. Eu iria correr, andar de bicicleta. Acho que meu esposo ia gostar mais (...) se eu emagrecesse.

(se eu emagrecesse) minha autoestima, ah ia subir... ia ficar mais magra, me sentiria melhor, as roupas iam servir. (...). Com o meu esposo seria melhor.

(se eu emagrecesse) meu relacionamento ia melhorar muito, acho que até assim minha autoestima ia tá muito melhor. (...) ia tá numa classificação melhor dentro da empresa... eu posso conseguir outras áreas, outras coisas, mas o principal mesmo é o meu relacionamento.

Uma pesquisa realizada por Leal e Baldin<sup>27</sup> mostrou que alguns entrevistados expressaram expectativas em relação à cirurgia bariátrica que estão além do emagrecimento, como a resolução dos conflitos interpessoais e conjugais e mudanças de traços definidos de suas personalidades. É como se a obesidade fosse o único problema que essas pessoas têm e, uma vez resolvido, tudo estaria bem em suas vidas. As falas acima mostram que o emagrecimento é visto pelas mulheres como a solução de problemas pessoais (autoestima, saúde, agilidade), relacionais (relacionamento com o parceiro e amigos), e profissionais (melhor posicionamento na empresa). Destaca-se o desejo de agradar o namorado ou marido e chamar a atenção dos homens, o que pode revelar uma autoestima baixa.

### 3.3.4. Zona de sentido 4

“Minha mãe me faz sentir todos os dias pior do que um lixo”: o preconceito, os apelidos e as cobranças familiares.

Segundo uma das participantes, o fato de ser cobrada pela mãe para emagrecer é um fator que dificulta o emagrecimento, pois colabora para que ela se sinta pressionada, o que favorece a ansiedade e a insegurança, fazendo-a sentir-se inferior às outras pessoas. Isso nos remete à afirmação de Giampietro<sup>13</sup>, segundo o qual a comida pode atuar como um

mecanismo compensatório para as frustrações no meio familiar.

(...) Minha mãe pega muito no meu pé, acho que todos os dias ela faz questão de me lembrar que estou gorda. Todas as roupas que eu visto ela acha feia, às vezes troco de roupa umas oito vezes antes de sair de casa, mas pra ela nunca é o suficiente. Eu sou muito insegura, é a minha mãe quem decide as coisas pra mim. Ela me faz sentir todos os dias pior do que um lixo (...).

Outro fato referido pelas participantes como dificultador do emagrecimento é a questão de membros da família colocarem apelidos e fazerem piadas referentes a seus corpos, não as apoiando na adesão ao tratamento, mas influenciando para que se sintam pressionadas a emagrecer.

Sempre soltam uma piada assim, um parente, um amigo, sempre solta uma piadinha do seu peso, 'pandeiro grande', a roupa não serve, tá pequena, a roupa encolheu, essas piadinhas.

(...) Nem todo mundo aceita as pessoas do jeito que são, tem gente que já bota apelido. Pessoas da família do meu marido colocaram apelido que mantém até hoje.

Os dados encontrados na pesquisa realizada por Venturini<sup>6</sup> sugerem que os apelidos pejorativos são consequências do preconceito existente em nossa sociedade em relação ao "gordo". Isso causa a estas pessoas dificuldades relacionadas à autoimagem, pois a forma como lidam com a obesidade está relacionada aos aspectos sócio-culturais.

### 3.3.5. Zona de sentido 5

"a minha família tem problemas com peso, minha mãe era gorda, muito gorda": a obesidade nas famílias de origem.

As participantes se referiram aos fatores biológicos da obesidade quando questionadas sobre facilidade para ganhar peso, ansiedade e gravidez.

(...) A obesidade vem mais da família do meu pai (...) é tudo estrondoso mesmo, são bem gordos mesmo.

A maioria das minhas tias são obesas. A maioria das mulheres da minha família tem problemas com peso, minha mãe era gorda, muito gorda. Eu tenho uma prima agora que

ela está super obesa, ela tá até pensando em fazer redução.

Cunha e Cohen<sup>28</sup> afirmam que a probabilidade de os filhos serem obesos será de 7% se os pais forem magros, 40% se um dos genitores for obeso e 80% a 85% se ambos os genitores forem obesos. Zanella<sup>1</sup> (2006) aponta que crianças com menos de dez anos de idade têm mais de duas vezes o risco de serem adultas obesas quando um dos pais é obeso. Além disso, crianças obesas acima de três anos de idade têm uma tendência a serem obesas na fase adulta, independentemente do peso dos pais. Farias e Prado<sup>29</sup> apontam que 56% dos bebês tomam refrigerante frequentemente antes do primeiro ano de vida, o que sugere que grande parte dos pais não alimentam os filhos de forma correta.

Straub<sup>30</sup> afirma que a obesidade é parcialmente hereditária, pois apenas a hereditariedade não determina se uma pessoa será obesa. O que parece ser herdado é uma tendência a ser obeso, mas o fato da pessoa ser obesa é diretamente afetado pela dieta e pela atitude ou não de realizar atividades físicas. Na pesquisa de Otto<sup>8</sup> 86,67% dos participantes relataram ter pelo menos um parente obeso, sendo os mais indicados os irmãos e a mãe. Numa citação anterior uma participante afirma que em sua família "... é tudo estrondoso mesmo...", se referindo ao número de pessoas obesas em sua família.

Otto e Ribeiro<sup>16</sup> em pesquisa com obesos que aguardavam a cirurgia bariátrica e suas famílias, realizada em Brasília também observaram que o alimento permeava todas as relações da família. As autoras afirmam que não identificaram nenhum movimento da família de apoio ao processo de emagrecimento dos filhos obesos. Para Otto<sup>8</sup>, apesar de vários estudos apontarem para a influência genética como principal responsável pela transmissão desse problema de uma geração para outra, é importante focar a questão do ponto de vista da dinâmica familiar, ou seja, o papel que a alimentação tem na família. Como vemos abaixo a participante afirma que "festa de aniversário... é pra comer...". A comida pode ser um fator de união familiar, aquilo que agrega e promove o contato entre os membros da família. A afirmação mostra ainda, que o fato de ter outras pessoas obesas na família que costumam 'comer muito' pode influenciar algumas pessoas a comer mais do que o normal.

(...) Quando tem festa na minha família são todos mortos de fome, vai só pra comer, é isso o que importa pra eles, festa de aniversário filha, é pra comer, comer, encher bolsa, encher bolsa e pra comer mais.

A obesidade é relacionada também à gravidez, ou seja, em alguns casos a mulher começou a ganhar peso após a gravidez. A gravidez como um fato que marcou o início do ganho de peso também foi observada por Otto<sup>8</sup> em 31,3% da amostra.

O casamento, ter filhos (me fez engordar), porque minha rotina mudou né?

(...) mas tudo foi depois da gravidez, assim, com os meus parentes, foi assim.

### 3.3.6 - Zona de sentido 6

“... meu marido é gordinho também... mas é bem resolvido”: a obesidade e as questões de gênero.

Fico com medo de não estar no padrão, me sentindo inferior (choro). Por mais que ele (esposo) também não seja um exemplo, mas pra mulher é mais difícil (...). Meu marido é bem resolvido, ele nunca deixou de fazer nada porque ele é gordo. Ele se sente muito bem, continua usando o mesmo tipo de roupa. Para ele não mudou nada.

(Se eu emagrecesse) com o meu esposo seria melhor, né? Porque toda brincadeira tem um fundo de verdade, então já aconteceu dele (esposo) brincar falando que eu tenho que emagrecer, ele é gordinho também e todo homem gordo quer uma mulher magra, todo homem gordo prefere uma mulher mais magrinha.

De acordo com estas entrevistadas, as mulheres sofrem mais do que os homens com relação ao peso em nossa sociedade. Alguns dados de pesquisa podem ser relacionados a esta reflexão das participantes. Gonçalves e Moraes<sup>22</sup> afirmam que a busca pelo tratamento cirúrgico da obesidade vem crescendo muito ultimamente e muito mais mulheres do que homens buscam esse tratamento (74%), de acordo com os dados fornecidos pelo Centro da Obesidade Mórbida da PUCRS em 2002.

Segundo Straub<sup>30</sup> a magreza tende a ser mais valorizada entre as mulheres em nossa sociedade, o que faz com que realizem dietas e evitem o estilo de vida sedentário. Para o autor, pessoas obesas são discriminadas pela sociedade e sofrem vários tipos de

preconceitos, principalmente as mulheres que têm mais probabilidade de ficarem deprimidas. Junior<sup>31</sup> acredita que a frase “As muito feias que me perdoem, mas beleza é fundamental” de Vinicius de Moraes traduz a idéia de que a beleza está profundamente associada à mulher e ao papel que ela desempenha na sociedade em que está inserida. É uma concepção de que a beleza é uma obrigação feminina.

A gordura corporal pesa mais para as mulheres em vários aspectos, segundo Gonçalves e Moraes<sup>22</sup>, pois elas são mais influenciadas pela sociedade a terem um corpo magro. Além disso, como geralmente é a mulher quem se ocupa das tarefas domésticas e cuidam dos filhos precisam ser ágeis e ter uma boa capacidade de se locomover, sendo que a obesidade dificulta o desempenho dessas tarefas e trás tristeza às mulheres obesas. Os autores alegam que a obesidade, por ser uma construção social, pode ser sentida como mais prejudicial para um gênero do que para outro.

Dados da pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico<sup>3</sup> revelam que a quantidade de mulheres obesas (15,5%) obesas é um pouco superior ao número de homens (14,4%) e de acordo com a Organização Mundial da Saúde, as mulheres com obesidade mórbida atingem 7% da população mundial, enquanto que os homens atingem 5%. Percebe-se que apesar de haver pouca diferença entre os gêneros em relação à obesidade, as mulheres são as que mais procuram ajuda, ou seja, as que mais expressam suas insatisfações. Mascarenhas, Modesto et al<sup>31</sup> concluem em seus estudos que o sobrepeso de ambos os pais influenciam o sobrepeso das adolescentes femininas, e que a obesidade materna é um fator de risco para o desenvolvimento de sobrepeso e da obesidade dos filhos. Para Camargo, Filho et al<sup>32</sup> a influencia do comportamento alimentar parental afeta os hábitos dos filhos, sendo a mãe uma figura central no desenvolvimento de hábitos saudáveis, pois esta é compreendida como a cuidadora principal.

Júnior<sup>33</sup> aponta que o padrão estético de beleza para as mulheres na maioria das culturas está atualmente voltado para a irregularidade das formas e ao esquecimento da maternidade. Cada cultura valoriza detalhes particulares que integram a noção de beleza, sendo as características físicas masculinas menos demarcadas e incentivadas. Para Straub<sup>30</sup>, existe maior probabilidade de homens abaixo do peso receberem diagnóstico de depressão clínica do que os homens obesos, o que aponta que o sofrimento de um obeso masculino não é mais intenso do que o de um indivíduo masculino não obeso. Trivillato, Rocha et al<sup>34</sup>

aponta que devido a aparência física, pessoas com excesso de peso são alvos comuns de preconceito e discriminação nos relacionamentos sociais e locais de trabalho.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que duas das participantes com obesidade de grau I apresentam dificuldade na perda de peso e manutenção dessa perda, possuem uma boa percepção corporal e tendem a estar menos insatisfeitas com seu corpo. Outra, também com obesidade de grau I superestima o tamanho corporal e apresenta uma grande insatisfação indicando uma distorção de imagem e uma baixa autoestima. Uma participante com obesidade de grau II, também possui uma boa percepção do tamanho de seu corpo, mas grande insatisfação, ou seja, ela consegue identificar o tamanho de seu corpo sem que haja alguma distorção, porém não está satisfeita com ele. A outra participante com obesidade de grau II minimiza seu tamanho corporal e tem uma insatisfação média. Esta distorção perceptiva pode colaborar para diminuir seu sofrimento.

Conclui-se que todas as participantes possuem insatisfação corporal, sendo que umas em maior e outras em menor grau. Não foi possível diferenciar se as participantes com obesidade II são mais insatisfeitas que as com obesidade I, pois os resultados foram mistos e considerou-se a história pessoal de vida de cada uma delas.

Os dados do nosso estudo mostram que a família precisa ser incluída em todos os programas que têm como objetivo a perda de peso, emagrecimento, mudança de hábitos alimentares e educação alimentar. A família é o primeiro e mais importante locus de desenvolvimento e socialização dos seus membros. E quando o assunto é obesidade, ela é importante não só como fonte de suporte dos seus membros, mas como contexto que pode ser facilitador de saúde ou de doença, dependendo de sua dinâmica e a qualidade de suas relações internas. Entendemos que a educação alimentar começa no berço, a partir da amamentação, sendo assim, a obesidade na idade adulta, muitas vezes, tem início na infância, por isso a família tem um papel muito importante como contexto de aprendizagem e formação de hábitos.

Em pesquisa com famílias de crianças obesas temos visto mães que amamentam seus filhos até os 6 ou 7 anos, e vão introduzindo alimentos sem encerrar a amamentação. Uma das mães afirma que seu filho de 8 meses toma coca-cola na mamadeira. Pais de

adolescentes que se queixam de não conseguir colocar limites nos filhos, inclusive em termos de alimentação. Esses dados nos mostram que a falta de limites, muitas vezes, começa com os pais, que não conseguem cumprir de forma adequada suas funções parentais.

A grande variedade e quantidade de alimentos que temos atualmente e a comodidade em encontrar quase tudo pronto, juntamente com os apelos consumistas são fatores que influenciam as escolhas alimentares das famílias em geral. Mas os pais e adultos da família precisam ter um olhar mais crítico em relação a tudo isso e ter consciência de suas responsabilidades, inclusive como modelos importantes de comportamento saudável para crianças e adolescentes.

Muito se discute sobre como prevenir e tratar uma doença complexa que envolve fatores bio-psico-sociais, individuais e contextuais, e campanhas são feitas pelo governo nas escolas e meios de saúde. No entanto, na prática, o que vemos são profissionais agindo isoladamente, sem levar em conta o indivíduo como um todo, ou seja, o médico em seu consultório, o nutricionista passando dietas e o psicólogo, quando participa do processo, trabalhando apenas com a pessoa obesa, sem conhecer o contexto relacional onde ela está inserida.

Preocupa-nos muito a falta de acompanhamento psicológico após a realização de cirurgias bariátricas, não só da pessoa como de sua família. A avaliação psicológica exigida pelos médicos antes de recomendar a cirurgia também é outro problema, pois se não for feita por profissionais competentes e conscientes da sua importância, pode trazer sérias consequências. Otto<sup>8</sup> salienta a importância da inclusão da terapia familiar no pré e pós-operatório de pacientes obesos, como forma de facilitar a adaptação dos membros da família à nova condição de vida do paciente. Caso isso não ocorra, a probabilidade de esse paciente voltar a ganhar peso é muito grande.

Resultados parciais de uma pesquisa em andamento em uma Instituição de Ensino Superior de Brasília/DF com famílias de crianças e adolescentes com obesidade e transtornos alimentares têm mostrado que o envolvimento da família proporciona uma mudança de visão e postura dos pais em relação à alimentação dos filhos. Os pais percebem a necessidade de promoverem ações concretas na direção de sanar o problema da alimentação inadequada, como mudança de hábitos e modificação das relações familiares internas e externas. Além disso, compreendem que, além de ações pontuais é necessário encarar o problema como sendo parte de

mudanças processuais que precisam da ajuda de todos os membros da família. A equipe de pesquisa chama a atenção dos pais para o fato de que o problema da obesidade do filho deve ser pensado como uma dificuldade da família (sistêmico) e não especificamente de cada membro, especialmente daquele que está obeso. A importância dos pais se cuidarem para serem modelos tanto fisicamente quanto emocionalmente para os filhos e demais membros da família também é discutida com o grupo de famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Zanella MT. Obesidade suas causas e efeitos. São Paulo: Alaúde, 2006. p. 5-26.
- Kac G, Meléndez GV. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (1): 4-5.
- Vigitel. Brasil 2010. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel\\_180411.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_180411.pdf). Acesso em 22 mar 2013.
- Scagliusi FB, Palacow VO. Aspectos nutricionais da obesidade. In: Junior AHL. (org.) *Obesidade: Uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 05, p. 65-95.
- Abeso. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. <http://www.abeso.org.br/lenoticia/706/o-ministerio-da-saude-confirma-o-numero-de-obesos-no-pais-cresce-a-cada-ano.shtml>. Acesso em 22 mar 2013.
- Venturini LP. (Dissertação). *Obesidade e família: Uma caracterização de famílias de crianças obesas e a percepção dos familiares e das crianças de sua imagem corporal*. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras/USP. Ribeirão Preto. 2000.
- Tassara V, Norton RC, Marques WEU. Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. *Rev Paulista de Pediatria* 2010; 28 (3): 309-14.
- Otto AFN. (Dissertação). *Obesidade e transtorno da compulsão alimentar (TCAP): Um estudo sobre a dinâmica familiar do paciente*. Universidade Católica/UCB, Brasília. 2007.
- Ribeiro MA, et al. Obesidade e família: o Grupo Multifamiliar na pesquisa e intervenção com famílias de crianças e adolescentes obesos. Trabalho publicado nos anais do V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental <http://www.psicopatologiafundamental.org/pagina-mesas-redondas-712>. Acesso em 20 mar 2013.
- Mugarte, I. B. M.; Ribeiro, M. A.; Freitas, M. H. F. Bulimia, anorexia e obesidade na adolescência: como o indivíduo percebe seu próprio corpo? Trabalho publicado nos anais do V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2012 - <http://www.psicopatologiafundamental.org/pagina-mesas-redondas-712> <Acesso em 20.03.2013>.
- Morrisette PJ, Taylor D. Family counseling and childhood obesity: a review of approaches. *The Family Journal* 2002; 10 (1): 19-26.
- Beck S, Terry K. A comparison of obese and normal-weight families psychological characteristics. *American Journal of Family Therapy* 1985; 13 (3): 145-52.
- Giampietro HB. (Dissertação). *Em busca da compreensão dos fenômenos revelados na relação família-obesidade*. Faculdade de História, Direito e Serviço Social/ Universidade Estadual Paulista, Franca, 2003.
- Santos AM. O excesso de peso da família com obesidade infantil. *Revista Textos e Contextos* 2005. <http://www.pucrs.br/textos/anteriores/ano2/obesidade.pdf>. Acesso em 20 mar 2013.
- Kinston W, et al. Revealing sex differences in childhood obesity by using a family systems approach. *Family Systems Medicine* 1990; 8 (4): 371-86.
- Otto AFN, Ribeiro MA. Unidos em torno da mesa: a dinâmica familiar na obesidade. *Estudos de Psicologia* 2012; 17 (2): 255-63.
- Nunes MA, et al. Transtornos alimentares e obesidade. In Freitas, S. R (org.). *Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares*. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 241-8.
- González R. Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. 1.ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2002.
- Pratta EMM, Santos MA. Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo* 2007; 12 (2): 247-56.
- Stein LM, Ramos M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria* 2000; 76 (3): 229-37.
- Ribeiro MA. Construção de metodologia de atendimento psicossocial a crianças e adolescentes com transtornos alimentares e suas famílias. Projeto de pesquisa financiado pela CAPES/CNPq, em andamento na Universidade Católica de Brasília – DF, 2012.
- Gonçalves AF, Morais DEB. Obesidade e sexualidade. *Rev Brasileira de sexualidade humana* 2004; 15(1): 103-12.
- Dirce SF. A exclusão social do obeso. *CETOM – Centro de Estudos e Tratamento da Obesidade Mórbida*. <http://www.acimadopeso.com/xclusaobeso.pdf>. Acesso em 22 mar 2013>.
- Zottis C, Labronici LM. O corpo obeso e a percepção de si. *Rev Cogitare Enfermagem* 2002; 7 (2):21-9.
- Meier M, Ferreira MM. *Psicologia do emagrecimento*. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. 136 p.
- Almeida CME, Oliveira MRM, Vieira CM. A relação entre imagem corporal e obesidade em usuárias de unidades de saúde da família. *Rev Simbio-logias* 2008; 1 (1): 111-21.
- Leal CW, Baldin N. O impacto emocional da cirurgia bariátrica em pacientes com obesidade mórbida. *Rev de Psiquiatr do Rio Gd do Sul* 2007; 29 (3): 324-27.
- Cohen R, Cunha MR. *A obesidade*. São Paulo: Publifolha; 2004. 81 p.
- Farias JP, Prado TR. Obesidade: O Brasil na balança. <http://www.petnutri.ufsc.br/Semin%C3%A1rios%20em%20nutri%C3%A7%C3%A3o%202013.1/Obesidade%20novo%20-%20O%20Brasil%20na%20Balan%C3%A7a%20-%20PET%20Nutri%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em 09 jul 2013.
- Straub RO. *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 231-69.
- Mascarenhas LPG, et al. Influência do excesso de peso dos pais em relação ao sobrepeso e obesidade dos filhos. *Pensar a Prática* 2013; 16, (2): 319-602.
- Camargo APPM, et al. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18, (2): 323-333.
- Junior FBA. A questão da beleza ao longo do tempo. In: Salvador RB. (Org.). *Anorexia, Bulimia e Obesidade*. 2. Ed. São Paulo: Manole; 2007. p. 01-12.
- Trivillato RCF, et al. Diminuição do estresse ocupacional através da prevenção e controle da obesidade. *Anais do II Congresso de Administração da FOA –Administra FOA* 2013; 2, (1): 8.