Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Vivências alimentares e sentimentos de mães de filhos
obesos: relação entre duas gerações**

Ana Paula do Vale Bechara

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de mestre em Saúde
Pública.**

**Área de Concentração: Saúde, Ciclos
de Vida e Sociedade.**

**Orientadora: Profa. Dra. Maria da
Penha Costa Vasconcellos**

SÃO PAULO

2015

Vivências alimentares e sentimentos de mães de filhos obesos: relação entre duas gerações

Ana Paula do Vale Bechara

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Penha Vasconcellos

Versão Original

SÃO PAULO

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

AGRADECIMENTOS

A todas as mulheres que participaram desta pesquisa, pela profundidade nos relatos, pela disponibilidade de tempo e pela contribuição à ciência;

À minha mãe, pelo impulso para seguir no caminho da pesquisa e da saúde;

Ao meu pai, por sempre me apoiar em minhas escolhas;

Ao Marcelo, pelo companheirismo e apoio em todo processo;

Às amigas que fiz durante o período de mestrado, pelas conversas, pelo apoio, pelos almoços, pelas risadas e por tudo de mais gostoso que me trouxeram;

À minha orientadora, pelo acolhimento, por acreditar no meu potencial e me dar forças e possibilidades, por muito do que aprendi neste período de mestrado e pela paciência;

À Profa. Betzabeth Slater Villar, por ter me acompanhado no início desta jornada e por ter me dado a possibilidade de muitos aprendizados;

Às nutricionistas da Liga de Obesidade Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e ao chefe da mesma, pela via de acesso às mães de crianças e adolescentes em tratamento ou em fila de triagem;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio financeiro ao desenvolvimento desta pesquisa;

A Deus, por tudo que já compreendo e por tudo que ainda não consigo compreender.

RESUMO

Bechara, APV. **Vivências alimentares e sentimentos de mães de filhos obesos:** relação entre duas gerações. 2015. 106 f. Dissertação (Mestrado)– Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

A obesidade, ou o corpo obeso, é uma condição que vem atingindo a adultos e a crianças, análises sobre esta realidade merecem ser investigadas na perspectiva das emoções. Sabe-se que a alimentação é um fenômeno complexo, possuindo múltiplos determinantes. Com relação ao fator psicológico, sabe-se que suas bases estão relacionadas à figura materna e que alterações no desenvolvimento da criança relacionadas a esta são um dos fatores etiológicos de problemas alimentares, como o da obesidade. Este estudo teve como objetivo compreender as vivências relacionadas à alimentação de mães de filhos obesos com as suas próprias mães e a forma como esta relação pode influenciar no cuidado com a alimentação de seus filhos. A abordagem é qualitativa, utilizando a entrevista compreensiva como abordagem empírica. Foram entrevistadas doze mães, com filhos crianças ou adolescentes que tiveram o diagnóstico de obesidade. Observou-se que a alimentação, dentro do contexto de vida contemporâneo, traz o paradoxo do excesso de objetos disponíveis ao consumo, de novos produtos a todo tempo no mercado, acompanhado de relações vazias e da falta de laços. A obesidade traz a questão do vazio e do alimento como um objeto preenchedor do mesmo. A pesquisa em questão apontou para a existência de processos identitários entre mães e filhos, havendo questões mal resolvidas das mães projetadas em suas relações com seus filhos com obesidade, mediadas pelo ato de alimentar. Outros fatores como crenças sócio- culturais e relacionadas ao gênero também estariam exercendo influência sobre os comportamentos maternos frente a alimentação de seus filhos.

Palavras- chave: obesidade infantil, obesidade, mães de filhos obesos, família obesogênica, nutrição.

ABSTRACT

Bechara, APV. **Mothers' of obese children feeding experiences and feelings:** relationship between two generations. 2015. 106 pg. Thesis (Master) - Public Health Program, School of Public Health / University of São Paulo, São Paulo, 2015.

The obesity, or the obese body, is a condition that is affecting adults and children, analysis of this reality deserve to be investigated from the emotions perspective. It's known that feeding is a complex phenomenon, with multiple determinants. About the psychological factors, it's known that they're linked to the maternal figure and changes in the children development related to this are one of the etiological factors of eating problems such as obesity. This study aimed to understand the mothers' of obese children feeding experiences, with their own mothers, and how this relationship can influence the feeding care with their children. The research is qualitative, using the comprehensive interview as empirical approach. Twelve mothers of children or teenagers, diagnosed with obesity, were interviewed. It was observed that food, at the context of contemporary life, brings the paradox of the excess objects available for consumption, new products all the time on the market, accompanied by shallow relationships and lack of ties. Obesity raises the question of emptiness and food as a filler object. This research pointed to the existence of identity processes between mothers and obese children, involving unresolved mothers issues projected in their relationships with their children, mediated by the feeding practice. Other factors such as socio-cultural and gender beliefs were also influencing maternal feeding behaviors with their children.

Keywords: childhood obesity, obesity, mothers of obese children, obesogenic family, nutrition.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
 CAPÍTULO I: A obesidade, a pós- modernidade e o papel materno	13
Obesidade: conceito, diagnóstico e tipos	13
Quando a obesidade passou a ser um problema de saúde pública e possíveis causas e acontecimentos	15
O corpo na pós- modernidade e o consumo como valor	22
O simbolismo do alimento e a formação da relação mãe/bebê	24
A construção social do ser mãe	26
O papel materno e as suas possíveis consequências	29
A mãe na pós- modernidade e um possível olhar para as raízes da obesidade	30
 CAPÍTULO II: Procedimentos Metodológicos e Descrição das Participantes	34
Procedimentos éticos.....	35
Procedimentos utilizados para a realização da pesquisa empírica	35
Descrição das Participantes	38
 CAPÍTULO III: Núcleos de Sentido	51
A mãe como principal cuidadora da alimentação e da problemática com a obesidade, a ligação atrelada entre mãe e filho e o distanciamento paterno.....	51
O corpo com excesso de peso no contexto familiar.....	55
As experiências maternas com suas mães e com os alimentos na infância	60
As atitudes alimentares das mães com seus filhos obesos e o comportamento alimentar dos filhos.....	65
 CAPÍTULO IV: Interpretação Compreensiva dos Resultados	81
O ambiente e a família obesogênicos.....	81
O comportamento alimentar dos filhos com obesidade relacionados a fatores emocionais	88
A influência de crenças sociais, de condutas relacionadas ao gênero e de vivências maternas em suas atitudes alimentares frente aos filhos	91
 CAPÍTULO V: Considerações Finais	98

REFERÊNCIAS	101
--------------------------	------------

ANEXOS	109
---------------------	------------

CURRÍCULO LATTES	114
-------------------------------	------------

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução de indicadores antropométricos na população de 5 a 9 anos de idade, por sexo, no Brasil, em 1974/1975, 1989 e 2008/2009¹16

Gráfico 2: Evolução de indicadores antropométricos na população de 10 a 19 anos de idade, por sexo, no Brasil, em 1974/1975, 1989, 2002/2003 e 2008/2009²17

Gráfico 2: Evolução de indicadores antropométricos na população maior de 20 anos de idade, por sexo, no Brasil, em 1974/1975, 1989, 2002/2003 e 2008/2009³17

LISTA DE QUADROS

Quadro1: Contextos sociais, econômicos e culturais facilitadores para a obesidade⁴19

Quadro 2: Informações referentes às participantes e aos seus filhos com obesidade38

¹ Fonte: IBGE, 2010

² Fonte: IBGE, 2010

³ Fonte: IBGE, 2010

⁴ Fonte: Ministério da Saúde, 2006

INTRODUÇÃO

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), de 1980 para os dias atuais, a prevalência da obesidade chegou perto de dobrar. Esta condição vem atingindo tanto países economicamente ricos, quanto pobres, principalmente em áreas urbanas, e não somente a adultos, mas também a crianças, sendo considerada, nos dias atuais, como um problema de saúde pública (OMS, 2015). A causa fundamental da obesidade e do sobrepeso é o desequilíbrio energético entre o que é consumido e o que é gasto pelo indivíduo (OMS, 2015).

A obesidade é tida como uma doença passível de prevenção, sendo cruciais as estratégias direcionadas a esta finalidade na primeira década de vida, que refletirão na prevenção da obesidade na idade adulta e também de diversas complicações associadas a ela, como diabetes tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e alguns tipos de câncer (METZ, 2011).

Sabe-se que o panorama atual é resultado da transição nutricional, caracterizada por mudanças no padrão alimentar da população que levaram ao aumento na prevalência da obesidade e à diminuição na prevalência da desnutrição (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006). Dentre estas mudanças está, por exemplo, a substituição de alimentos domésticos por industrializados e por alimentos *fastfood*, os quais, em geral, têm maior densidade energética, são ricos em gorduras e sempre acompanhados do estímulo ao consumo (SOARES E PETROSKI, 2003).

Claro e Monteiro (2010), a partir de dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2002/03, observaram que, apesar da recomendação da OMS e da FAO (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*) para o consumo diário de frutas e hortaliças ser de 400g, esta está longe de ser atingida em diversas áreas geográficas e estratos econômicos do país. Segundo estes autores, dietas com alto conteúdo de frutas e hortaliças, as quais têm uma maior qualidade nutricional, estão associadas também a um maior custo e, portanto, quando se visa lidar com o problema dos padrões alimentares não saudáveis, é essencial que haja uma intervenção através de políticas públicas de caráter econômico, abordando a influência deste determinante na alimentação.

No entanto, sabe-se que o ato de se alimentar é um fenômeno complexo. O consumo alimentar possui múltiplos determinantes, como os relacionados ao alimento,

como preço, valor nutritivo, aparência e higiene, e os relacionados ao próprio indivíduo, como fatores biológicos, sócio-culturais, econômicos, antropológicos e psicológicos (JOMORI, PROENÇA, CALVO, 2008).

Diversos autores já descreveram a participação de fatores psicológicos no desenvolvimento da obesidade. Dentre estes, há os que defendem o ponto de vista psicossomático da doença, como Azevedo e Spadotto (2004), que afirmam haver, na obesidade, uma expressão física de um desajustamento emocional subjacente. Bychowski (1950) explica que o comer em excesso ocorreria como resultado de mecanismos de defesa inconscientes.

No campo da psicologia, a etiologia da obesidade é fortemente relacionada à figura da mãe. Azevedo e Spadotto (2004) enfatizam o aspecto da obesidade estar relacionada a uma fixação a fase oral, uma regressão a mesma, em que ganha destaque a figura materna, por ser responsável pela nutrição da criança.

Desta forma, tendo em vista que nas últimas décadas o papel da mulher na sociedade sofreu fortes mudanças, vê-se como importante uma breve descrição destas, uma vez que contribuíram para mudanças nas conformações familiares.

Nas últimas décadas do século XX, ocorreram diversas mudanças na economia mundial, devido às crescentes urbanização e industrialização. Estas levaram a mudanças do papel da mulher na sociedade, com a sua inserção no mercado de trabalho (VIEIRA, 2007), o que refletiu em alterações nas estruturas das famílias e nos papéis dos pais. As atividades educativas dos pais passaram por alterações mais consistentes a partir de 1980 (BIASOLI- ALVES, CALDANA e DIAS DA SILVA, 1997), apesar de suas representações ainda estarem relativamente marcadas por modelos tradicionais de divisão de tarefas por gênero (TRINDADE, ANDRADE e SOUZA, 1997).

Wagner, Predebon, Mosmann e Verza (p. 181, 2005) afirmam que o que vêm ocorrendo na maioria das famílias brasileiras de nível sócio-econômico médio é um processo de transição: há famílias com diferentes configurações e estruturas, o que implica diretamente nas divisões das tarefas. Segundo Fleck e Wagner (2003), coexistem modelos de famílias que seguem a tradicional divisão de papéis; outros em que pais e mães dividem tarefas domésticas e educativas; e ainda outros em que a mulher é a principal mantenedora financeira do lar e responsável também pelo trabalho doméstico e educativo dos filhos.

No entanto, apesar das mudanças ocorridas no papel da mulher na sociedade e na família nas últimas décadas, estudos como de Wagner, Predebon, Mosmann e Verza (2005) mostram que a alimentação ainda é um papel relacionada à figura materna.

Estes autores realizaram um estudo com 100 famílias de nível sócio- econômico médio, com pelo menos um filho em idade escolar, e avaliaram a divisão de papéis dos pais na criação e na educação de seus filhos. Nesta, observaram que, apesar de 69% das mulheres trabalharem fora de casa e terem participação financeira semelhante ao marido em relação aos filhos, a nutrição destes está associada à responsabilidade materna.

Em uma etnografia realizada por Assunção (2008), em uma comunidade de camadas médias e populares, buscou-se compreender os sentidos dados pelos telespectadores aos programas televisivos de culinária e investigar as relações entre as mensagens passadas por estes programas e a alimentação cotidiana das famílias pesquisadas. A autora observou que o interesse por estes programas era exclusivamente das mulheres e que nas casas das famílias onde conviveu, mesmo se a mulher não gostasse de cozinhar, era ela a responsável pela alimentação, inclusive conhecendo os gostos alimentares de cada filho. Segundo Assunção (2008, p. 250), “A comida de mãe’ nos remete a um pertencimento, a uma memória, a um tempo e a um lugar”, o qual sempre será uma referência alimentar para os filhos. Estes dados referentes ao papel da mulher na família e ao dela como mãe podem ter sido encontrados devido às construções sociais e culturais do “ser mãe”(ASSUNÇÃO, 2008) e às imagens e aos exemplos trazidos da geração anterior.

Primo e Caetano (1999) realizaram um estudo com mães de nutrizes e observaram que a decisão da filha em amamentar estava ligada a uma experiência transmitida de mãe para filha, uma tradição familiar, influenciada através do discurso e da ação/apoio.

Com relação à conformação familiar na obesidade, Tassara, Norton e Marques (2010) pesquisaram as interações interpessoais das crianças obesas no contexto familiar e social. Estes autores evidenciaram que esta relação envolvia fenômenos transgeracionais, em três gerações de grupos familiares que estudaram, ou seja, a reedição da obesidade nestes, no que diz respeito aos aspectos de identidade dessas crianças em seus grupos familiares. Segundo os autores, o fenômeno transgeracional trata de valores e crenças que são compartilhados com as gerações passadas da família e, em relação a estas famílias, as relações afetivas se estabeleciam em torno da alimentação, como através de comemorações, de receitas culinárias de avós e também

da retratação dos familiares obesos, que apontam para um sentido de ser gordo na família, uma identidade no grupo. Assim, segundo estes autores, o tratar da obesidade infantil implica considerá-las em seus contextos familiares e sociais, “no sentido de ‘(trans)ver’, ou seja, acolhê-las com um olhar que enxerga além da sua gordura e peso” (TASSARA, NORTON e MARQUES, 2010, p. 313).

Assim, ao se estudar um comportamento, no caso o comportamento alimentar na obesidade, é fundamental se atentar aos fatores culturais, sociais e familiares que o envolvem.

Desta forma, tendo em vista que, com relação ao fator psicológico, a literatura científica aponta para uma forte relação da obesidade à figura da mãe; de que, apesar das mudanças sociais associadas à mulher nas últimas décadas, o papel da alimentação continua possuindo relação com a figura materna e de que o cuidado com a alimentação é influenciado pelo que foi trazido das gerações anteriores, vê-se como essencial o estudo das vivências alimentares de mães de filhos obesos com as suas mães e as possíveis influências destas nas vivências alimentares com os seus filhos.

É importante ressaltar que o interesse pelo estudo da obesidade a partir do ângulo das mães surgiu através de um estágio curricular realizado no Instituto da Criança (ICr) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), no qual atendimentos de crianças e adolescentes obesos foram acompanhados junto a nutricionistas e a pediatras, em tratamento no ambulatório de obesidade infantil.

Estas crianças e adolescentes eram sempre acompanhadas por um responsável, que, na maioria das vezes, era a mãe. Assim, a partir da observação de diversos atendimentos, passou-se a notar um padrão nos mesmos, mais especificamente, nas mães. As consultas acompanhadas eram compostas, em geral, por ela, seu filho, o profissional (pediatra ou nutricionista) e o estagiário de nutrição. Nestas, a criança, por mais que tivesse idade suficiente para falar e contar sobre a sua alimentação, era, em grande parte do tempo, a mãe que se pronunciava e relatava sobre a nutrição do filho.

Mas, o que mais chamava a atenção, era o fato de que as mães sempre demonstravam uma angústia. E, além disso, a observação de que o êxito nos tratamentos era muito difícil, ou seja, de que houvesse o emagrecimento ou de manutenção de peso da criança (na idade de crescimento, muitas vezes, tem-se esta como meta). Assim, no decorrer do período de estágio, em que estas observações foram ocorrendo, o caso de um paciente chamou atenção, uma vez que este fugiu do padrão do

que vinha sendo observado. Neste, a mudança no perfil da mãe foi notável quando comparada às demais observadas anteriormente: ela havia tido informações sobre as mudanças referentes à alimentação no atendimento anterior, as implantou em sua casa, alterando os hábitos de compras e de alimentação da família, e, além disso, se mostrava positiva frente à situação. Notou-se uma mudança no enfrentamento da situação por parte desta mãe, e o caso teve como resultado o emagrecimento não somente da criança em tratamento, mas também dela e de seu marido.

Deste modo, estas vivências trouxeram inquietações e indagações sobre o que estaria havendo com as mães cujos filhos estavam em tratamento para obesidade, o que as estaria prendendo ao padrão negativo de ação que gerava angústia e dificuldade no tratamento da doença. Assim, estudos e reflexões levaram ao desenvolvimento desta pesquisa, a qual teve como foco o estudo de mães de filhos obesos, de suas relações pregressas com suas mães, e da forma como esta pode influenciar no modo como lidam com a alimentação de seus filhos. Desta forma, espera-se que haja uma maior compreensão acerca da problemática da obesidade e, assim, uma contribuição para o seu tratamento e prevenção.

CAPÍTULO I: A obesidade, a pós- modernidade e o papel materno

Obesidade: conceito, diagnóstico e tipos

Conceitualmente, a obesidade é tida como o acúmulo excessivo ou anormal de gordura no organismo (SIGULEM, TADDEI, ESCRIVÃO e DEVINCENZI, 2001). O grau de excesso de gordura, sua distribuição e consequências à saúde variam de indivíduo para indivíduo (SIGULEM, TADDEI, ESCRIVÃO e DEVINCENZI, 2001).

Com relação à distribuição de gordura, tem-se a obesidade andróide e a ginecóide. A andróide é conhecida como obesidade central, que é o acúmulo de gordura na região do tronco; enquanto que a ginecóide é conhecida como obesidade periférica, que o acúmulo de gordura abaixo da cintura, na região glúteo- femural (CYRINO e NARDO, 1996). Diversas são as consequências à saúde decorrentes da obesidade, como distúrbios cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, doença cérebro-vascular, trombose venosa profunda, entre outros), endócrinos (diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, hipotireoidismo, entre outros), respiratórios (apneia obstrutiva do sono, síndrome da hipoventilação, doença pulmonar restritiva, entre outros), gastrointestinais (hérnia de hiato,colecistite, entre outros), dermatológicos (estrias, papilomas, entre outros), geniturinários (anovulação, problemas gestacionais, entre outros), músculos-esqueléticos (osteoartrose, defeitos posturais, entre outros), psicossociais (sentimento de inferioridade, isolamento social, entre outros), além de neoplasias, como câncer de mama e de próstata, e de outras implicações à saúde (MANCINI et al, 2002).

Segundo Mancini (2002), para o diagnóstico e avaliação do sobrepeso e obesidade podem ser utilizados métodos como: índices de massa corpórea (IMC) e de massa percentual corporal, bioimpedância, distribuição de gordura corporal, relação cintura- quadril e métodos de imagem (MANCINI, 2002).

A OMS (2015) estipula a classificação da obesidade e do sobrepeso a partir do IMC, o qual é calculado pela divisão do peso, em quilos (kg), pela altura, em metros (m) ao quadrado. Classifica-se o sobrepeso, quando IMC está igual ou maior que 25 kg/m²; e a obesidade, quando está maior ou igual a 30 kg/m². Obesidade grau I (moderado excesso de peso)- IMC entre 30 e 34,9 kg/m²; obesidade grau II (leve ou

moderada)- IMC entre 35 e 39,9 kg/m²; e obesidade grau III (mórbida)- IMC maior ou igual a 40 kg/m² (OMS, 1998).

É importante ressaltar que o IMC é considerado uma medida imperfeita, uma vez que a partir deste não é possível distinguir a composição corporal em gordura, massa magra e ossos; assim, uma pessoa musculosa poderia ser classificada como obesa, por exemplo, pelo seu peso elevado (BARBOZA, 2013).

A classificação do estado nutricional em adultos a partir do IMC está baseada no risco de mortalidade ou doença associada a diferentes intervalos do IMC, sendo, portanto, um critério epidemiológico (CONDE e MONTEIRO, 2006). Conforme há o aumento do IMC, passando do sobrepeso a obesidade mórbida, há também o aumento dos riscos para comorbidades (BRECHNER, FARRIZ, HARRISON, TILLMAN, SALIVE e PHURROUGH, 2004).

Em menores de 20 anos, diferentemente do critério utilizado em adultos (a partir do IMC), o diagnóstico e a classificação da obesidade são feitos através de critérios estatísticos (CONDE e MONTEIRO, 2006). A *International Obesity Task Force* (IOTF) propôs, em 1997, a definição do estado nutricional desta população com base em desfechos na vida adulta: desnutrição, excesso de peso e obesidade e/ou alteração de indicadores bioquímicos relacionados a doenças crônicas na fase adulta (BELLIZZI, 1999).

Assim, para diagnóstico e classificação do estado nutricional em crianças e em adolescentes, vem-se utilizando curvas de referência, com base em dados antropométricos. Nas últimas décadas, três curvas de referência passaram a ser utilizadas: do *National Center for Health Statistics* (NCHS/1977), do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC/2000) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (OLIVEIRA, BARBIERO, CESA e PELLANDA, 2013).

Em 2007, o Ministério da Saúde do Brasil, passou a recomendar a utilização das curvas da OMS, as quais foram construídas com base em um estudo multicêntrico envolvendo seis países (Brasil, Ghana, Índia, Noruega, Oman e Estados Unidos) e contavam com alguns critérios de elegibilidade e adaptações frente às curvas anteriores (OLIVEIRA, BARBIERO, CESA e PELLANDA, 2013) (Anexo I-Curvas de referência utilizadas para diagnóstico e classificação de estado nutricional em crianças e em adolescentes, de 5 a 19 anos-*World Health Organization*, 2006).

Há casos de obesidade determinados por doenças genéticas endócrino-metabólicas (FISBERG, 1995). No entanto, as principais razões da obesidade são as

alterações nutricionais, pelo maior consumo do que gasto energético (OMS, 2015), correspondendo a cerca de 95 a 98% dos casos (ESCRIVÃO, OLIVERA, TADDEI e LOPEZ, 2000).

Quando a obesidade passou a ser um problema de saúde pública e possíveis causas e acontecimentos

Segundo Freitas (2009), no século XVII, a primeira monografia sobre a obesidade foi escrita, descrevendo esta como uma doença, tendo, no início do século XVIII, seus sintomas e sinais descritos e publicados. No entanto, maior destaque aparece na pós- modernidade⁵, quando passou a ser descrita como um problema de saúde pública, pelo seu aumento significativo na população mundial e pela rapidez com que vem atingindo populações mais novas (FREITAS, 2009).

Desde a década de 1960 o Brasil passou a sofrer mudanças em seu perfil de morbimortalidade, entrando em um momento de menor prevalência e relevância de doenças infecciosas, determinado por fatores como campanhas de vacinação, universalização da atenção básica e melhorias na condição de vida (poder aquisitivo, escolaridade materna); mas também de maior prevalência e relevância de doenças como a diabetes, a obesidade e a hipertensão, as quais, em sua maioria, estão associadas ao estilo de vida, como a alimentação e a prática de atividade física (MINAYO, 2014).

Nos dois primeiros estudos populacionais transversais, realizados no Brasil em 1974 e em 1989, foi constatado por Monteiro, Mondini, de Souza e Popkin (1995) e por Monteiro e Conde (1999) o processo de transição nutricional que o país passava, apresentando uma significativa queda na taxa de desnutrição e rápida ascensão da obesidade. Para Monteiro (1998), a epidemia de obesidade, desde então, é o maior problema de cunho nutricional em ascensão que o país vem apresentando.

Segundo Popkin (1993), o conceito de transição nutricional corresponde a mudanças nos padrões nutricionais, que levaram a modificações nas dietas das pessoas, estando correlacionado com mudanças sociais, econômicas, demográficas e relacionado à saúde.

A transição nutricional é observada também pelos demais países, com características e estágios distintos, nos quais o marcante aumento da obesidade nos

⁵ O termo pós- modernidade é definido por autores como Jameson (2000) e Eagleton (1998), como o período de tempo referente à sociedade de informação, pós-industrial, de consumo ou, ainda, como capitalismo tardio ou desorganizado.

diversos subgrupos populacionais vem chamando a atenção (KAC e VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003). A obesidade e o sobrepeso vêm afetando, e com tendência de crescimento, países desenvolvidos e em desenvolvimento (BROWN, 2000).

Através de pesquisas nacionais de âmbito populacional foi possível observar o declínio marcante na prevalência da desnutrição, principalmente em áreas urbanas e o aumento significativo do sobrepeso e da obesidade na população brasileira (Batista Filho, Anete Rissin, 2003). A descrição da tendência secular do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos se valeu de estimativas de prevalência de déficit de altura e de peso, de excesso de peso e de obesidade, calculadas a partir do Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF, 1974/1975), da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN, 1989) e da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002/2003 e de 2008/2009, realizadas no Brasil (IBGE, 2010). Esta última, que analisou dados de 188 mil pessoas, demonstrou um aumento acelerado do excesso de peso e da obesidade no país, mostrando um “alerta vermelho” para a questão (MONTEIRO, 2010), afetando adultos e crianças, sendo a obesidade infantil já caracterizada como uma verdadeira epidemia mundial (OLIVEIRA E FISBERG, 2003).

A seguir, são apresentados gráficos com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que apresentam a tendência de prevalência de déficit de peso, de excesso de peso e de obesidade, no Brasil, no sexo masculino e feminino, em diferentes faixas etárias.

Gráfico 1: Evolução de indicadores antropométricos na população de 5 a 9 anos de idade, por sexo, no Brasil, em 1974/1975, 1989 e 2008/2009

Exclusive as áreas rurais das Regiões Norte e Centro-Oeste e a área rural da Região Norte. Fonte: IBGE, 2010.

Gráfico 2: Evolução de indicadores antropométricos na população de 10 a 19 anos de idade, por sexo, no Brasil, em 1974/1975, 1989, 2002/2003 e 2008/2009

Exclusive as áreas rurais das Regiões Norte e Centro-Oeste e a área rural da Região Norte. Fonte: IBGE, 2010.

Gráfico 3: Evolução de indicadores antropométricos na população maior de 20 anos de idade, por sexo, no Brasil, em 1974/1975, 1989, 2002/2003 e 2008/2009

Exclusive as áreas rurais das Regiões Norte e Centro-Oeste e a área rural da Região Norte. Fonte: IBGE, 2010.

O gráfico 1 mostra a progressiva redução da desnutrição infantil na população de 5 a 9 anos, no Brasil, de 1974- 75 a 2008- 09, apontado através da intensa e contínua

queda dos déficits de altura, em ambos os sexos. Também mostra os expressivos aumentos do excesso de peso e da obesidade, principalmente de 1989 a 2008- 09.

O gráfico 2 e 3 apontam que as populações de adolescentes e de maiores de 20 anos, em ambos os sexos, também vinham seguindo o mesmo caminho, com aumentos de excesso de peso e de obesidade e redução de déficit de peso, nos períodos em questão, sendo expressiva a prevalência de excesso de peso no período de 2008-09, principalmente em maiores de 20 anos: cerca de metade da população apresentando este quadro.

Diversos autores chamam atenção para as mudanças econômicas e demográficas ocorridas no Brasil, entre 1960 e 1990, em que se teve um aumento na população urbana de 45% para 75%, uma baixa de 17,8% para 6,9% na participação na economia do setor agropecuário, entre outras mudanças, as quais são possíveis fatores causais de mudanças comportamentais ligadas à alimentação (MONTEIRO, MONDINI, DE SOUZA e POPKIN, 1995). Pode-se destacar também como mudanças ocorridas neste período a inserção da mulher no mercado de trabalho, a diminuição do esforço físico (como consequência, menor gasto calórico) e a industrialização de alimentos (MOTTA, PERES, CALÇADA, VIEIRA, TASCA e PASSARELLI, 2004). Dentre mudanças comportamentais ligadas à alimentação estão as relacionadas ao estilo de vida, caracterizado pelo consumismo, altamente difundido e incentivado pela mídia, incluindo o relacionado a alimentos (TARDIDO E FALCÃO, 2006).

Segundo, Monteiro e Cannon (2012), com a penetração no mercado de indústrias transnacionais de alimentos ocorreram mudanças no sistema alimentar, com os alimentos prontos para o consumo substituindo o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados, tendo estas mudanças ocorrido tanto em países desenvolvidos, quanto nos em desenvolvimento, em momentos distintos. Desta forma, com o aumento da oferta de produtos ultraprocessados, como refrigerantes e *snacks*, acompanhados da redução relativa de seus preços, houve a gradativa substituição de dietas tradicionais (baseadas em alimentos), pelas compostas por ultraprocessados (MONTEIRO, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), uma das principais causas da atual pandemia da obesidade foi o aumento da produção e do consumo de alimentos processados. Alimentos prontos para o consumo, processados ou ultraprocessados, quando comparados com alimentos in natura ou minimamente processados, possuem maior densidade calórica, maior palatabilidade, maior teor de

açúcar livre, de sódio, de gorduras totais e saturadas, e menor concentração de fibras alimentares e de proteínas (MONTEIRO, LEVY, CLARO, DE CASTRO e CANNON, 2011).

O atual ambiente oferece influência de oportunidades e de condições ambientais para a adoção de hábitos de vida por indivíduos, relacionados ao desenvolvimento da obesidade, como mostra a quadro a seguir.

Quadro 1: Contextos sociais, econômicos e culturais facilitadores para a obesidade

Fonte: Ministério da Saúde, 2006.

O quadro 1 aponta para fatores sócio-culturais e econômicos, em diferentes níveis, que facilitam o estabelecimento da obesidade. Mostra um contexto, além do individual, que contribui para a formação de um meio propiciador do quadro. Ou seja, se há um determinado comportamento alimentar individual, há também que se considerar as condições em que estes indivíduos estão inseridos, as quais, em conjunto, favorecem o desenvolvimento da obesidade.

No ambiente obesogênico, um dos fatores cruciais é o forte incentivo pela indústria de alimentos ao consumo de produtos alimentícios com alto valor calórico, os

quais, embora sejam potencialmente causadores de obesidade, estão sempre acompanhados de propagandas associadas à saúde, beleza, bem estar, juventude, energia e prazer. Para inserção destes hábitos e práticas alimentares no cotidiano, a mídia tem papel chave, através do marketing associado ao consumo indiscriminado destes produtos alimentares e também dos provenientes de restaurantes *fastfood* (TARDIDO E FALCÃO, 2006).

No capitalismo pós-moderno, com o forte investimento da mídia nas propagandas, sendo muitas destinadas às crianças, havendo o forte estímulo ao consumo, ao ter; “e o consumo de alimentos cabe perfeitamente na ânsia desta questão, pois é algo imediato, um consumo que traz com ele uma sensação de prazer e alívio instantâneos” (FREITAS, 2009, p. 25).

O fator ambiental está relacionado a condições do meio para o estabelecimento da obesidade. Conforme apresentado, o processo obesogênico foi sendo formado em momentos de mudanças econômicas e demográficas, com a urbanização e industrialização crescentes..

A participação da genética no estabelecimento da obesidade estaria relacionada à eficiência no aproveitamento, no armazenamento e na mobilização dos nutrientes ingeridos; ao gasto energético, em especial a taxa metabólica basal; ao comportamento alimentar e ao controle do apetite (FRANCISCHI PEREIRA, FREITAS, KLOPFER, SANTOS, VIEIRA e LANCHÁ JÚNIOR, 2000 e SICHIERI, 1998). Além disso, diversos estudos apontam para o maior risco de ocorrência de obesidade para filhos de pais obesos, como os de Engstrom e Anjos (1996) e de Poskitt (1978).

Mas o que estaria levando os indivíduos a optar pelo consumo excessivo de alimentos pode também estar relacionado a fatores psicossociais, havendo, como afirmou Barboza (2013), além da influência da genética e do ambiente, a influência de componentes psicossociais, como serão discutidos a seguir.

Como descrito por Varela (2006), apesar de encontrada atualmente como um problema de saúde pública, a obesidade é um assunto antigo: desde o período Paleolítico (20 mil até 30 mil anos a.C.), já havia representações de corpos obesos, simbolizando fertilidade e abundância. Período no qual a fome era considerada uma possibilidade de desastre à humanidade e a gordura era tida como um ideal (VARELA, 2006).

Segundo Varela (2006), relatos a respeito da obesidade e distúrbios emocionais são antigos: no século XIX, na literatura médica francesa, este estado era atribuído a momentos de grande estresse emocional, como perda de ente querido e partida de companheiros para guerra (VARELA, 2006). O que chamava atenção nestes momentos era a velocidade com que ela se instalava (VARELA, 2006).

Estes dados trazidos por Varela (2006) apontam para a influência do fator emocional no desenvolvimento do peso excessivo e para o possível terreno trazido na pós- modernidade que facilita o estabelecimento do quadro, que já existia, mas que encontra local e período de tempo favoráveis na atualidade.

Freitas (2009) é uma das autoras que aborda a obesidade como uma forma de expressão de uma desordem do sujeito. Segundo Freitas (2009), a leitura do corpo para a medicina e para a psicanálise são distintas. Para a primeira o corpo obeso é tido como adoecido, como uma síndrome com diversas causas, que precisa ser tratado e medicado; já para a psicanálise, este é tido como um investido de pulsão, um corpo libidinizado, construído pelas primeiras relações. Assim, essa autora explica que, na psicanálise, o que se busca compreender é o que o sujeito quer expressar, dizer, através de seu corpo acometido pelo excesso de gordura, o qual está sendo utilizado pelas vias psíquicas como uma maneira de manifestar uma desordem do sujeito.

Acerca do conceito “pulsão”, Freud aponta que:

A pulsão nos aparecerá como um conceito-limite entre o psíquico e o somático, como representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida da exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo (FREUD, 1915, p. 148).

O modo como o indivíduo com obesidade se alimenta seria tido, segundo Azevedo e Spadotto (2004), como um sintoma superdeterminado por causas psicológicas e emocionais inconscientes, utilizado pela pessoa como forma de lidar com suas questões psicológicas, um mecanismo selecionado dentre muitos outros possíveis, para lidar com os seus conflitos internos. Neste sentido, estes autores recorrem a outros psicanalistas para explicar que na obesidade ocorre uma regressão à fase oral, uma fixação a esta, estando relacionada à figura materna, sendo esta a responsável pela nutrição da criança.

Segundo Machado (2009), a obesidade infantil traz uma expressão escrita no corpo, na qual há necessariamente a noção de “reabastecimento” constante, que sugere a

ideia de um “saco sem fundo”, cogitando poder acontecer algo que coloca obstáculos no registro da fome ligada ao afeto, à saciedade, ao prazer e à segurança, em que a comida passa a estar ligada a adição, como uma forma de evitar o encontro com a falta.

Seguindo esta mesma linha, Neto (2005, p. 103) explica que:

O aumento de casos de transtornos alimentares na atualidade poderia ser entendido como fruto do modo de organização da sociedade, na qual o alimento não promove a união, mas serve de artifício ante a angústia, daí o excesso de comida na obesidade, para preencher o vazio interno, ou a sua recusa, na anorexia, como modo de demarcar seu próprio desejo ante o Outro.

Freitas (2009) explica que, com a finalidade de compreendermos a construção do corpo, em psicanálise, é preciso entrar na base das relações primordiais; para assim, dialogar com a pós-modernidade e suas possíveis influências na formação da subjetividade, principalmente na relação entre mãe e bebê. Para esta autora, a obesidade infantil pode ser fruto de mudanças nesta primeira relação, sendo:

Inegável a relevância do momento histórico atual: as características que a pós-modernidade oferece como pano de fundo para a produção da obesidade gerando influências que abarcam desde os meios de diversão, as formas de alimentar até a maneira de subjetivação e vivência das relações humanas. Desta forma, a obesidade infantil pode ser questionada enquanto forma de resposta do corpo frente às novas formas pregadas pelo contexto cultural pós-moderno de hábitos de vida que atravessam as relações humanas, em especial a relação mãe/bebê (FREITAS, 2009, p. 27 e 28).

É importante salientar que, atualmente, há diversos estudos científicos apontando para outros fatores etiológicos da obesidade, além dos discutidos nesse item, como o papel das dietas restritivas, amplamente difundidas e inseridas em âmbito sócio-cultural, que poderiam estar acarretando em desfechos fisiológicos, como acúmulo de energia pelo organismo, e em comportamentos alimentares relacionados ao aumento de peso.

O corpo na pós- modernidade e o consumo como valor

Nesta era, como afirmou Bittencourt (2009, p. 64), “o consumo se torna consumismo, prática decorrente do vazio existencial do ser humano que, para fugir de sua própria fragmentação pessoal, entorpece o seu psiquismo com o ato de obter bens

materiais”. Assim, seguindo esta lógica distorcida, quanto mais se tem, maior o bem-estar associado (BITTENCOURT, 2009).

Para Fromm (1987, p. 45):

Em resumo, consumir é uma forma de ter, e talvez a mais importante da atual sociedade abastada industrial. Consumir apresenta qualidades ambíguas: alivia ansiedades, porque o que se tem não pode ser tirado; mas exige que se consuma cada vez mais, pois o consumo anterior logo perde a sua característica de satisfazer. Os consumidores modernos podem identificar-se pela fórmula: Eu sou = o que tenho e o que consumo.

Nesta era pós-moderna há a falta de laços afetivos nas relações, além da falta de estabelecimento de limites (FREITAS, 2009). O corpo adquire uma função social, como algo externo ao sujeito, que o inclui ou o exclui de grupos, sendo alvo da mídia e da moda, passível de manipulação (FREITAS, 2009). É um corpo ignorante às suas funções, tendo auxílio para parir, para gestar etc; às suas necessidades; e que necessita sempre de reparos- cirurgias, academia etc; além disso, é mudo, impossibilitado de falar; apesar de que, fala assim da mesma forma, mesmo que na forma dos sintomas que retornam ao indivíduo e da destrutividade, estando dentro desta as relações destrutivas, como as relacionadas ao alimento (FREITAS, 2009).

Como apresentado anteriormente, na atualidade, a indústria de alimentos trouxe uma gama de produtos alimentícios, sempre acompanhados do marketing, do incentivo ao consumo, aproximando-o mais de um bem de consumo do que de prazeres decorrente do ato de se alimentar. Segundo Hamburger (1951), a fome é a expressão fisiológica da necessidade do corpo por energia (comida) e o apetite é um desejo psicológico de comer, o qual está intimamente associado a estados emocionais.

No entanto, este desejo é sempre inatingível, sendo, portanto, a insatisfação inerente para algumas pessoas, a qual, gradativamente, se transforma em compulsão, em vício e em excessos- compulsão esta advinda de uma ansiedade psicológica vinda de um sujeito incapaz de atingir uma satisfação duradoura, que o leva ao adoecimento psíquico (FABRE, 2012). “Comportamentos compulsivos, estresses, depressão, ansiedade, entre outras, estão se tornando comum nos modos de ser e de viver das pessoas que buscam o padrão que o mercado e a mídia estabelecem” (FABRE, 2012, p. 17). Como afirmado por Bittencourt (2011, p. 108): “(...) mantendo-se assim um círculo vicioso que une vazio

interior, ansiedade, frustração psicológica e estímulo para novas aquisições materiais (...).”.

Assim, este corpo distante de suas necessidades, de suas funções, do sujeito que o habita e cumprindo uma função externa, servindo, como afirmou Freitas (2009), de gabinete para o que a sociedade espera dele, passa a falar como pode.

Como afirmado por Mendes e Próchno (2004), Freud deu grande importância às influências psíquicas no corpo, principalmente nas pacientes histéricas de sua época, que acompanhou em suas práticas clínicas e descrições teóricas. Os sintomas são históricos e inseridos em um determinado contexto, tomando, o sofrimento humano, novas formas e representações corporais (MENDES E PRÓCHNO, 2004).

O corpo obeso é o repleto de vazio e ao mesmo tempo de comida, interrogado de sua mais primária necessidade: a fome (VARELA, 2006). Com relação à necessidade fisiológica, é fundamental para o fornecimento de energia necessária para crescer, trabalhar, se desenvolver; mas, quando vai além desta necessidade, o comer já serve para atender a outras demandas (VARELA, 2006). De acordo com este mesmo autor, o corpo pulsional é aquele que a necessidade não consegue satisfazer, é irreduzível ao instinto, sendo este relacionado ao desejo, ao corpo erógeno, atendendo além da necessidade fisiológica.

De acordo com Freitas (2009), fazendo referência a relação mãe- bebê, o papel da mãe é de uma para- excitadora, quem media as sensações internas do bebê, sendo o psiquismo da criança estruturado à mercê desta primeira relação e ditando a dinâmica que este terá com o seu corpo. A mesma autora afirma que o corpo do obeso seria resposta a uma pulsão, ao corpo pulsional, que desorientado, encontra no alimento um excesso para o preencher uma falta- a libinização e a busca deste como meio de encontrar o que na relação mãe- bebê escapou.

O simbolismo do alimento e a formação da relação mãe/bebê

“Meio de prazer e de desejo, no primeiro caso atende ao corpo e, no segundo, à memória; através da alimentação mergulhamos nos recônditos da subjetividade” (GARCIA, 2004). De acordo com Souto e Ferro- Bucher (2006, p. 694)

O ato de comer transcende o valor nutritivo e as características sensoriais do alimento, possuindo motivações ocultas relacionadas às carências psicológicas e às vivências emotivas e conflituosas que independem da fome.

O alimento, simbolicamente, significa amor, predominantemente maternal, e os seios maternos a primeira fonte de desejo e de gratificação (BYCHOWSKI, 1950). Assim, para compreender a relação com o alimento é interessante buscarmos seus primórdios. É uma das primeiras relações do bebê com o mundo externo. Nas fases descritas por Freud, na qual a criança vive suas relações com os objetos do mundo, tem-se a primeira como a oral, em que o prazer está ligado à ingestão de alimentos e à excitação na mucosa dos lábios, sendo o objetivo a incorporação do objeto, se relacionando assim com mundo (VARELA, 2006).

Como afirmado anteriormente, há a fome respondendo a uma necessidade e a fome respondendo a uma pulsão. No início da relação com o alimento, há tanto o instinto, o leite que alimenta, quanto a pulsão, pela excitação dos lábios e da língua pelo peito, produzindo uma satisfação independente da fome- portanto, a pulsão se apoia no instinto, ambas caminhando juntas, apesar de terem objetos diferentes: o da fome é o leite, enquanto que o da pulsão é o seio da mãe (VARELA, 2006).

De acordo com Freud (1927), na formação da subjetividade é imprescindível o outro, uma vez que o homem, frente a todos os animais, é o mais dependente, o mais desamparado, tendo no seu início da vida dependência inclusive para sobreviver- assim sendo, a passagem do estado de natureza para o de cultura dependente do outro.

A relação entre mãe (ou quem desempenha tal função) e bebê é fundamental para sua constituição enquanto sujeito, para estabelecer laços emocionais e inseri- lo em uma cultura (FREITAS, 2009).

A função de maternagem pode ser exercida por qualquer pessoa que supra as carências fisiológicas do bebê e faça para ele a decodificação de suas próprias sensações, anseios, temores e desejos e, dessa forma, vá dando significado ao que ele percebe sensorialmente com sua visão, seu olfato, sua audição e todos os outros sentidos. Esta significação empresta, além de possibilidades de um conhecimento prático, as bases para o desenvolvimento da segurança (...). Quanto mais uma base sólida tenha sido formada, mais será possível a vivência no mundo das relações. (FREITAS, 2009)

Para esta autora, na pós-modernidade, as mudanças advindas nas relações também ocorreram entre mãe e bebê, defendendo que estas podem estar relacionadas à atual epidemia de obesidade.

A construção social do ser mãe

“O modo mais eficiente para desconstruir algo que parece evidente, sempre dado, imutável, é demonstrar como esse algo se produziu, como foi construído” (STREY, CABEDA E PREHN, 2004).

Como afirmado por Stellan, Monteiro, Albuquerque e Marques (2011, p. 171):

Sabemos historicamente que nem sempre a mulher exerceu este papel de mãe devotada aos filhos. Até por volta do século XV e XVI, os sentimentos de família e de infância eram inexistentes. Cenas de família eram raras, embora houvesse a instituição família propriamente dita, enquanto realidade vivida.

Socialmente existe o arquétipo da mãe, o qual é construído e moldado no decorrer dos diferentes períodos de tempo, de acordo com a economia, a cultura, a influência de órgãos de poder, como a igreja, entre outros fatores. Estas constatações foram abordadas no livro “Um amor conquistado: O mito do amor materno” (1985), de Elisabeth Banditer. Na obra, a autora procurou mostrar a existência de um amor materno socialmente e culturalmente construído, o qual é dependente da época e dos costumes e não um instinto inato, algo adquirido, pertencente a sua natureza e independente do tempo e do meio que o cercam.

Para isto, a autora realizou uma extensa revisão bibliográfica, em que analisou a conduta das mães frente aos filhos, na França, nos seguintes períodos: séculos XVI; XVII até final do XVIII e deste até o momento atual. As principais ideias destas épocas discutidas no livro estão descritas a seguir.

No século XVI, mimos e tolerância da mãe frente aos filhos eram combatidos. Carícias e ternura eram tidos como frouxidão, moralmente culpáveis por estragar a criança. Quanto à amamentação, condenava-se que esta fosse voluptuosa, uma vez que a mãe poderia perder moralmente seus filhos. No entanto, esta prática era aceita, somente o excesso que não, já que este era uma fonte de má educação (BANDITER, 1985).

No período compreendido entre o século XVII e o final do XVIII, tinha-se a ideia da criança como um estorvo, uma desgraça. Nesta época, particularmente o lactente era tido como um fardo insuportável para os pais. E assim existia uma série de soluções para este fardo, que ia do abandono físico ao moral da criança.

O primeiro sinal da rejeição do filho pela mãe estava na recusa à amamentação. Esta recusa culminava na procura por uma ama de leite. Assim, de acordo com o

recurso financeiro da família, a ama se estabelecia na casa da família ou a criança era enviada ama, retornando por volta dos cinco anos de idade, sendo que no decorrer deste período o contato com os pais era praticamente nulo.

No século XVIII, o hábito de enviar a crianças a amas se generalizou, principalmente entre as burguesas, uma vez que estas “tinham mais o que fazer”. Não somente a burguesia, mas as demais camadas da sociedade urbana passaram a praticar este costume.

Em 1780, dados mostravam que dentre 21 mil crianças nascidas, menos de mil eram amamentadas pela mãe, mil eram amamentadas pela ama na casa da família e as 19 mil restantes eram enviadas para casa de uma ama, estando a maioria destas em um local distante da casa dos pais da criança.

É interessante notar que, nesta época, mesmo as mulheres que poderiam ficar com os bebês e amamentar, não ficavam, uma vez que isto era moralmente aceito. A opção destas mulheres era determinada pela influência da ideologia dominante, da ideia de que o marido era o centro da família e ele quem deveria ter a prioridade, não dando esta atenção às necessidades do bebê. Este costume também estava relacionado à possibilidade da mulher se livrar deste fardo, deste empecilho para a sua vida conjugal e também para os seus prazeres, para a sua vida mundana.

A amamentação naquela época era vista como ridícula e repugnante. As mães, sogras e parteiras desencorajavam as mulheres a amamentar. Os maridos também recusavam este ato, pois restringia a sua sexualidade, além de muitos terem aversão pelo ato de amamentar, pelo forte cheiro de leite que a mulher ficava.

Os documentos históricos desta época mostravam uma recomendação de frieza. Tinha-se a ideia de que “para que se interessar por um pequeno que tinha tanta chance de morrer antes de um ano”, evitando-se se apegar para não “sofrer”. A partir daí, pode-se concluir que este “amor” também variava segundo as dificuldades externas.

No século XVII ao final do XVIII, a educação das crianças seguia um ritual: colocação na casa de uma ama, retorno ao lar com cerca de 5 anos e partida para um convento ou internato, sendo que, no caso das meninas, ao retornar, o destino era o casamento.

No último terço do século XVIII o cenário da relação mãe e filho começou a apresentar mudanças. Diversos argumentos passaram a ser propagados para convocar a imagem da mãe em sua atividade instintiva. Para isto, apelou-se para o senso do dever, da culpa e da ameaça frente à sua função nutrícia, devendo esta ser natural e espontânea.

Foi após 1760 que multiplicaram as publicações recomendando às mães o cuidado com os filhos, as “ordenando” amamentar. Elas impõem à mulher a obrigação de ser mãe antes de tudo, engendrando o mito que pendurará até os dias atuais: o do amor espontâneo e inato de toda mãe pelo filho.

Se, em outrora, se insistia tanto na autoridade paterna, neste fim do século XVIII o essencial é simplesmente produzir seres humanos que serão a riqueza do Estado e, portanto, é preciso a qualquer preço frear a mortalidade infantil. Assim, para este salvamento, foi preciso convencer as mães a se aplicarem às suas funções “esquecidas”, o que foi feito por moralistas, administradores, médicos e outros da época, através de discursos econômicos e filosóficos.

Para as mulheres mães, passaram a insistir nas ideias dos atrativos da maternidade, afirmando não haver ocupação mais agradável do que zelar pelos filhos, a propagar os elogios às belezas das lactantes, como sobre seus seios fartos, a frescura de duas peles e suas aparências saudáveis.

As mães que se negavam a amamentar passavam a ser alvo de ameaças, com ideias de vingança e punição caso ela negasse assumir a sua natureza, se propagando a ideia da “mãe má”. A nova mãe, “a boa mãe”, passou a ser o papel mais gratificante da família e o primeiro índice desta mudança de comportamento foi a retomada à amamentação do próprio filho. A sobrevivência das crianças apareceu como um imperativo moral e a expressão de uma nova afeição materna.

Como visto, a figura da mãe construída traz uma restrição do poder e da autonomia da mulher, acarretando em ameaças e culpa, caso não seja exercida da forma determinada.

Estes achados históricos mostram que muito do que se tem hoje como “inato” é formado pelo que é esperado da mulher e que sentir somente sentimentos bons e altruístas perante aos filhos faz parte deste contexto.

É importante salientar que, dentro das correntes da psicologia, a psicanálise muito contribuiu para a formação do sentido da maternagem. Esta, segundo Grant (2001), fez da mãe o personagem central na determinação da saúde ou da doença psíquica da criança.

Com relação aos autores psicanalíticos que contribuíram para esta visão, destaca-se, por exemplo, Winnicott, que deu bastante importância às primeiras vivências da relação mãe e filho e ao vínculo formado (BORSA, 2007). De acordo com a teoria winnicottiana, por meio da presença da mãe continente e flexível que é possível

o desenvolvimento saudável da criança e, quando este cuidado apresenta falhas, apresentando carências, poderá haver o comprometimento da subjetividade do bebê (BORSA, 2011).

O papel materno e as suas possíveis consequências

"Não se nasce mulher, torna-se mulher"- identidade sexual é resultado de uma construção e não um dado natural, biológico (BEAUVOIR, 1953). Em contraponto a liberdade almejada por Beauvoir, alguns autores descrevem o “modelo Maria” da mulher ideal, construído socialmente, na qual a mulher ideal é tida como a mártir, aquela que se auto-sacrifica, que é submissa aos homens e que é uma boa esposa e mãe (DESOUZA, BALDWIN e ROSA, 2000).

Este modelo firma o ideal feminino passivo e de auto-abnegação (González, 1982), também sendo chamado de síndrome da mulher auto-sacrificada (LARA-CANTÚ e NAVARRO- ARIAS, 1987, p. 332-333). Segundo Del Priore (1993), este modelo faz parte da “domesticação” da mulher, no sentido de torná-la responsável pela casa, família, casamento e procriação, tendo nesta a figura da “santa mãezinha”, a qual é ligada à pureza da Virgem Maria- provedora, piedosa, assexuada e dedicada.

De acordo com Del Priore (1993), esta imagem da mulher está, inclusive, presente no vocabulário, evidenciado em análises de termos linguísticos do dia a dia, os quais revelam uma ideia de atividade masculina e de passividade feminina, na qual o papel do macho é o de “comer” e o da fêmea é o de “dar”.

Diante do ideal de mulher está seu papel enquanto mãe. Segundo Mercer (1981), quando em posição social de mãe, a mulher passa a vivenciar o que é exposto externamente a partir de normas e diretrizes para esta posição. No papel materno são esperados enormes sacrifícios em tempo integral, inclusive com sentimentos bons e plenos frente a estes; com a imagem da mulher mártir e da mãe boa- aquela que só sente amor (AZEVEDO E ARRAIS, 2006).

De acordo com a perspectiva de gênero, a maternidade é construída e não instintiva, uma construção sócio- cultural, que normatiza a forma como criar e realizar certos papéis frente aos filhos (FORNA, 1999). Nesta ideia está calcado o mito de mãe perfeita (FORNA, 1999). Neste sentido, acredita-se que, por a mulher gerar os filhos, ela deve desenvolver um amor inato à sua cria, sendo a pessoa melhor capacitada para cuidar dela (FALCKE E WAGNER, 2000).

“Há uma imagem da maternidade aderida na mentalidade dos indivíduos do grupo social em geral e, portanto, também na da mulher que vivencia o processo gravídico- puerperal”. Esta “identidade materna” é construída desde a gravidez, criando uma imagem idealizada do ser mãe para si mesmo e para o bebê, enquanto filho (RUBIN, 1984). Após o parto, o grupo social no qual a mulher está inserida reforça a sua identificação com o papel de mãe, incluindo as ações relacionadas a este, as quais a mulher passa a assumir (RUBIN, 1984).

Segundo Maldonado, Dickstein, & Nahoum (2000), grandes expectativas quanto ao papel social esperado podem levar a mulher a significativas alterações em sua identidade e a estados temporários de desequilíbrio, em alguns casos.

Em “O mito da mãe exclusiva” (AZEVEDO E ARRAIS, 2006), foi estudado o fenômeno da depressão pós- parto e foi observado que, por não conseguirem atingir o ideal de mãe, o qual é reforçado pela mídia (propagandas, programas televisivos, filmes, entre outros), as mulheres têm recorrentemente o sentimento de fracasso e de culpa.

Estes, segundo Parker (1997), são decorrentes da ambivalência materna, na qual coexistem lado a lado, em relação ao filho, sentimentos de amor e ódio. Segundo este autor, amor e ódio são sentimentos recorrentes nas mães e a culpa provocada por estes sentimentos conflitantes é dificilmente aceita pelas mesmas, o que as leva a dirigir a hostilidade contra si mesmas. Azevedo e Arrais (2006) relacionam o sentimento de culpa, decorrente à ambivalência de sentimentos, ao masoquismo materno, o qual, segundo a autora, tem maior tendência a ocorrer em mães que se propõe a atender rigidamente aos critérios de mãe idealizada. De acordo com Parker (1997), a estrutura masoquista ocorre como uma tentativa de lidar com e de se defender da culpa evocada pelos sentimentos negativos. Como consequência, na tentativa de absolvição de sentimentos conflitantes que as enchem de culpa, mães adotam maneiras excessivamente generosas, hiperaltruístas (Parker, 1997).

Assim, o meio social e cultural em que a mulher está inserida exerce fundamental pressão em sua função materna, a qual não há lugar para sentimentos negativos, culminando em ambivalências internas, em culpa e em atitudes compensatórias pela tentativa de alcance e correspondência ao idealizado.

A mãe na pós- modernidade e um possível olhar para as raízes da obesidade

Nos séculos XX e início do XXI, o que se espera da mulher, enquanto no papel de mãe, é que ela seja suficientemente “boa” diante de seus filhos, o que implica em

tempo e disponibilidade (CATÃO, 2002). Esta é a mesma mulher que ganhou atualmente espaço na sociedade e que trabalha fora, estuda e busca independência (FREITAS, 2009).

Apesar da mulher ter novas identidades e ganhar espaço na sociedade, na atualidade, há estudos como o de Wagner, Predebon, Mosmann e Verza(2005) que trazem dados de que a alimentação continua a ser relacionada ao papel materno.

Estes dados referentes ao papel da mulher na família e ao dela como mãe podem ter sido encontrados devido às construções sócio- culturais que envolvem o “ser mãe” (ASSUNÇÃO, 2008).

Segundo Freitas (2009), estando inserida na atual sociedade, a mulher é “vítima” da formatação das relações vazias, da forte preocupação com o corpo estético, das dúvidas frente a este (dar conta de parir, de amamentar, de cuidar), do individualismo, do tempo curto e das relações afrouxadas, inclusive nas de pais e filhos. Este afrouxamento na relação entre pais e filhos está também associado à dificuldade dos pais em delimitar limites, em que “ceder virou quase que um sinônimo de amor”, oferece-se materialmente o que a mídia aponta como desejo (FREITAS, 2009, p. 45). “As mães pós-modernas mostram-se perdidas, num fogo cruzado entre diversos focos, prazeres, deveres e direitos. (FREITAS, 2009, p. 47)”.

A autora prossegue, recorrendo a Totem e Tabu, em que Freud aborda a função do alimento como promotor do enlace social, explicando que, quando incapaz de promover tal função, torna-se compensador para a angústia. Assim, um espaço vazio que não é preenchido pelo sujeito com uma ligação, pode ser preenchido por qualquer substituto que ilusoriamente sustente esta ligação (mesmo que ineficaz)- e o alimento cumpre bem este papel na atualidade, sendo passível de se tornar “objeto de desejo a ser investido de pulsão, já que na relação com o outro é o primeiro meio de ligação que serve tanto à exigência fisiológica da fome quanto à necessidade humana de amor” (FREITAS, 2009, p. 10).

A mesma autora explica que, quando a mãe é incapaz de ser continente para a proteção do bebê frente às sensações do meio externo e de decodificar e saciar as suas sensações internas, a libido (que no início da vida tem a função de auto- preservação) pode ser ligar a outras vias e libidinizar nas mesmas funções vitais (FREITAS, 2009). A autora continua explicando que:

Por sua incapacidade maturacional de elaboração da situação que não lhe pertence diretamente, a

criança tem como recurso único a representação dessa angústia que lhe é passada assimilando as funções vitais (...). A obesidade infantil passa a ser aqui localizada como uma forma sintomática de uma relação que encontra na alimentação a possibilidade de expressar e/ou extravasar a angústia que não pode ser contida nem canalizada na relação mãe/ bebê (FREITAS, 2009, p. 47).

Como afirmou Freitas (2009, p. 47): “o individualismo pós-moderno não coincide com a doação, partilha e pensamento coletivo que a função materna exige”. Pela compreensão do que foi exposto anteriormente, pode-se afirmar que há uma necessidade da criança por um suporte em seu início da vida, uma vez que ela é completamente dependente e é nesse momento que se forma sua subjetividade, se estrutura o seu psiquismo e a forma como irá lidar com seu corpo.

Apesar desta necessidade e importância deste cuidado inicial deste “outro”; há também, devido à cultura, a ideia social e cultural formada acerca do ser mãe, que envolve, por exemplo, a doação e dedicação e que ignora e condena sentimentos contrários e naturais à maternagem. Como afirmou Azevedo e Arraias (2006), a nova mãe se veste do manto da antiga, das velhas representações, pois continua havendo a cobrança da mãe idealizada em confronto com novas exigências culturais.

Não sabem e nem querem cuidar dos seus filhos como suas mães faziam. Elas têm outros interesses, desejos, informações, expectativas e, sobretudo outras alternativas para se realizarem como mulher, que não estão mais restritas à maternidade. Novamente, observa-se um conflito na vivência do papel moderno de mãe, que acarreta mais dúvidas, angústias e, sobretudo em culpa, que se revelam através da (des)conhecida ambivalência materna (AZEVEDO e ARRAIAS, 2006, p. 270).

Sobre este contexto cultural e social que o papel materno está inserido, Freitas (2009, p. 95) discorre, afirmando que:

Inventou-se o conceito de maternagem e, com ele, uma série de características e funções que as mães tinham que ter ou desenvolver para proteger e educar seus filhos. Há uma frase popular que diz: “mãe é mãe.” Uma frase, a princípio, inofensiva, que quer valorizar as condutas maternas. Quais? Bom, as de ceder, priorizar, engrandecer, cuidar, alimentar, proteger, conduzir seus filhos. Uma responsabilização pela cria.

Esta mesma mãe, como afirmou Freitas (2009), está esvaziada de si e inserida na cultura capitalista pós-moderna que exige prover aos filhos toda a gama de produtos e de bens de consumo- ou seja, a sociedade e a cultura vêm atingindo esta mãe/ mulher/ cuidadora, afetando a relação entre mãe e filho. Para a autora, a obesidade infantil é questionada como uma possível tentativa de laço com o outro, sendo o alimento uma forma de contato entre mãe e filho. “Sendo libidinizado, é também o alimento que fará o laço na relação: é por meio dele que mãe e filho podem se encontrar, mesmo que no desencontro, e que acriança percebe e sente que a mãe a consegue enxergar” (FREITAS, 2009, p. 95).

Para a autora, o corpo obeso esconde um sujeito vazio, o qual esconde uma relação vazia. Para ela, a colagem, necessária entre mãe e bebê no início do desenvolvimento da criança, não ocorre e esta daria lugar para a entrada do alimento como substituto. “Uma não-colagem que coloca o alimento como possibilidade de laço e realça a pulsão oral como traço na vida do sujeito” (FREITAS, 2009, p. 61). Na pós-modernidade, afirma, a mãe vem sendo afetada e assim esta primeira relação- a mulher que trabalha fora de casa e tem a necessidade de conseguir dar aos filhos o que o mercado oferece, os produtos que supostamente trarão a felicidade de seus filhos. O alimento, sendo também um bem de consumo veiculado a mídia e ao marketing, entra também como um objeto de desejo a ser investido por uma pulsão, uma vez que na relação com o outro é o primeiro meio de ligação, suprimindo a necessidade fisiológica da fome e também a necessidade humana de amor, explica a autora.

Compreende-se que a obesidade é um fenômeno complexo, que possui diversos determinantes, como o meio ambiente, o qual, como mostrado, pelas mudanças ocorridas nas últimas décadas se tornou propiciador deste quadro. Este estudo considera estes aspectos e busca compreender o fenômeno da obesidade a partir das relações de mãe de criança com obesidade com sua mãe e dela com seu filho. Lança a hipótese de que a relação anterior desta mulher com sua mãe pode influenciar no seu modo de cuidar de seu filho e a questão de quais aspectos referentes este cuidado, trazidos de uma relação anterior, poderiam estar relacionados ao quadro de obesidade.

O objetivo do estudo é compreender as vivências relacionadas à alimentação de mães de filhos obesos com as suas próprias mães e a forma como esta relação pode influenciar no modo como lidam com a de seus filhos.

CAPÍTULO II: Procedimentos Metodológicos e Descrição das Participantes

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual, segundo Turato (2005), tem-se como foco a significação atribuída por um indivíduo ou por um grupo de indivíduos a um fenômeno que vivenciam, ou seja, a interpretação de fenômenos em termos das significações que as pessoas dão para estes.

Segundo Martins e Bicudo (1989), o significado de fenômeno vem da expressão grega *fainomenon* e deriva do verbo *fainestai* que quer dizer mostrar-se a si mesmo. Assim, *fainomenon* significa aquilo que se mostra, que se manifesta. *Fainestai* é uma forma reduzida que provém de *faino*, que significa trazer à luz do dia. *Faino* provém da raiz *Fa*, entendida como *fos*, que quer dizer luz, aquilo que é brilhante. Em outros termos, significa aquilo onde algo pode tornar-se manifesto, visível em si mesmo. (...) *Fainomena* ou *fenomena* são o que se situa à luz do dia ou o que pode ser trazido à luz. Os gregos identificavam os *fainomena* simplesmente como *taonta* que quer dizer entidades. Uma entidade, porém, pode mostrar-se a si mesma de várias formas, dependendo, em cada caso, do acesso que se tem a ela (MARTINS E BICUDO, 1989, p. 21).

Morse e Field (1995) descrevem a metodologia qualitativa como sendo subjetiva, indutiva, e orientada para a compreensão de um processo e para o desenvolvimento de teorias referentes a este. Turato (2005, p. 509) discorre sobre o termo teoria, afirmando que o método qualitativo “tem o fim comum de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum”.

As participantes da pesquisa foram doze mães de crianças ou de adolescentes diagnosticados com obesidade, dos quais um estava em tratamento no Ambulatório de Obesidade Infantil do Instituto da Criança do HCFMUSP e os demais em tratamento ou em fila de espera na Liga de Obesidade Infantil do HCFMUSP.

O número de participantes foi determinado pela saturação dos discursos, isto é, pelo momento em que surgiu a convergência, o invariante, ou seja, quando as falas dos sujeitos começaram a se repetir.

Procedimentos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Além disso, antes da realização das entrevistas, através da utilização de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), as participantes foram informadas sobre a natureza da pesquisa e seus procedimentos; a garantia de esclarecimento, a liberdade de recusa e a garantia de sigilo do entrevistado; e assinaram a declaração do participante. É importante ressaltar que o termo em anexo está com um título anterior da pesquisa, o qual foi alterado em momento posterior à coleta de dados.

Esta pesquisa segue os preceitos do Código de Ética para pesquisadores da ABA - Associação Brasileira de Antropologia, criado na Gestão 1986/1988 e alterado na gestão 2011/2012. A pesquisa teve apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Procedimentos utilizados para a realização da pesquisa empírica

Inicialmente, tinha-se como plano para a localização das mães participantes da pesquisa o Instituto da Criança do HCFM-USP. No entanto, para que esta pudesse ocorrer, haveria a necessidade de encaminhamento prévio ao comitê de ética em pesquisa do local. Devido ao tempo da tramitação, optou-se pelo contato com a Liga de Obesidade Infantil do HCFMUSP, no qual não haveria a necessidade de aprovação ética prévia, além da obtida na instituição proponente (Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo), para a seleção das participantes.

Na Liga Acadêmica de Obesidade Infantil do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, além de atendimento nutricional, há o psicológico e médico a crianças e adolescentes com obesidade. Foi realizado contato com a nutricionista do local através de e-mail, havendo encaminhamento de resumo do projeto e de pedido de autorização para seleção de participantes. Houve a autorização para coleta de dados no local, com sugestão de seleção de participantes em dia de triagem para novos pacientes.

Na data sugerida, pela impossibilidade de contato com os pais ou responsáveis pelos pacientes em triagem, uma das nutricionistas do local, com autorização prévia do chefe desta Liga, concedeu lista de contatos de responsáveis pelos pacientes já em atendimento ou em fila de espera no local.

Os critérios utilizados para a seleção das mães participantes foi o diagnóstico da obesidade em seus filhos (crianças ou adolescentes) pelo local de seleção das

participantes e a residência na cidade de São Paulo ou em cidades próximas, que fossem de fácil acesso à entrevistadora, em termos de tempo para deslocamento, como cidades do ABC Paulista e região.

Os contatos com as mães foram feitos via telefonema. A lista de contatos concedida era extensa e, por isso, grande parte das mães não foi contatada. Algumas das contatadas não aceitaram o convite para a participação, devido ao não interesse ou a não disponibilidade de tempo.

Os contatos foram sendo feitos, com os convites à participação, e as entrevistas agendadas, de acordo com as disponibilidades de horário das entrevistadas e da entrevistadora. Dessa forma, algumas das mães foram contatadas em momentos que outras já estavam sendo entrevistadas. Ou seja, de início não foram contatadas todas as participantes.

Das doze entrevistas, onze foram realizadas nos domicílios das participantes e uma em local público próximo ao HCFMUSP, por preferência da entrevistada, que estava em atendimento no local. Cada entrevista foi realizada em um único encontro.

Optou-se pelo domicílio como local para realização com a finalidade de observar in loco o cotidiano e a dinâmica familiar, além de possibilitar uma melhor fala e escuta, em lugar de maior intimidade da entrevistada.

No início da entrevista, aplicou-se um questionário com questões referentes à participante: nome, idade, escolaridade, local e pessoas com quem reside, situação empregatícia, número de filhos, estado civil, peso e altura. E questões referentes ao filho (a) com obesidade: nome, sexo, idade, peso, altura e com quem reside. Em anexo (III), o questionário utilizado, com informações referentes a uma participante e com alteração de nomes para os fictícios.

Os pesos e as alturas (das entrevistadas e de seus filhos) foram referidos pelas mesmas. As classificações dos estados nutricionais foram feitas a partir do IMC, seguindo critérios da Organização Mundial da Saúde (1998). Após este primeiro registro, passou-se a realização de entrevistas com o apoio do gravador. Inicialmente, na primeira entrevista, teve-se as seguintes perguntas norteadoras: “Conte-me sobre o dia a dia da família”, “Conte-me sobre o dia a dia da sua família quando você era criança e adolescente”.

A partir desta entrevista inicial, as perguntas norteadoras foram alteradas para: “Conte-me sobre o dia a dia da família (cuidado com alimentação, sentimentos)”, “Como era o seu dia a dia quando você era a filha?”, “Quando seu filho começou a

engordar?” e “Você define sua família como moderna?”. Estas se mostraram mais aptas a captar a questão do estudo e as entrevistas foram conduzidas, em seus decorrer, para a sua compreensão.

Seguiu-se o método da entrevista compreensiva, proposto pelo sociólogo francês Jean- Claude Kaufmann (2013), que propõe um processo circular entre a compreensão, a escuta atenta, o recuo do pesquisador e a análise crítica.

A escuta atenta foi essencial para a condução das entrevistas. Além disso, logo após a realização de cada uma destas, as percepções e os aspectos captados em seu decorrer foram anotados.

O material passou a ser escutado antes da marcação de nova entrevista, com outra entrevistada, a fim de melhor conduzir os encontros posteriores, focalizando em pontos que se mostraram mais importantes e de haver a produção e organização do mesmo em fichas. Kaufmann (2013) propõe que o material coletado em áudio seja escutado diversas vezes, dando início a redação em fichas. Segundo o autor (KAUFMANN, 2013), as fichas são essenciais na acumulação de observações captadas diretamente e de ideias ainda em seu “frescor inicial”, sem deixar de constituir um instrumento para “ultrapassar as incertezas do pensamento”, forçando-se a escrever o que vier a cabeça.

As fichas contaram com as informações coletadas nos questionários e com a organização do material coletado em áudio em categorias. Estas contiveram as passagens e informações relatadas por cada entrevistada e trechos transcritos de cada entrevista, os quais se mostraram marcantes e importantes. As fichas, ao final, contiveram também observações e percepções da entrevistadora acerca da entrevista, dos entrevistados e do local.

As seguintes categorias foram geradas:

- O carregar de um peso, a relação emaranhada e o distanciamento paterno;
- A questão com o corpo e a relação do afeto com o alimento;
- As atitudes alimentares das mães dos filhos obesos, o comportamento alimentar dos filhos e as vivências maternas na infância.

Os resultados da pesquisa estão apresentados no capítulo III. Neste capítulo, brevemente, houve uma discussão, a qual foi melhor fundamentada e interpretada, a partir de referenciais teóricos, no capítulo IV. Desta forma, teve-se a compreensão e a

elucidação do fenômeno Vivências alimentares e sentimentos de mães de filhos obesos: relação entre duas gerações.

Descrição das Participantes

A seguir, primeiramente, encontra-se um quadro com algumas informações referentes às entrevistadas e aos seus filhos, as quais são descritas detalhadamente na sequência do mesmo. É importante ressaltar que os nomes citados, das entrevistadas e de seus filhos, são fictícios.

Quadro 2: Informações referentes às participantes e aos seus filhos com obesidade

Participante			Filho			
Nome (fictício)	Idade (anos)	Profissão	Nome (fictício)	Idade (anos)	Estado Nutricional	Idade que passou a apresentar peso excessivo (anos)
Ivone	50	Empregada doméstica	Evandro	13	Obesidade grave	3
Sônia	43	Dona de casa	Pablo	14	Obesidade grave	Não relatado
Elaine	45	Manicure	Carolina	15	Obesidade grave	4 a 5
Amanda	45	Manicure	Bianca	10	Obesidade grave	4
Aparecida	44	Autônoma (vendedora de sonhos e empadas)	Fátima	9	Obesidade grave	“Sempre foi gordinha”
Priscila	42	Advogada	Danilo	11	Obesidade	5
Laís	30	Auxiliar administrativa	Márcio	10	Obesidade grave	Não relatado
Deise	52	Cabeleireira	Augusta	12	Obesidade	1 ½

					grave	
Marina	42	Dona de casa	Giovana	10	Obesidade grave	3 a 4
Arlete	40	Oficial administrativa	Érico	8	Obesidade grave	“Sempre foi grande”
Carmen	45	Professora de crianças especiais	Gabriela	11	Obesidade grave	6
Simone	46	Autônoma (vendedora de bolos) e dona de casa	Lívia	12	Obesidade grave	5 a 6 anos

Ivone

Ivone, 50 anos, trabalha como empregada doméstica e, atualmente, mora com seu filho, sua filha, o genro e os dois netos, no bairro do Jabaquara da cidade de São Paulo, em casa espaçosa e simples. A cozinha é grande, organizada e repleta de utensílios grandes (panelas, formas) e em sua geladeira havia um imã com foto de Ivone e seu filho abraçados.

Ivone relata sua preocupação com a atual situação de obesidade que seu filho apresenta: com 13 anos, Evandro está com obesidade grave (1,64 m, 130,3 kg e IMC: 48,45 kg/m²) e faz acompanhamento profissional no Ambulatório de Obesidade Infantil do Instituto da Criança do HCFMUSP.

Ivone é separada e conta que, atualmente, seu ex- marido, pai de Evandro, é bastante ausente na educação do filho, sendo ela a responsável pelos cuidados com ele. Relata que seu filho passou a engordar após a separação e que, nesta mesma época, passou a trabalhar fora.

Ela trabalha fora todos os dias da semana. Seu filho estuda de manhã e nas tardes faz cursos ou fica em casa sozinho.

Durante a entrevista demonstra a angústia que sente pelo estado de obesidade que seu filho apresenta, e conta:

Eu me sinto sozinha. Sozinha, não tenho uma pessoa pra me ajudar. Como eu cuido dele sozinha. A irmã dele que de vez em quando dá uma ajudinha, pouca coisa, porque ela também tem um

filho pequeno e não sei se é boa vontade dela. Então a minha correria é eu e ele, eu pra tudo, tudo, tudo. Então nessas horas que eu falo, eu fico estressada porque assim, eu não to vendo resultado, por mais que eu brigue com ele, eu vou ter que ficar até quando brigando e reclamando? É assim.

Sobre sua situação sócio- econômica atual, conta:

Eu não tenho muitas condições de ir, de comprar outros alimentos. Ou então, não sei se eu não tenho condições ou se eu não to bem informada, porque até às vezes a gente compra um arroz branco ao invés do integral e às vezes varia pouco centavos, então às vezes a gente compra o branco porque pensa que tá certo. Talvez seja uma falta de incentivo. Então eu não faço o certo, mas eu exijo dele “come pouquinho”, eu peço “come pouquinho”.

Evandro faz acompanhamento profissional há mais de um ano, com nutricionistas, pediatras, dentre outros profissionais, no Ambulatório de Obesidade Infantil do Instituto da Criança do HCFMUSP. No entanto, não apresentou mudanças no quadro de obesidade.

Sônia

Sônia, 43 anos, é dona de casa, mora em residência simples com seus quatro filhos (de 10, 14, 16 e 17 anos), marido e irmão, em Embu das Artes- São Paulo. Tem ensino médio incompleto e trabalha como dona de casa.

Frente ao seu serviço como dona de casa, afirma: “eu cuido de tudo e às vezes eu não cuido de nada. É porque eu saio mesmo”, “quando eu estou em casa, eu lavo, eu passo, eu cozinho, eu arrumo a casa”. Um de seus filhos, segundo ela, “é especial” e faz tratamento no HCFMUSP.

A entrevista foi realizada na cozinha, pois, segundo ela “é o coração da casa”, oferecendo café e pão para a entrevistadora.

Seu filho Pablo, de 14 anos está em tratamento para obesidade na Liga de Obesidade Infantil do HCFMUSP há cerca de 8 meses e, atualmente, apresenta obesidade grave (1,74 m, 114 kg e IMC: 37,65 kg/m²). Assim como Evandro, não vem apresentando melhoras.

Sônia conta de sua relação ligada com seus filhos e de suas semelhanças com Pablo, afirmando que ele é a “Sônia de calça”. Conta de foto que publicaram em rede

social dela em sua infância, em que houve o comentário: “Pablo, o que você está fazendo aí na foto?” pela similaridade dos dois.

Sônia se define e se coloca como sendo do tipo “mãezona”. Relata que tem esta postura de “mãe cuidadora” não só com seus filhos, mas também com o resto de sua família, definindo a sua casa como o local de reunião dos amigos dos filhos e de sua família. Conta: “eu sou mãe o tempo integral”.

Ela conta que não permite que seus filhos saiam muito a rua, que dá todos atrativos para os manter em casa, como videogames. Acredita que não está conseguindo criar seus filhos para o mundo. Afirma: “Na hora de ser mãe eu sou mãe mesmo, eu cobro mesmo” e “acho até que sufoco eles”. Durante a entrevista se mostra superprotetora, fala sempre dos filhos e de sua postura como “mãezona”. Conta que, quando ela não está em casa, quem cozinha é, geralmente, seu filho Pablo. Relata que ele cozinha bem e afirma: “tem que fazer juízo a esse tamanho todo”.

Com relação ao “tamanho todo” de seu filho, conta que o que mais o incomoda são os seios maiores pela obesidade. Ela afirma que, caso visse seu filho sofrendo algum tipo de preconceito “daria um show”.

Sônia, assim como seu filho Pablo, também apresenta obesidade.

Elaine

Elaine, 45 anos, mora com suas duas filhas em um apartamento no bairro de Artur Alvim, na cidade de São Paulo. É divorciada, tem ensino superior completo em Letras e trabalha como manicure.

O apartamento onde moram é simples e bagunçado e tinha, em sua cozinha, embalagens de pizza e de esfiha e, em sua sala, fruteira com peras e maçãs. A entrevista foi realizada na sala e, logo antes de iniciar, entrevistada comenta: “vendo o tamanho da mãe, já se pode imaginar o tamanho da filha”- segundo ela, desde sua infância e adolescência já apresenta sobrepeso. Sua filha Carolina, de 15 anos, atualmente, apresenta obesidade grave (1,65 m, 102 kg e IMC: 37,47 kg/m²) e está em tratamento na Liga de Obesidade Infantil do Hospital das Clínicas- HCFMUSP, apesar de não vir apresentando resultados.

Carolina passou a engordar depois da separação de seus pais, quando tinha 4, 5 anos. Elaine comenta: “parecia que ela estava suprindo essa necessidade, essa atenção, através da comida, e a bichinha gosta de comer”.

Sobre sua outra filha, mais velha que Carolina, comenta: “nunca se interessou por comida”, “às vezes eu tinha que bater pra ver se ela comia”, “ela tinha tanto nojo de comer, que uma vez ela vomitou dentro do prato”, “ela era terrível pra comer”. Sobre sua outra filha, comenta: “é nojenta pra comer”.

Acha que Carolina gosta de se comparar com ela. Quando ela chama a atenção da filha a respeito de comida, Carolina fala pra ela olhar para o tamanho dela. “Ela acha que eu sou gorda. Então eu sendo gorda, eu não posso falar que ela está gorda”.

Relata que grita com as filhas e que já chegou a bater em sua filha mais velha. Elaine conta que falou para sua filha mais velha: “sabe por que que eu grito? Porque a vontade que eu tenho é pegar a sua cabeça e bater ela na parede”. Afirma: “extravaso nos gritos o que realmente queria fazer”. Acredita que o filho mais velho é mais exigido e o outro “a gente vai levando mais a banho maria”.

Afirma que o pai de Carolina é o “seu herói” e acredita que, pela sua ausência, que sua filha passou a engordar. Conta que os dois são muito similares: ela “é o Valter de saia” (seu ex- marido).

Seu casamento com Valter já estava ruim quando estava grávida da Carolina. Ela não queria ter a filha e estava com mioma. Afirma que não ia tirar, mas “ia torcer para o mioma fazer o trabalho dele que era tirar”.

Conta que Carolina foi muito rejeitada por ela, mesmo depois que ela nasceu, “porque levei na cara que eu era uma sem vergonha, que tinha feito isso de propósito”. Marido estava com outra mulher e ela sabia, todos sabiam. Na época, afirma que o amava e que, por isso, tentou lutar pra ter ele, mas chegou uma hora que desistiu. Depois que Carolina nasceu, ainda ficou com ele por mais 4 anos.

Rejeitou Carolina por cerca de 1 mês, mas afirma sempre ter cuidado. Acha que o nervoso desta época passou pra Carolina. Quando estava grávida de 6 meses, por exemplo, viu seu ex- marido com a outra mulher. Acha que tudo isso mexeu com o psicológico da filha. “Apesar disso, a Carolina nasceu um bebê relativamente calmo, mas começou a apresentar isso aí de engordar sem mais nem menos. Até os quatro anos era normal, os 5 já começou a engordar”.

Amanda

Amanda, 45 anos, atualmente, mora em casa espaçosa e organizada, com seu marido e suas duas filhas, na cidade de Santo André- São Paulo. Possui ensino médio completo e trabalha como manicure, no piso inferior de sua casa. A entrevista foi

realizada na cozinha de sua casa, a qual continha cesta com frutas e pote de balas sobre a geladeira, além de foto das filhas abraçadas na bancada.

Sua filha mais velha, Bianca, de 10 anos, está em tratamento para obesidade infantil na Liga de Obesidade Infantil do HCFMUSP e, atualmente, apresenta obesidade grave (1,58m, 107 kg e IMC: 42,86 kg/m²). Amanda relata que desde o início do tratamento, Bianca não teve melhoras.

Sua filha mais nova, segundo ela, é outro extremo: “Porque eu tenho dois problemas, dois problemas não, duas extremidades, porque a pequeninha já não come nada”. Já Bianca, como conta Amanda, apresenta uma ânsia para comer: termina uma refeição e já quer saber o que vai comer depois.

Bianca começou a engordar com 4 anos, quando Amanda passou a trabalhar fora de casa e não pode mais ficar muito tempo com a filha, tendo que deixar com a avó. Amanda conta: “Não sei se tirei o chão dela, o que que foi. Se foi muito rápido, porque eu fiz uma entrevista na sexta-feira e na segunda comecei a trabalhar”. Nesta época, relata a culpa que sentiu e, referindo-se à filha ter passado a engordar, comenta: “Então não sei se é essa falta que ela sente”.

No mesmo período em que Amanda passou a trabalhar fora e a deixar sua filha na escola, conta que Bianca era “judiada” pela professora na escola, que esta a obrigava a comer o que ela não queria. Neste período Bianca passou a apresentar Síndrome do Pânico.

Assim como Sônia, define-se como superprotetora. Relata que não deixa Bianca sair pra comprar algo sozinha e nem ficar sozinha em casa. Afirma: “não, não deixo, não deixo”. “Se ela não puder ir comigo, eu não vou”. Completa, dizendo: “quero elas sempre comigo, ao alcance dos meus olhos”.

Amanda, apesar de não ter tido problema com obesidade, como Sônia e Elaine, sempre teve uma questão com seu corpo. Conta de sua relação muito difícil com o seu corpo, afirmando ter se escondido por muito tempo dentro das roupas usando roupas largas, acima de seu tamanho e querendo ser mais magra. Afirma: “eu não me aceitava, eu não me aceitava”.

Aparecida

Aparecida, 44 anos, mora na cidade de Osasco, em casa simples e espaçosa, com seus dois filhos e marido. Possui segundo grau completo e trabalha como autônoma, fazendo sonhos e empadas para vender.

Sua filha Fátima de 9 anos está em tratamento na Liga de Obesidade Infantil do HCFMUSP apresenta obesidade grave (1,40 m, 63 kg e IMC: 32,14 kg/m²). Assim como as demais entrevistadas, também relata a não melhora no tratamento.

Fátima dorme na avó (sogra de Aparecida) todos os dias, que mora em casa abaixo da sua. Acorda, toma leite com achocolatado na casa da avó e vai para casa da mãe. “Se não ta na minha casa, ta na casa da minha sogra”.

Aparecida conta que Fátima nasceu com peso adequado, mas com 6 meses já pesava 10kg, afirmando que ela “sempre foi gordinha”, “sempre teve problema”. Sobre o “problema”, Aparecida relata: “como mãe, eu sei que ela vai sofrer muito com isso, se ela continuar com esse problema de peso”. Afirma:

Queria que ela emagrecesse pra ter um corpo bonito, porque querendo ou não isso ta relacionado à felicidade. Porque se você ta de bem com seu corpo, se você ta com tudo em cima, bonitinho, é lógico que você ta feliz.

Aparecida conta que filha afirma que ninguém vai gostar dela pelo peso. “E é duro você escutar isso, porque você sabe que é verdade”. Assim como a filha, atualmente, Aparecida também apresenta “problema” com o peso. Então, comenta: “como que eu vou conseguir conscientizar uma criança de 9 anos, se eu também tenho problema de peso”.

Aparecida é mais apegada à filha do que ao seu filho mais velho, quem não apresenta obesidade. Afirma: Fátima é “bem, bem apegada a mim mesmo”, “às vezes até queria que ela fosse mais solta de mim”, relatando também ser apegada a filha, apesar de tentar dar a oportunidade de Fátima ser mais independente. Conta que aonde vai leva a sua filha junto.

Apesar de hoje em dia relatar seu “problema” com o peso, conta que isto não ocorreu em sua infância e adolescência, quando era “magérrima”. Atualmente, “luta contra a balança”.

Priscila

Priscila, 42 anos, atualmente mora com seu marido e seus dois filhos, no bairro da Aclimação em São Paulo- SP, em apartamento espaçoso, de alto padrão, dispondo de varanda, churrasqueira, além de empregados, como *personal trainer*, cozinheira, entre outros. A sala tinha mesa com fruteira repleta de frutas e porta retratos da família. Filha mais velha, segundo Priscila, é “magra” e bailarina.

Seu marido viaja para Ribeirão Preto e volta para São Paulo duas vezes na semana, quando fica com a família. Priscila possui ensino superior em direito e atua como advogada. Seu filho Danilo, de 11 anos, está em tratamento na Liga de Obesidade Infantil do HCFMUSP e apresenta obesidade (1,59 m, 64 kg e IMC: 25,32 kg/m²).

Durante a entrevista, a qual foi realizada na mesa da sala, Danilo estava presente, participando em alguns momentos. Marido e filha mais velha também estavam no domicílio e participaram em alguns instantes. Filha aparentando ser autoritária e rígida frente a alimentação do irmão- segundo Priscila, sua filha “toma conta”, uma vez que ela trabalha fora.

Moravam em Ribeirão Preto- SP quando David nasceu. Ela trabalhava em São Paulo- SP, indo às segundas- feiras e voltando a Ribeirão Preto às sextas- feiras. Danilo ficava com babá, seu marido e sua outra filha. Este mesmo esquema continuou até os 5 anos de idade de Danilo, período no qual ele engordou. Segundo Priscila, Danilo comia chocolate no lugar do almoço, pães, entre outros alimentos que ela sabia que fazia mal ao filho, mas deixava, relatando que permitia que babá desse tudo que filhos quisessem, o que, em sua cabeça, era feito para suprir a falta da mãe.

Priscila conta: a “babá, a gente falava que ela era uma manteiga, porque o que eles queriam, ela fazia, principalmente ele”. Só ficava com eles de final de semana, “então, como eu ia reprender, se ficava muito pouco. Aí deixava”.

Não somente com alimentos, conta que neste período que estava mais ausente da vida dos filhos, procurava suprir a sua falta também com presentes: “aniversário, Natal e dia das crianças ganhavam muito”. Mesmo atualmente trabalhando em São Paulo ainda dá presentes aos filhos, como cachorro da raça Golden Retriever que a pediram.

Laís

Laís, 30 anos, atualmente, mora com seu filho e seu marido, na cidade de Ferraz de Vasconcelos- São Paulo. Possui segundo grau completo, é dona de casa e trabalha em domicílio como auxiliar administrativa. Seu marido é dono de padaria, sai às 3h30 para o trabalho e retorna para todos almoçarem juntos.

Seu filho Márcio, de 10 anos, apresenta obesidade grave (1,45 m, 64 kg e IMC: 30,44 kg/m²) e está em tratamento na Liga de Obesidade Infantil do HCFMUSP há dois anos, apesar de não estar apresentando melhoras. Laís relata que Márcio ficou em fila de triagem por 3 anos no local.

A entrevista foi realizada em local próximo ao HCFMUSP, uma vez que a entrevistada teria atendimento neste. A entrevista contou com a presença de Márcio, que participou em alguns momentos. Logo no início, Laís relata que é muito ruim atualmente ter a condição, que sua mãe não tinha, de dar alimentos para o filho, mas não poder dar, devido ao quadro de obesidade que ele apresenta.

Laís conta que já teve bombonierie, mas que fechou. Deixava seu filho tomando conta e ele comia balas e chocolates. Atualmente passa a tarde em casa com seu filho, tomam café da tarde juntos. Márcio relata que a tarde é o momento que mais come e conta que para seu lanche na escola leva uma fruta ou uma coxinha.

Márcio não brinca na rua, pois, segundo a mãe, não dá pra brincar, tem muito carro. Só faz esportes na escola e brinca em sua casa com bola no quintal ou videogame. Laís conta que brinca com o filho e que ficam muito juntos. Márcio conta: “a gente vai no cinema, no shopping, parquinho, parque, museu”. Ele também comenta que quando está com mais crianças come menos, pois sente menos fome.

Apesar de relatar que é difícil não poder dar, tendo possibilidades, afirma: “eu fico feliz em poder dar o alimento pra ele. Agradeço muito a Deus de eu poder dar” e conta: “Eu não sei o que acontece, porque tem semana que ele nem pede, agora tem semana que ele quer chocolate, ele quer... bastante coisa”. “Eu dou”.

Sobre o “dar” de sua mãe, Márcio comenta: “minha mãe é assim, quando falo ‘mãe, eu to com vontade de comer um pedacinho de pizza’, ela compra uma pizza, aí eu ‘mãe, eu só quero um pedacinho’, aí no outro dia eu como um pouquinho, um pouquinho, aí vai comendo”.

Se não dá o que seu filho quer, sente tristeza, contando seu diálogo interno: “Por que que eu não dei? Por que que eu não dei?”. Para “driblar” esta situação, Laís conta de seu costume de comprar o que o filho quer comer e, no momento antes, indagar se ele realmente irá comer aquele alimento. Dá o exemplo do que fala ao filho: “você tá comendo, mas você tá consciente, você sabe que isso aí não vai te fazer bem”, “até tem vezes que ele deixa, não come, aí eu jogo fora”.

Assim como Márcio, Laís também sempre apresentou “problema” com peso (sobrepeso e obesidade).

Deise

Deise, 52 anos, atualmente, mora com sua filha, seu filho e seu marido, em casa simples e arrumada. Deise trabalha como cabeleireira e está com curso superior em

radiologia em andamento. Seu filho mais velho é casado e não mora mais com ela e a família.

Augusta é sua filha mais nova e está em fila de triagem na Liga de Obesidade Infantil do HCFMUSP. Sua filha Augusta, de 12 anos, apresenta obesidade grave (1,56 m, 89 kg e IMC: 36,57 kg/m²).

Assim como ocorreu com o filho de Priscila, Augusta também começou a engordar quando Deise passou a trabalhar fora e teve que deixar o filho e a filha com a irmã- período compreendido desde um ano e meio até os 9 anos de Augusta. Segundo Deise, sua irmã dava aos filhos diversas “besteiras”, afirmando: “só a base de salgadinho, refrigerante”. Deise, naquela época, sabia que isso ocorria e relata ter sido alertada por médicos, mas permitia, pois precisava da irmã para cuidar dos filhos. Seu outro filho não foi cuidado pela irmã e não desenvolveu obesidade.

Deise comenta: “quando a gente precisa dos outros, a gente tem que ficar quieto e eu tinha medo dela me deixar”, “eu sei que ela fazia isso pra agradar eles, não era pra fazer mal. Hoje eu tento corrigir, mas tá difícil”. Completa, dizendo: “que criança que não gosta de besteira? Que criança? E se você tá dando”.

“Quando ela tinha 5 pra 6 anos, que já tava demais, foi quando eu conversei com marido.” Seu marido conversou com a irmã e falou para ela voltar para a casa da mãe e Divina iria parar de trabalhar para cuidar dos filhos. Estão tentando até hoje mudar os hábitos que ficaram. Comenta: “É uma luta constante, dia após dia. Mas não sei, não vejo melhora, por mais que a gente faça”. Conta que todo mês filha engorda mais um pouco.

Marina

Marina, 42 anos, mora em São Paulo- SP, com sua filha e marido. Atualmente é dona de casa, apesar de ter começado curso de nutrição e interrompido. Sua filha Giovana, de 10 anos, está em tratamento na Liga de Obesidade Infantil do HCFMUSP e apresenta obesidade grave (1,55 m, 87 kg e IMC: 36,21 kg/m²).

Marina, atualmente, também apresenta obesidade. Conta que em sua infância era magra, mas depois de seus 15, 16 anos começou a engordar. Já sua filha Giovana começou a engordar com 3, 4 anos de idade.

Marina comenta que a época que sua filha começou a engordar não teve nenhum acontecimento marcante, somente o fato de que passou a permitir que filha comesse o que quisesse, como em lanchonetes *fastfood* que o marido gostava de ir. Além dos

restaurantes, Giovana passava a tarde vendo televisão e comendo. Nesta época dá o exemplo do sorvete, que filha tomava todos os dias.

Atualmente procura restringir a alimentação da filha, mas conta: “É horrível. Parece que você tá batendo na pessoa. Quando você fala ‘não pode’, você fica contrariada”. Comenta que sente muita satisfação ao poder dar a filha. Mas comenta: “a Giovana é muito consumista, quando ela quer, ela fica no pé até conseguir”.

Marina cuida das refeições da família e conta que sua filha é bastante ligada a ela. Por mais que possa dar atenção à filha e cuidar, acredita que precisa dar e conta ser muito difícil falar não. Comenta que dá para filha para preencher- por ela não ter irmãos e não ter com quem brincar.

Seu marido, mesmo com o quadro de obesidade de Giovana, ainda gosta de levar a família a restaurantes *fastfood* e a churrascarias. Marina conta: “tem que ter bacon, carne de porco etc”.

Arlete

Arlete, 40 anos, mora na cidade de Osasco- São Paulo, com seu filho, sua mãe e seu marido. Possui ensino superior completo em Letras e trabalha como oficial administrativa, na biblioteca da cidade. Sua casa é grande, simples e repleta de eletrodomésticos, além de 3 cachorros. Seu filho Érico, de 8 anos, apresenta obesidade grave (1,42 m, 53 kg e IMC: 26,28 kg/m²).

A entrevista foi realizada na sala, tendo tido a participação de Érico em alguns momentos e de sua avó, que reside com a família, em momentos finais. Sua mãe a auxilia no cuidado com a alimentação do filho, sendo ambas responsáveis por esta.

Conta que não houve um momento marcante que seu filho passou a engordar, relatando que ele sempre foi “grande”, que sempre mamou muito. Arlete acredita que criança não deve passar vontade e por isso compra o que seu filho deseja, não somente em alimentos, mas também em animais de estimação, entre outros, tendo o costume de fazer acordos com o filho. Conta, por exemplo, que para conseguir que seu filho deixasse de dormir em seu quarto teve que fazer o acordo de dar um gato a ele, o qual ela ainda não havia comprado.

Relata a ansiedade e compulsão de seu filho com alimentos, comentando de época que ele acordava de madrugada para comer: “acordava e comia quase um pacote inteiro de bolacha”. Conta que atualmente ele já está melhor, apesar de ainda apresentar obesidade grave.

Carmen

Carmen, 45 anos, atualmente mora em casa grande no bairro do Butantã, em São Paulo- SP, com seus três filhos e marido. A residência é repleta de eletrodomésticos, além de 2 cachorros das raças Golden Retriever e Poodle. Carmen possui ensino superior em pedagogia e trabalha como professora de crianças especiais. Sua filha Gabriela, de 11 anos, apresenta obesidade grave (1,55 m, 98 kg e IMC: 40,79 kg/m²).

Gabriela passou a engordar depois que sua avó por parte de mãe faleceu, quando ela tinha 6 anos. Neste período, Carmen conta que precisou se afastar dos filhos.

Carmen relata a dificuldade que sente em negar alimentos para seus filhos, como os de restaurantes *fastfood*, que gostam de pedir às sextas- feiras. Comenta: “nossa, eu fico satisfeita de poder dar”, “contente, alegre, sabe aquela auto- estima mesmo, eu pude, eu posso”, “que é uma coisa que eu não tive”. Relata que em uma sexta- feira que falou não, que iriam comer uma sopa que ela havia feito, ela foi dormir com o coração partido e a família inteira ficou “de mal” dela, pois ela não quis comprar o que eles queriam. Sentiu-se péssima.

Para Carmen negar é muito difícil. “Eu acho que tenho que dar”. Sente culpa e remorso se não dá o alimento. Culpa e remorso por ter poder aquisitivo para dar, mas não poder. Então fala “pega só um pouquinho”, “eu sempre falo pega um pouquinho, só um pouquinho”.

Pelo dó⁶ que sente da filha, caso restrinja, fala para ela comer pouco. Comenta: “a pior coisa é você não poder comer o que você quer”. A dificuldade em negar alimentos acontece não somente com seus filhos, mas também com as crianças da escola que trabalha. Ela não consegue falar “um não verdadeiro”, inclusive com seus alunos. Relata o caso de uma de suas alunas com problema de obesidade que sempre passa em sua sala para ver se tem alguma bolacha. Carmem não consegue negar. Diante dos seus filhos, comenta: “Eu posso dar para os meus filhos, eu dou o que eu posso”. Conta que seus filhos têm tudo que é prático e da moda.

Simone

Simone, 46 anos, atualmente, mora em casa espaçosa em São Paulo- SP, no bairro Vila Constância, com sua filha e seu marido. Possuem diversos eletroeletrônicos na casa, além de dois cachorros. Tem segundo grau completo e trabalha em casa,

⁶ Compreende-se o termo “dó”, neste trabalho, como dentro da esfera das emoções.

fazendo bolos para vender, e também como dona de casa. Simone conta que parou de trabalhar fora para cuidar da filha.

Sua filha Lívia, de 12 anos, apresenta obesidade grave (1,5 m, 85 kg e IMC: 37,78 kg/m²). Lívia começou a engordar com 5, 6 anos, mas Simone não relata nenhum acontecimento marcante da época.

Simone conta que é ela a responsável pelos cuidados com a alimentação da filha e que “fica em cima”. Relata que “faz tudo certo”, mas filha não emagrece. Simone também apresenta obesidade.

Conta como é bom poder dar o alimento e que alimentou sua filha no peito até os seus dois anos, não mais porque a menina já estava com dentes. Atualmente, por ter que restringir o que filha come, se sente muito mal: “me sinto às vezes uma bruxa”, “porque a pior coisa do mundo é você viver tendo que fazer regime”, “é triste falar não”.

Deixa comer algumas coisas, pois fica com dó. Acha que de vez em quando deve dar, como é o caso de produtos alimentícios que filha vê na televisão e quer comprar, como bolachas recheadas e iogurtes com sabores diferentes e também alimentos de seu desejo, como banana com leite condensado.

CAPÍTULO III: Núcleos de Sentido

A mãe como principal cuidadora da alimentação e da problemática com a obesidade, a ligação atrelada entre mãe e filho e o distanciamento paterno

Todas as mães do estudo em questão afirmaram ser a principal ou única cuidadora da alimentação dos filhos, havendo casos em que houve suporte de funcionárias, como babás, ou de parentes, como a mãe ou a irmã. Algumas mães entrevistadas tiveram somente a ocupação como dona de casa, deixando o trabalho para cuidar do filho, ou tendo trabalhos que permitissem suas ocupações no cuidado com seus filhos, como é o caso de Amanda que trabalha como manicure no piso inferior de sua casa e de Laís, que trabalha em sua casa.

Suas rotinas no domicílio são descritas de forma a incluir as suas obrigações frente aos trabalhos domésticos relacionados à alimentação dos filhos. Como conta Arlete, que “o Érico acorda por volta de 9h, ele não sente fome logo cedo, então quando é umas 10h que eu dou alguma coisa pra ele comer e às 11h eu dou alguma coisa bem leve pra ele comer”. E como conta Deise: “eu que faço tudo” (com relação à alimentação), “eu saio (para a faculdade) e já deixo o cafezinho dela pronto, um pãozinho integral é uma luta pra comer”, “na parte da manhã eu não tenho muito problema com a alimentação, porque ela não come”, “eu dou almoço pra ela”. Deise largou o seu emprego para cuidar dos filhos e atualmente faz faculdade no período da manhã.

Priscila nunca deixou de trabalhar para cuidar dos filhos, mas o compromisso de ser a responsável por administrar a alimentação de seu filho com obesidade é dela, contando que sua filha passa à tarde com o filho e controla o que ele está fazendo, com relação à alimentação e a afazeres, contando à mãe no final do dia. Priscila, em anos anteriores, tinha o serviço de uma babá e de uma cozinheira, mas conta que era ela quem deixava que houvesse um determinado tipo de alimentação no domicílio.

Arlete, para cuidar da alimentação do filho, conta com a ajuda da mãe, relatando “alimentação, a parte da educação, quem fica muito em cima sou eu, é bem parecido do que quando eu era pequena mesmo”, “fui cuidada pela minha avó e minha mãe, igualzinho acontece com o Érico”, “o pai dele é mais um papel social”.

Além disso, há uma carga, que não afeta somente o corpo das crianças e dos adolescentes com obesidade, mas também a mãe cuidadora, quem também é a principal

pessoa que lida com a situação da obesidade e com as suas repercussões no físico e no emocional da criança, levando a um sofrimento a ambos.

Ivone, sobre a alimentação do filho, conta: “Me sinto mal. Me sinto mal”. Continua, afirmando:

Dá aquela vontade de ver ele magro. Sonho. Porque eu vejo assim que a gordura não é saudável. Então eu exijo dele “come pouco, come pouco”, mas esse pouco eu não consigo segurar a boca dele. E isso dá um sentimento de dor, de angústia. Porque eu vou “come pouco”, mas não to vendo aquele pouco. Aí chega uma hora que dá aquilo no coração.

Ivone conta que pensa: “‘Ó meu Deus, tem tantos filhos que são tão magrinhos e eu...’ eu encaro assim, que eu tenho um problema sério, cuidando dele assim. Eu encaro assim como um problema muito grave”. Ivone demonstra seu sentimento ao chorar em momento da entrevista e ao relatar os longos dias que passa em hospital para serem atendidos.

O sofrimento também é expresso pelas demais entrevistadas. Sônia conta que fica triste ao ver o corpo do filho, contando: “ele é tão desencanado, que eu sou mais encanada que ele”. O peso da obesidade do filho é mais carregado por ela, do que pelo seu marido, conta que é ela quem o acompanha em consultas com profissionais da saúde e é ela quem “pega no pé”.

Deise, sobre sua filha, relata que tem “muita estria no corpo, no braço”. E afirma sentir que: “É triste, uma menina de 12 anos com quase 90 kg. Roupa minha que não serve nela”. “É triste, é triste, é triste demais”. “Dói, porque a gente sabe que as pessoas olham de outra forma”. Continua, contando: “Eu me preocupo muito, muito mesmo”. E afirma: “não perde peso”, mas comenta: “com ela eu não posso desistir”.

Aparecida, sobre o cuidado com a alimentação da filha, comenta: “É duro. Você negar comida é terrível. Mas, a gente sabe que é pro bem dela”. “Você fica: ‘ah, não vai comer isso, não vai comer aquilo’ é terrível. Pra uma mãe isso é terrível”. Situação complicada, porque “mãe tira da boca da gente pra dar pra um filho e você ter e você negar, explicar que não pode, é muito difícil [...] por mais que ‘ah, é pro bem dela, é pro bem dela’, é difícil, você ta negando [...] o sentimento é um sentimento terrível [...] é muito complicado”.

Amanda conta: “eu luto desde os 4 anos com isso, com ela”. Sobre o convívio social de pessoas obesas, Santos (2003, p. 98 e 99) afirma:

Apesar do seu crescimento, falar sobre a moléstia significa referir-se a um grupo de pessoas excluídas e sem representatividade na sociedade. Os padrões vigentes, que proclamam o corpo magro, a constante preocupação com a beleza, instigando o consumo de produtos *light* e *diet*, não atendem ao controle e/ou reversibilidade da doença e vêm discriminando os sujeitos obesos no convívio social.

Estas mães carregam um sofrimento com a criança, o qual, muitas vezes, é solitário, não compartilhado e dividido com os pais. Tassara (2010, p. 48) estudou o fenômeno transgeracional da obesidade infantil, constatando, em mães estudadas, vivências sofridas também em seus contextos familiares de origem, que se configuraram “na perspectiva sistêmica, como segredos familiares” e que levaram a sentimentos de insegurança, de medo, de vergonha e de fracasso, permanecendo ao longo da vida, ou seja, um sofrimento acautelado, o qual, segundo a autora, se revela em uma relação fusionada com os filhos⁷.

A relação fusionada entre mãe e filho observada no estudo de Tassara (2010) teve também como característica o distanciamento paterno, os quais também foram observados na pesquisa em questão.

Sônia relata que, apesar de seu marido ser presente em outras questões da família, com relação ao problema de obesidade do filho e à sua alimentação ele não é, sendo ela a principal responsável por este cuidado. Na família de Priscila, seu marido só chega aos finais de semana, uma vez que trabalha em outra cidade, sendo ela a responsável por cuidar dos filhos. Aparecida relata que sua filha é mais ligada a ela do que ao pai, afirmando: “Ela é muito apegada comigo”, e que “fazem tudo juntas”.

Ivone conta que seu ex- marido, pai de Evandro, é bastante ausente na educação do filho e que é ela a responsável pelos cuidados com ele. Relata:

Ah, eu me sinto sozinha. Sozinha, não tenho uma pessoa pra me ajudar. Como eu cuido dele sozinha. A irmã dele que de vez em quando dá uma ajudinha, pouca coisa, porque ela também tem um filho pequeno e não sei se é boa vontade dela. Então a minha correria é eu e ele, eu pra tudo, tudo, tudo. Então nessas horas que eu falo, eu fico estressada porque assim, eu não to vendo resultado, por mais que eu brigue com ele, eu vou ter que ficar até quando brigando e reclamando?

⁷Os sentimentos e as vivências das mães estudadas serão discutidos em itens posteriores.

Sobre a relação de Marina com sua filha, comenta que é de “confidentes”, comentando, sobre seu marido: “ele é muito ausente da vida dela”. Conta que sua filha afirma “às vezes parece que eu nem tenho pai”. Marina relata:

Como ele (marido) trabalha fora e tem os problemas dele, eu não posso ficar trazendo os problemas de dentro de casa também pra ele, a cabeça dele enche, eu queria que ele fosse mais presente na vida dela, mas como não dá, tudo bem, eu to aceitando.

Aparecida relata: “ela é muito, muito mesmo, mais apegada comigo do que com o pai [...] às vezes até queria que ela fosse mais solta de mim”.

Segundo Oliveira e Martins (2012), a possibilidade de separação da dupla mãe e filho leva a angústia, extremamente identificados. Dentro da perspectiva psicanalítica, de acordo com Crespim (2004), seguindo o pensamento de Lacan: é necessário que a função paterna entre em cena para regular a onipotência primordial materna. Com relação à dificuldade de separação entre mãe e filho e às suas relações emaranhadas, diversos foram os relatos e as percepções no decorrer das entrevistas:

Ivone conta ser muito “grudada” com seu filho, o que pode ser evidenciado através de seu relato e também de foto dos dois juntos colada na geladeira- apesar de ter outros filhos, somente há a deles.

Sônia afirma que seu filho Pablo não é criado como “bicho solto”, como ela foi, que prefere dar atrativos e chamar amigos para vir em sua casa ao invés destes saírem.

Amanda se acha uma mãe superprotetora. Afirma: “quero elas sempre comigo, ao alcance dos meus olhos”, contando que brinca e estuda com suas filhas e afirmando que “se ela (filha) não puder ir comigo, eu não vou”.

Segundo Tassara (2010), na perspectiva da psicologia sistêmica, a restrição da vida familiar ao espaço doméstico representa um sofrimento para as crianças, já que dificulta a ampliação das suas relações interpessoais e sociais.

No decorrer da entrevista de Laís, seu filho Márcio participa, contando de sua relação bem junta com a sua mãe: “A gente vai no cinema, no shopping, parquinho, parque, museu”. Um ponto interessante relatado por Márcio é o de que ele, quando está com mais crianças, sente menos fome e come menos, diferentemente de quando está em sua casa à tarde, quando come mais.

Com relação à sua superproteção na relação mãe e filho, Sônia comenta: é “até demais”, “acho até que sufoco eles”. Simone também afirma “ficar em cima” da alimentação da filha.

Aparecida conta: “ela é muito apegada comigo”, relatando ser mais próxima dela do que de seu outro filho mais velho, que não apresenta obesidade: “bem, bem apegada a mim mesmo”, “às vezes até queria que ela fosse mais solta de mim”.

Oliveira e Martins (2012, p. 131), que estudaram as implicações subjetivas da relação mãe-criança nos quadros de obesidade infantil, constataram a falta de indiferenciação na relação mãe e filho na obesidade: “Para algumas mães, mesmo que o peito - objeto do desmame - já não exista mais como objeto, o desmame ainda não foi feito. Os filhos que se mantêm ‘grudados’ em suas mães, ainda não conseguiram ser desmamados”.

Dentro deste contexto, está a explicação de Freitas (2009) acerca do corpo obeso. Baseada nesta primeira relação, autora explica este:

Como limite para afastar o outro devorador – corpo armadura, ou o corpo obeso como limite para não experimentar a vida e ficar atrelado somente ao outro – corpo colagem. Em ambos, verificou-se uma tentativa da saída de uma relação que não “relou” o suficiente para que o sujeito pudesse ver-se e sentir-se esvaziado (FREITAS, 2009, p. 7).

Os achados deste estudo apontaram para relações atreladas entre mães e filhos com obesidade, indo de encontro com literaturas científicas do tema. Como traz Freitas (2009), o corpo com obesidade pode vir a ser uma expressão de um sintoma, o qual pode ter, como uma de suas raízes, a formação do psiquismo do indivíduo nas primeiras relações mãe e filho. Seguindo esta mesma linha, além do corpo como expressão física, a forma como ele vem a se relacionar posteriormente com o alimento, tendo como base estas primeiras relações.

O corpo com excesso de peso no contexto familiar

Diversos estudos, como o de Barros Filho (2004), vêm apontando para que a obesidade infantil deve ser estudada e compreendida dentro do contexto da família, sendo fatores como a ocorrência da obesidade nos pais e os hábitos da família no contexto.

A questão com o excesso de peso no corpo não se mostrou somente nas crianças e nos adolescentes da pesquisa em questão, mas também em seus contextos familiares, em que as mães também relataram os seus problemas em relação ao corpo com excesso de peso. Os estados nutricionais das entrevistadas puderam ser observados a partir do cálculo do IMC, de acordo com dados de peso e de altura auto-referidos⁸.

Das entrevistadas, Elaine, Amanda e Deise apresentam sobrepeso. Laís, Marina, Ivone e Simone apresentam obesidade em grau I. Apesar de Sônia e Aparecida não terem relatado seus pesos e alturas, durante a entrevista contam que apresentam obesidade. Desta forma, somente três entrevistadas, a partir de seus pesos e alturas auto-referidos, não apresentaram sobrepeso ou obesidade.

Aparecida se expressa afirmando: “luto contra a balança”, “estou muito gorda”. E se questiona: “Como que eu vou conseguir conscientizar uma criança de 9 anos, se eu também tenho problema de peso?”.

Sônia, sobre sua relação com seu corpo, conta que foi engordando depois dos seus 7 anos, “porque não tinha controle de nada”, relatando que sofria preconceito pela gordura. Conta que já chegou a pesar 120 kg. Ela afirma que atualmente já é mais bem resolvida com sua gordura e que, quando conheceu seu marido, ele afirmou que não ficaria com ela por ela ser gorda, porém se casaram e estão juntos há 22 anos. Acredita que sua questão com o corpo tem a ver com ela ter sido sozinha, com “a mãe deixar a Deus dar”. Também relata: “meu marido é enorme, 135 kg”.

Diversos estudos apontam para a relação entre o estado nutricional de mães e sobrepeso em crianças, como o de Engstrom e Anjos (1996), que evidenciou a relação direta entre o estado nutricional de mães e seus filhos. Estes autores observaram que, quando a mãe tem sobrepeso, o risco para a criança desenvolver foi 3,19 vezes maior, em relação à mãe com baixo peso.

Marina conta: “minha relação com o corpo é horrível, eu penso: ‘meu Deus do céu, eu to estragada’, é gordura pra tudo qualquer lado”, “é muito desanimador”, “eu to jogando a toalha, deixa a vida me levar”. Simone relata: “não me sinto bem, eu tenho vergonha, não tem roupa que me sirva, pra mim é péssimo”.

⁸ É importante ressaltar que o aspecto dos pesos para cálculo do IMC das entrevistadas não foi tido como um dos focos da pesquisa, sendo uma questão deixada em aberto para que fosse informada pelas participantes, caso viesse o tema no decorrer da entrevista. Como foi um aspecto relevante, trazido pelas entrevistadas, este ponto foi abordado neste item. No entanto, como afirmado, esta informação não foi coletada de todas.

Apesar do excesso de peso não estar presente em algumas mães, relataram suas relações complicadas com o corpo e também preocupações excessivas e valorização do corpo magro. Priscila, que, apesar de não apresentar excesso de peso, mostra sua extrema preocupação com o corpo, frisando o fato de sua filha mais velha ser “magérrima”, além de bailarina.

O excesso de peso como marca foi relatado, além de na maioria das mães, em outros familiares do domicílio e, além disso, como uma marca que é carregada por algumas mães desde as suas infâncias.

Sônia, sobre sua casa e sobre seu grupo familiar, comenta: “a sobrecarga toda vem pra cá”, “aqui virou o núcleo”, se referindo aos problemas familiares irem para lá, como irmãos com problemas conjugais. Conta também que é “todo mundo gordo nessa família, só faz coisa que engorda”, “e não tem ninguém magro na nossa família”. Comenta também que é do costume deles “comida pesada”. Irmão foi morar com ela e a família e engordou depois disso, antes era “magrinho”.

Deise conta:

Agora hoje todo mundo tem problema de peso na minha casa [...] meu marido fez a redução do estômago [...] tudo isso vem, é todo mundo, porque eu também to acima do peso.

Algumas entrevistadas, que atualmente apresentam sobrepeso ou obesidade, contam que desenvolveram em suas adolescências ou vida adulta. Já outras relataram que já apresentavam excesso de peso desde suas infâncias.

Marina conta: “ela (sua mãe) brigava na hora de comer, principalmente comigo, que sempre fui a mais gordinha da família, entre os meus irmãos eu era a mais gordinha”.

Sônia relata que foi engordando depois dos 7 anos, “porque não tinha controle de nada” e que sua mãe afirmava: “isso é problema seu, você come muito porque você quer”. Simone conta: “eu era gordinha [...] eu sempre fui gordinha, estudava em escola pública e tinha *bullying*”.

Laís relata: “eu sempre fui gordinha, minha mãe fala que desde que eu nasci”. Sobre sua mãe, comenta: “ela pegava muito no meu pé porque eu era a mais velha e eu sempre fui a mais gordinha e ela pegava muito no meu pé, que eu tava gorda, que eu tinha que emagrecer, aquelas coisas de mãe, que não ia arrumar um namorado”.

Amanda, apesar de não ter relatado sobre excesso de peso em sua infância, conta sobre sua relação complicada com o corpo na infância e adolescência:

Muito difícil, eu me escondi durante muito tempo dentro das minhas roupas [...] mesmo emagrecendo, eu usava roupas mais largas [...] eu sempre me escondia, eu sempre queria ficar mais magra [...] calças largas, nada apertado [...] não (me sentia bem), com meu corpo não [...] eu não me aceitava, eu não me aceitava”

Elaine conta: “ela (sua mãe) fazia um panelão de comida, ela fazia pra gente, comia bem, ela dava até aquele óleo de bacalhau pra gente tomar, que falava que era vitamina, pra gente ser gordinho, porque ela gostava de criança gordinha, só que a única que ficou foi eu [...] eu sempre fui a mais gordinha da turma. Conta que, atualmente, sua filha “compara, ela acha que eu sou gorda, então eu sendo gorda eu não posso falar que ela é gorda”.

Segundo Tassara (2010), pessoas obesas são como ícones da família, carregam uma identidade no grupo familiar, a qual é passada de geração para geração. Neste sentido, de acordo com a autora, emagrecer seria como abrir mão de uma identidade construída no contexto familiar- uma identidade individual e familiar. Afirma: “a possibilidade de o emagrecimento ser vivenciado ocultamente, como uma ameaça aos processos identitários do grupo familiar” (TASSARA, 2010, p. 9). A autora frisa a importância de reconhecer a obesidade infantil dentro do contexto sócio- familiar.

Em algumas relações entre mães filhos, pode- se observar o processo identitário da obesidade, do corpo obeso, no grupo familiar, como afirmado por Tassara (2010). Estes foram os casos das mães que trouxeram a obesidade infantil desde as suas infâncias.

Sônia conta que seu filho é igual a ela: “Sônia de calça”. Conta de foto que publicaram em rede social dela em sua infância e que comentaram “Pablo, o que você está fazendo aí na foto?” pela similaridade dos dois. Comenta que se visse seu filho sendo alvo de preconceito, daria um show, da mesma forma como ela fazia em sua infância, quando ela sofria preconceito pelo seu excesso de peso. Ela comenta não querer que filho passe pelo que ela passou, por exemplo, “de ir em festinha e ser a última a dançar”.

Sobre a similaridade do papel dentro do domicílio dela e de seu filho, Sônia conta: “Pablo é família. Pablo é uma Sônia de calça [...] você sabe que é o homem da

casa”, diferentemente dos demais filhos. Sobre seu filho Jorge, comenta: “O Jorge é aquele que vai chegar com o dinheiro e o Pablo é que vai cuidar dele”. Conta que quando ela não está em casa para cozinhar, quem cozinha é seu filho Pablo, comentando que ele cozinha muito bem, fazendo jus ao tamanho.

Laís comenta: “pra mim era difícil, em épocas de escola, então eu já fico imaginando ele, na época de escola o pessoal fica zoando, aí é o que eu tento passar pra ele: ‘ó Márcio, a gente tem que comer certo para o pessoal não ficar...’ e ele não liga, eu ligo mais do que ele, ele sai da condução e alguém sempre fala alguma coisa e eu tomo as dores”.

Simone comenta que se preocupa de filha passar pelo que ela passou em sua infância e, inclusive, de desenvolver doenças, como ela desenvolveu, devido à obesidade.

Como visto, em alguns casos, houve mães que já trouxeram o corpo com excesso de peso, a obesidade, desde suas infâncias, havendo processos identitários com seus filhos, trazidos de uma geração anterior, inclusive com vivências similares às que tiveram em suas infâncias, as quais serão discutidas posteriormente.

O corpo com excesso de peso se mostrou dentro de um contexto familiar, como mostrado, não sendo um fator isolado, assim como a existência de relações em torno do alimento.

O alimento se mostra simbólico nas relações de afeto entre mães e filhos, podendo-se observar, inclusive, a estruturação familiar girando em torno da comida. Porta- retratos de mãe abraçada com filho na cozinha, ao lado de fruteiras ou colado na geladeira (Amanda, Priscila e Ivone); frases, como a cozinha “é o coração da casa” (Sônia), “mãe tira da boca da gente pra dar pra um filho” (Aparecida); e ocupações profissionais relacionadas à alimentação: venda de empadas e sonhos (Aparecida), marido dono de padaria e ela ex- proprietária de bombonierie (Elaine), pai que trabalha em pizzeria (Evandro).

Algumas entrevistadas com mais de um filho relataram relações opostas com o alimento e/ou com o corpo. Sobre um de seus outros filhos, Sônia conta: “por fora é uma bela viola e por dentro é um pão bolorento”. Com relação também ao corpo, Priscila conta de sua outra filha que, diferentemente de seu filho com obesidade, é magérrima e bailarina.

Também comuns foram relatos de atitudes alimentares de outros filhos opostas das dos filhos com obesidade, com a rejeição do alimento. Amanda comenta: “eu tenho

dois problemas, porque a pequeninha já não come nada, ela não é de comer, eu tenho que ficar correndo atrás pra ela comer”. Neste mesmo sentido, Elaine conta:

A outra (filha) nunca se interessou por comida, muito pelo contrário, a outra eu tinha que bater pra ver se comia, tinha tanto nojo de comer que uma vez ela vomitou dentro do prato[...] ela (sua filha com obesidade) come com a boca, ao contrário da outra, a outra já não gosta, uma o oposto da outra, uma que não come e a outra que come demais.

As experiências maternas com suas mães e com os alimentos na infância

Priscila conta que sua mãe era rígida, energética, inclusive com a alimentação, havendo, por exemplo, doces somente aos finais de semana, horários para as refeições. Comenta: “eu sempre exigi deles e a minha mãe também, era a mesma coisa”. Sobre a alimentação em sua infância, comenta: “era muito regrada, bolo tinha, claro, nós éramos crianças, mas era só final de semana, dia de semana não, não tinha nada de doce [...]. Das comidas ‘era aquilo mesmo’, não tinha nada além [...]. Ela era muito presente, porque ela não trabalhava, ela era muito presente, ela que nos levava no colégio, nas atividades extracurriculares”.

Sobre a disciplina que sua mãe tinha, conta que traz bons sentimentos e que trouxe para a educação de seus filhos: “meus filhos respeitam muito, são bem educados”. Danilo participa da entrevista, comentando: “minha mãe sempre fala pra gente se adequar às normas”. Priscila afirma “mas eu acho que fui muito liberal, principalmente com o Danilo com a alimentação”.

Sobre sua infância, Deise conta:

No meu tempo era diferente, eu vim ficar fora do meu peso depois que eu tive ela, mas no meu tempo as coisas eram muito difíceis, essa coisa de bolacha, bala, refrigerante, no meu tempo isso era muito difícil, me lembro assim que a minha mãe trabalhava e tinha um barzinho em frente da nossa casa e ela comprava algumas coisas pra marcar no carderninho [...] hoje que é muito fácil.

Conta que, assim como ela na infância de sua filha, sua mãe:

Mãe sempre trabalhou, minha mãe era diarista, sempre trabalhou, perdi meu pai muito cedo, com 8 anos [...] minha mãe trabalhava e eu que cuidava das outras duas.

Por a sua mãe trabalhar fora, comenta: “falta a gente sempre sente, qual filho que não quer ter a mãe perto [...] acho que todo filho quer tá perto da mãe”. Com relação à sua história com sua mãe e a dela com sua filha, conta:

Foi uma fase muito sofrida pra mim, porque perdi meu pai, minha mãe não trabalhava na época, começou a trabalhar naquela época [...] eu tinha muita responsabilidade por causa da minha irmã, a pequeninha [...]. Minha mãe era muito ausente com a gente, porque ela trabalhava muito, quer dizer, não teve muita diferença, porque eu também fui muito ausente com meus filhos, quase a mesma idade [...] quer dizer, que diferença que teve, ela foi ausente e eu também, situações diferentes, mas igual.

No entanto conta que sua mãe, em sua época de ausência, não teve possibilidade de ter alimentos, não teve a disponibilidade como ela, o que vê como sendo diferente. Comenta: “eu acho que o que engorda é muita facilidade”.

Ivone descreve sua infância como sendo simples e dura. Morava “na roça” com seus 7 irmãos, mãe e pai, sendo sua mãe a responsável pelo cuidado com a alimentação da família, assim como é ela hoje na sua. As refeições eram estruturadas: café da manhã, almoço e jantar, em que todos sentavam a mesa. E os alimentos eram escassos: preparações sem óleo (“óleo era novidade”), arroz de 8 em 8 dias, carne somente quando tinha e quando não tinha ficavam sem.

Afirma que viviam em uma rigidez, que não tinha esse “querer de poder escolher” frente aos alimentos. Além disso, relata a simplicidade dos alimentos. Ela não se lembra de nenhuma preferência por alimentos, uma vez que era o que tinha, eles não tinham espaço para querer a mais. Até mesmo em ocasiões de festas não celebravam com comida, tendo comida somente nos horários das refeições.

Ivone conta da privação que viveu em sua infância, da impossibilidade de ter certos alimentos, como o arroz, que era de 8 em 8 dias. Comenta, sobre a sua infância: “Não tinha condições de dar uma alimentação boa pra idade”.

Vivência similar à de Ivone, Laís também conta do sofrimento que sente por ter de negar ao filho, por hoje ter possibilidade de comprar o que sua mãe não comprava a ela em sua infância, mas não poder, uma vez que ele tem obesidade.

Sobre sua infância, Laís conta:

Eu perdi meu pai com 10 anos, ela (sua mãe) teve que voltar a trabalhar, então ela pegava muito no

meu pé [...] ela foi trabalhar e eu acabei ficando em casa pra cuidar dos meus irmãos [...] . Ela nunca foi muito presente não, minha mãe era mais afastada, aí depois que começou a trabalhar, aí afastou mais ainda [...] não tem nenhuma coisa que eu fale ‘ah, minha mãe é presente nisso’.

Ela conta que, dentre os seus irmãos, era a mais gordinha, relatando:

Por exemplo, meus irmãos era um pão pra cada e eu comia um pão e ficava: ‘to com fome, mãe, ainda, to com fome, to com fome’ e às vezes eu chorava e ela pegava uma bolacha e me dava e ela ficava ‘um pão pros seus irmãos satisfaz e pra você não’, aí na hora da comida ela colocava aquele tanto de comida e eu repetia, nesse sentido que eu to falando que eu comia mais que eles.

Com a sua mãe, conta que:

Se eu chegasse no mercado e pedisse uma bolacha, ela já começava no mercado mesmo ‘pra que? Pra você engordar mais? Pra que que você vai comer isso?’ aí ela não comprava.

Arlete conta que sua mãe dava tudo que ela quisesse, inclusive fazendo acordos. Conta que teve alergia a conservantes na infância e que, por não ter tido pai, sua avó a compensava com guloseimas. Conta:

Minha mãe trabalhava, mas menos que eu, e eu ficava mais com a minha avó, que só comia porcaria, mas eu sou alérgica a corantes, então eu não podia comer um monte de coisa: doce, chiclete, refrigerante, porque infeccionava a minha garganta [...] minha mãe não era de dar tanta porcaria para mim [...] minha avó dava na ausência dela: ‘aí coitada, ela não tem pai’, tudo ela tinha dó, então a minha avó deixava eu fazer coisas na ausência dela (mãe) [...]. Minha avó ficava com dó de mim, ela achava que ela podia me mimar fazendo uma coisa dessa, que eu tinha que mimada pela situação de não ter tido pai. Então ela ficava com dó e me deixava comer o que eu bem entendesse.

Sobre sua infância, Carmen comenta que recebia muitos não, tinha diversas obrigações, deveres, mas não tinha muitos direitos. Conta que sua mãe era presente quando chegava do trabalho, mas muitas vezes ela ficava sozinha. Ficou muito tempo sozinha e, quando não ficava sozinha, ficava com outras pessoas. Além disso, restringia o que ela queria: “não tem, não dou, não dá”.

Conta que sua mãe era bastante rígida: “não era não”, “era um não verdadeiro”. Tinha horários pra comer, não comiam tarde, era tudo mais regrado (horários certos das refeições).

Aparecida sobre mãe em sua infância, conta:

Sempre foi uma mãe zelosa, cuidadosa [...]. Sempre foi presente, porque minha mãe nunca trabalhou fora [...]. Presente sim, a todo instante [...]. Sempre ajudou a gente a fazer lição cuidou quando tava doente.

Conta da atenção e do amor que sua mãe tinha pelos filhos:

Era bem distribuída a atenção da minha mãe [...] Não tinha aquele negócio de achar que gostava mais de um do que de outro [...] É um amor incondicional com os meus três irmãos [...]. Não tem absolutamente diferença nenhuma [...]. É totalmente a mesma coisa [...] É um amor igual.

Sobre a alimentação, comenta: “nunca teve isso (controle), nem comigo, nem com meus irmãos, nunca teve [...] nunca teve ‘ah não, não pode comer isso’, negar”. Conta que para ela, atualmente, também é muito difícil negar alimento, já que “mãe tira da boca para dar para o filho”. Em sua infância, comenta: “não tive problema nenhum de restrição nem nada”.

Sônia, ao contrário de Aparecida, relatou da ausência de sua mãe. Descreve sua infância como tendo sido muito livre: brincavam na rua, eram “bicho solto”. Sua mãe era ausente, “minha mãe sempre foi de trabalhar fora, ela nunca foi de ficar dentro de casa. Então a gente que se virava. Ela fazia o básico, arroz, feijão”. A mãe deixava a comida pronta. “Eu fui criada com meu irmão na rua (...), a gente foi criado mesmo sem aquela coisa de mãe ta ali, sem poder ir em reunião (...), ficava o dia inteiro na rua”.

Pela ausência da mãe, ela não sabia o que acontecia com os filhos. Conta episódio que quebrou a mão e sua mãe não ficou sabendo, de reuniões em escola que sua mãe não ia e de *bullying* que sofria, por ter sido “gorda”, em que sua mãe não estava presente para a defender. Afirma que a ausência de sua mãe a incomodava. Para ela, sua mãe não fazia papel de mãe, define-a como “a irmã maconheira”, como não tendo nascido para ser mãe.

Afirma que sempre teve excesso de peso, desde criança, pois, segundo ela, não tinha controle na quantidade e na qualidade. Acredita que engordou “por ser sozinha, por mãe deixar a Deus dar”.

Sobre sua infância, Simone relata que sua mãe não era muito presente: “não, minha mãe trabalhava muito”. Já com a sua filha, afirma: “eu queria ser presente, eu acho que eu sou [...]. Eu já sofri muito com isso (ausência da mãe), hoje eu to sofrendo menos com isso”.

A mãe de Amanda trabalhava como dona de casa, mas nunca teve muito tempo para os filhos, “estava sempre passando roupa ou lavando roupa”. Filhos tinham liberdade para ficar soltos, brincavam na rua, mas tinham horários. Apesar de ter seus afazeres, se lembra de sua mãe sendo sua amiga, mas acreditava ser rejeitada pela mãe, que esta preferia mais seu irmão. Comenta: “minha mãe nunca ficou em cima, ela sempre deixou a gente a vontade de comer”.

Elaine conta que sua mãe era mandona e queria que as filhas meninas fizessem os trabalhos de casa. Resolvia situações no grito e batendo nos filhos.

Sua mãe afirmava para os filhos para que não passassem nenhuma vontade com a alimentação:

Vocês não fumam, não bebem. Mas, quando tiverem vontade de comer alguma coisa, comam, porque vocês não fumam e não bebem, não tem esse vício [...]. Então eu acho um pouco que essa coisa de gostar de comer vem dela, porque ela fazia você comer, mesmo se você não estiver querendo, pra não jogar fora.

Conta que sua mãe sempre gostou da fartura com a alimentação: “minha mãe, a família dela, é de Pernambuco e as pessoas de Pernambuco gostam de fartura. Se vai por uma mesa, põe tudo que tem em cima da mesa”.

Conta:

Ela fazia um panelão de comida, ela fazia pra gente, comia bem, ela dava até aquele óleo de bacalhau pra gente tomar, que falava que era vitamina, pra gente ser gordinho, porque ela gostava de criança gordinha, só que a única que ficou foi eu.

Comenta:

Naquela época não tinha a oferta de alimentos que é hoje, hoje em dia você entra no supermercado e fica louco, a demanda de coisas que eles te oferecem, praticamente empurram em você, fora os comerciais.

Elaine conta que sentia falta de sua mãe, por ela trabalhar tanto fora de casa. Ela e os irmãos ficavam com a avó: “Quando tinha reunião na escola, raras vezes ela ia”. “Eu achava bonito as mães levando os filhos pra escola e a minha mãe não fazia isso com a gente, a gente ia com Deus”.

Marina, sobre suas vivências com a sua mãe, conta:

A minha mãe era muito rigorosa comigo, com a alimentação [...] lembro se tava comendo demais, ela já tirava de perto de mim ‘pára, parece bicho, ta morrendo de fome’.

Afirma que, com sua mãe:

Eu tinha uma relação bem colada mesmo, que todo mundo falava que a minha mãe pariu e esqueceu de cortar o cordão umbilical, e eu trato a Giovana desse jeito e às vezes eu até fico ‘ai, será que eu to fazendo certo, meu Deus do céu’.

As atitudes alimentares das mães com seus filhos obesos e o comportamento alimentar dos filhos

O conceito de atitude alimentar foi definido por Alvarenga, Scagliusi e Philippi (2008), referindo-se a crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos e relacionamento do indivíduo para com o alimento, englobando, portanto, as cognições sobre alimentação e a carga afetiva em relação aos alimentos, que predispõe a determinadas ações.

O comportamento alimentar é definido por Carvalho, Filgueiras, Neves, Coelho, Ferreira (2013) como todas as formas de convívio com o alimento. Para Matias e Fiore (2010) e para Philippi, Latterza, Cruz e Ribeiro (1999), o comportamento alimentar engloba o conjunto de ações relacionadas ao alimento, que é iniciado pela decisão, a disponibilidade, o modo de preparo, os utensílios, os horários e divisão das refeições e encerra com a ingestão.

Neste item serão abordadas as atitudes alimentares referentes a crenças, pensamentos, sentimentos e relacionamento para com o alimento, principalmente das mães frente à alimentação dos filhos, além dos comportamentos alimentares das crianças e adolescentes, descritos pelas mães.

Otto e Ribeiro (2012) explicam que um importante aspecto a ser considerado no surgimento e na manutenção da obesidade é a associação da alimentação com o afeto, em que, desde a infância, o bebê é recompensado e elogiado, de forma muito acentuada,

em seus atos de se alimentar, criando o bem-estar e a afetividade relacionados ao alimento. Isto poderia levar ao mecanismo de compensação posterior por uma falta com o alimento (OTTO e RIBEIRO, 2012).

Em meio às entrevistas, algumas mães relataram a forma como seus filhos comem, atendendo a impulsos emocionais. Arlete comenta das crises, que ela define como sendo de ansiedade, que seu filho vivia, em que ficava indo ao armário a noite e beliscando: “do tipo abre um pacote de bolacha e come ele inteiro”. Elaine também comenta da ansiedade da filha, relatando: “ela meio que satisfaz na comida a ansiedade que ela tem”. Amanda comenta da ânsia de sua filha para comer, contando que mal estão terminando o almoço e a filha já está a indagando sobre o que terá para depois.

Carolina, filha de Elaine, passou a engordar após separação dos pais. Elaine conta que passou a notar na forma que filha se alimentava: “parecia que ela tava suprimindo essa necessidade, essa atenção, através da comida e a bichinha gosta de comer, ela gosta muito de comer [...] ela come com a boca”.

Algumas entrevistadas não observaram momentos marcantes em que seus filhos passaram a engordar, havendo algumas afirmações de que seus filhos sempre foram “grandes”, que sempre gostaram de comer, como é o caso de Arlete, ou de que passaram a ganhar peso repentinamente, como Marina, que conta que sua filha “até os 3 anos era magrela”.

Algumas das mães trouxeram relatos da forma como seus filhos se interessam pela comida e gostam de comer, exemplificando com os momentos da amamentação. Simone conta: “amamentei ela até dois anos e duas semanas, só não amamentei mais por causa dos dentes”. Elaine comenta: “mamou até dois anos e quatro meses no peito, só parou de mamar porque secou”.

Laís conta:

Eu tive uma bombonierie e na bombonierie era triste, aí quando foi em setembro eu fechei, porque eu falava assim ‘Márcio, você fica lá pra mim, porque assim a bombonierie era embaixo e minha casa em cima, aí 11h30 era o horário das crianças subir e ele subia e eu deixava ele lá, enquanto eu ia terminar o almoço, e eu chegava lá e era aquele monte de papel de bala, de pirulito.

Interessante notar que algumas das mulheres entrevistadas trouxeram momentos marcantes observados por elas, em que seus filhos passaram a ganhar peso, estando estes relacionados, por exemplo, ao distanciamento materno e/ou separação dos pais.

A filha de Carmen passou a engordar com 6 anos, depois que sua mãe faleceu e ela ficou afastada dos filhos. Evandro, filho de Ivone, começou a engordar com 3 anos, após separação de seus pais e início de vida empregatícia da mãe. Carolina, filha de Elaine, começou a engordar com 4 anos, após separação dos pais. Bianca começou a engordar com seus 4 anos, quando Amanda começou a trabalhar fora de casa. Amanda conta: “notei que, quando eu voltei a trabalhar, não sei se eu tirei o chão dela, o que que foi, se foi muito rápido”.

Simone primeiramente conta que não houve nenhum acontecimento marcante do ganho de peso de sua filha. Mas, no decorrer da entrevista, conta que com 5 anos filha passou a engordar, que antes disso comia de tudo, legumes e verduras, mas que após passou a ser seletiva e a ganhar peso, afirmando: “Uns 6, 7 anos que desenvolveu mais (a obesidade)”. No decorrer da entrevista comenta: “até os 5 anos dela eu não trabalhei, eu fiquei com ela, eu que cuidava, eu que levava ao médico, eu que fazia comida, eu que alimentava”.

Priscila e Deise contam, de forma mais detalhada, os momentos nos quais seus filhos começaram a engordar, indo de encontro com momentos que se ausentaram. Danilo, filho de Priscila, começou a apresentar obesidade com seus 5 anos de idade. Priscila conta:

Danilo nasceu nós morávamos em Ribeirão Preto e eu trabalhava aqui em São Paulo, vinha toda semana, vinha na segunda e voltava na sexta pra lá, então ele ficava com meu marido lá e com a babá e a babá fazia todas as vontades dele, ela ficou 5 anos comigo, aí dava tudo que não podia, queria agradar a criança, acho que pra suprir a falta da mãe [...] ele começou a engordar por causa disso

Continua, contando:

Acho que ela queria suprir a falta da mãe, não sei, então fazia todas as vontades do Danilo, era Nutella, bisnaguinha, tudo que não podia ele comia, trocava o chocolate pelo almoço e eu deixava.

Quando questionada sobre se existia algum sentimento de sua parte para agir daquela forma, conta:

Sim, com certeza. Até pra suprir a falta, eu dava tudo pra eles e deixava fazer tudo também, então não ficaram umas crianças mimadas, nem enjoadas, mas o que queriam, eu dava, inclusive de

comida, ‘ah, não queria comer isso’, ‘não tem problema’ [...] não fazia esportes e a babá, a gente falava que era uma manteiga, porque tudo que eles queriam, ela fazia, principalmente ele [...] eu só ficava com eles final de semana, então como que eu ia reprender nos momentos que eu ficava muito pouco? Então eu deixava.

Nesta época, conta que sua mãe falava: “não faça isso que você vai se arrepender lá na frente, ela sempre me falava” e Priscila respondia: “mas eu trabalho, eu vou fazer o que? Trabalho fora da cidade, fico longe deles, aí ela falava ‘você vai se arrepender lá na frente, você vai ver’”.

Augusta, filha de Deise, começou a engordar com cerca de 1 ano até os 9 anos, quando era cuidada pela irmã de Deise, uma vez que ela trabalhava fora e, como Priscila, permitia que os alimentos fossem dados. Deise afirma que sabia que sua irmã dava bolachas recheadas, salgadinhos, refrigerantes e “tudo que era besteira” à filha e que permitia. Seu filho mais velho, que não precisou ser deixado aos cuidados da irmã, não veio a apresentar obesidade; diferentemente dos demais, que era “só a base de salgadinho, refrigerante”.

Deise conta:

Ela (sua irmã) cuidou dela até com uns 8, 9 anos, então já vem esse problema com alimentação desde a época do Fernando (seu outro filho) [...] desde que nasceu até os 9 [...] e ele também passou por esse mesmo processo (também teve obesidade). [...] Ela cuidava muito bem, só nessa parte da alimentação que... a gente levava ela no médico e ele falava, ela comprava muito salgadinho, muita bolacha recheada, tudo que é besteira [...]. Sabia e deixava [...] talvez porque eu precisava dela pra cuidar dos filhos [...], não que a culpa era dela, porque se tinha dentro de casa era porque eu consentia e foram acostumados nesse ritmo de muita besteira.

Sobre o seu outro filho, que não teve obesidade, conta: “tanto que o outro já não teve esse problema, eu que cuidei dele, eu não trabalhava”. Já sua filha “foi acostumada a comer muita bala, muito salgadinho, hoje eu tento, mas eu acho que hoje tá pior, porque em casa não tem, mas na escola...”.

Deise comenta:

O ideal era que eu tivesse cuidando deles, talvez se eu tivesse cuidando não tivesse acontecido o que aconteceu com os dois, que o médico falava ‘é a

alimentação, é a alimentação' e você chegava e via refrigerante.

Deise relata “e eu sei que ela (sua irmã) fazia isso pra agradar eles [...] ela achava que tava fazendo o bem pra ela e que criança que não gosta de besteira e se você ta dando”.

Atualmente, Priscila e Deise contam que procuram regular a alimentação. Priscila conta:

Quando nós voltamos pra São Paulo, que nós viemos morar aqui, eu falei: ‘Danilo, você vai ficar um adulto obeso [...] aqui em casa não tem mais bolo, Nutella, bisnaguinha [...] agora que a gente tá tentando, eu convido ele pra ir na feira.

Mas, como afirmou Deise, é complicado, por serem hábitos já formados, comenta:

A gente ta tentando até hoje mudar esses hábitos que ficou, mas não é fácil não, porque ela ganhou muito peso, muito peso [...] tem semana que ela muda, mas aí eu percebo, acho muita bala na bolsa dela.

Carvalho, Cataneo, Galindo e Malfará (2005) frisam o ponto dificultante do tratamento da obesidade infantil, encontrado em diversos estudos, de distorções maternas acerca da imagem corporal dos filhos, dificultando a identificação do excesso de peso e de suas implicações na vida e na saúde.

Deise comenta:

Pra te falar a verdade, acho que mãe nenhuma percebe (que filho está engordando), porque quando já começa a engordar, ela já começou a engordar já tinha 1 ano e o médico falava ‘a Augusta ta indo pelo mesmo caminho do Fernando, toma cuidado, toma cuidado’, mas eu acho que a gente não percebe [...] só quando sobe na balança que toma aquele susto, mas acho que não cai na realidade [...] vai passando, você não percebe [...] quando ela tinha 5 pra 6 anos que tava demais.

Sônia comenta que, a respeito da obesidade do filho, seu marido fala: “quando crescer isso melhora” e comenta “ele acredita que melhora”. Arlete relata a crença de que, quando seu filho crescer, irá emagrecer. Comenta também que não vê problema do seu filho estar com obesidade, por ele não sofrer rejeição social.

Arlete, trazendo seus sentimentos, conta:

Sinto dó, aí me sinto culpada, então eu deixo, aí tem dias que eu levo ele no Mc Donald's, mas eu faço isso porque ele é criança, se ele não puder comer agora, ele vai comer quando? Quando ele for maior, aí que ele não vai comer mesmo.

Neste momento da entrevista seu filho participa, falando: “Porque eu não vou poder comer?”, ela responde: “você vai inventar quando você for adolescente que você quer ser magro e aí você vai fazer dieta, conheço isso” e explica para ele que o metabolismo muda.

Arlete conta: “eu fico morrendo de dó (de negar), morrendo”, afirmando que, inclusive, há vezes que chama a atenção de seu marido por ele não atender às vontades alimentares de seu filho. Relata a vez que seu filho pediu para ir em churrascaria e, a princípio, seu marido negou, contando que disse para ele:

A gente não precisa negar isso para o Érico, a gente não passa necessidade, não sei como você tem coragem de negar isso para o seu filho, aí ele se sentiu culpado e levou.

Em algumas famílias estudadas, após a percepção por parte dos pais e o diagnóstico da obesidade, houve uma tentativa de mudança da alimentação, com alterações em disponibilidade de alimentos no domicílio e também mudanças nas preparações, como redução em frituras, em alimentos ultraprocessados e em refrigerantes.

No entanto, as mães estudadas relatam a dificuldade de êxito no emagrecimento, inclusive de crianças e adolescentes que já estão há anos em tratamento e mantêm ou ganham peso ou emagrecem e logo recuperam. Sobre isto, Deise comenta: “pelo que eu faço, ela já teria que ter perdido, mas não, ela perde e ganha”.

Como visto, a comida para estas pessoas pode estar envolvida em um contexto maior, sendo importante, como afirmam Tassara, Norton e Marques (2010, p. 313), compreender a obesidade infantil “no sentido de ‘(trans)ver’, ou seja, acolhê-las com um olhar que enxerga além da sua gordura e peso”, incluindo-a dentro do contexto sócio-familiar. Aponta também para a questão de os hábitos alimentares serem formados na infância, sendo, possivelmente, levados à vida adulta.

Muitos foram os relatos acerca da postura controladora da alimentação dos filhos após o estabelecimento da obesidade, inclusive com a utilização de termos como

“sargento” e “general” e afirmações como “fico de olho” para definir suas posturas. Como Elaine, que conta: “Parecia um sargento com ela. Sabe quando você impõe uma regra ‘não, você vai comer assim’”. Amanda: “Tem hora que eu falo, tem hora que eu sou meio sargento. Não é pra comer isso desse jeito!!!”. Deise conta: “você fica controlando as coisas”. Priscila, apesar de passar o dia fora, tem a sua filha como “general”: “Minha filha é muito enérgica. Nós falamos que ela parece uma general do exército. Ela controla muito o Danilo, ela é muito magra”. Interessante notar que Priscila define a postura de sua filha como “enérgica”, assim como definiu a de sua mãe frente aos filhos. Apesar de não poder ficar em casa a tarde e desempenhar esta postura, tem sua filha que fica e desempenha. Sônia conta: “ontem mesmo quando a gente sentou pra comer pizza, eu fiquei pensando ‘não vou falar, não vou falar’”, mas quando vê já passou a chamar a atenção do filho.

Segundo Ramos e Stein (2000), as estratégias utilizadas pelos pais frente à alimentação dos filhos podem levar a alterações na auto-regulação da criança para o consumo de alimentos. Um estudo realizado por Johnson e Birch (1994) mostrou que quanto maior o controle estabelecido pelos pais sobre o que as crianças comiam, menor a auto-regulação da criança sobre a sua ingestão energética.

Outro estudo, realizado por Klesges, Coates, Brown, Tillisch, Klesges, Holzer et al. (1983), a partir de observações e de filmagens das refeições, buscou analisar o efeito da interação de pais e filhos na ingestão alimentar destes, os quais tinham idade média de 23,9 meses e pesos normais e com sobrepeso. Os resultados apontaram para uma maior indução das mães do que os pais na ingestão das crianças. Além disso, crianças com peso normal não receberam encorajamento para comer (por exemplo, “coma a sua comida”) ou oferecimento de alimentos, diferentemente das crianças com sobrepeso, as quais apresentaram em torno de 30 a 36 encorajamentos para comer ou oferecimento de alimentos durante a refeição.

Nos relatos de Priscila e Deise, em momentos que seus filhos engordaram, ficam claras as suas permissões para a entrada de “besteiras”, sem haver limites, havendo inclusive descrições das vivências em tais momentos. Ambas frisam que deixaram, que consentiram que fosse feito de tal forma, porque, caso contrário, seus filhos não teriam se alimentado de tal forma.

Elas contam que deixaram que fossem dados tais alimentos e que não fosse colocado limite ao que filhos desejassem, uma vez que estavam ausentes. Como afirmou Priscila: “eu só ficava com eles final de semana, então como que eu ia

reprender nos momentos que eu ficava muito pouco? Então eu deixava [...] eu tinha uma cozinheira e eu tinha a babá e elas que cuidavam de tudo”.

Priscila conta que não era somente com os alimentos:

Eles nunca foram crianças de fazer escândalo no shopping ‘eu quero isso, eu quero aquilo’, que apesar de eu trabalhar aqui em São Paulo e ficar muito longe deles, sempre tinha as datas certas pra ganhar os presentes, que era Natal, aniversário e dia das crianças, mas eu queria suprir de alguma forma a minha falta no dia das crianças, eles ganhavam muito, natal ganhavam muito, aniversário ganhavam muito, mas sempre aqueles datas, nunca fora daquelas datas.

Conta que, após mudar a disponibilidade de alimentos em sua casa, continuou comprando muito, em alimentos saudáveis. Conta que compra tanto que “até meu marido fala que parece que eu passei fome na infância, porque vou na feira e compro um monte de coisa”. Afirmar ter este movimento de dar, o qual ocorre não somente com alimentos, como com o cachorro de raça que deu para seu filho.

Na entrevista de Priscila conta que se arrepende desta época e quando questionada sobre sentimentos, conta: “De eu ter trabalhado tanto e não ter sido presente na vida deles naquela época”.

Quando questionada sobre uma possível postura de sua mãe com preenchimento dos filhos, Priscila conta:

Não, imagina, ela era muito enérgica, nós somos em cinco, e ela sempre foi muito enérgica em relação a notas e eu com eles (com seu filhos): “Eu trabalho, seu pai trabalha, então eu exijo que vocês tirem nota maior que 8, porque se alguém repetir de ano, vai para colégio do estado [...]. Ela (sua mãe) sempre foi muito brava, ela não dava as coisas não.

Acha que, na área da alimentação, foi diferente de sua mãe, pois: “acho que é pela ausência, por eu não ficar na cidade com ele, não participar do dia a dia”. Em sua infância, conta: “não era um bife contado por pessoa, mas não tinha aquela fartura toda”.

Deise viveu uma história similar a de Priscila. Conta:

Hoje a gente tenta tirar, mas são vícios, hábitos, porque eu fico com dó dela, que a gente acaba tendo dó, porque é mãe, né [...] eu deveria ter começado isso há mais tempo, é uma luta constante, dia após dia [...] não vejo melhora, por

mais que a gente faça. Perde dois quilos, aí ganha mais um, aí deixa de olhar, ganha mais 3[...] hoje eu estou presente, mas não sei o que fazer pra melhorar esse quadro.

Ivone contraria o modelo recebido por sua mãe, de simplicidade; comentando: “Hoje eu tenho condições de dar o alimento pra ele mais do que o que a minha mãe me dava”.

Além de dar alimentos que sua mãe não dava, Ivone também a contrastou na presença. Conta que não se lembra de sua mãe ter sido presente “em carinho”, conta que ela e os irmãos disputavam para dormir com a mãe quando seu pai viajava. Com seu filho conta ser bem presente. Sobre o sentimento de mãe pelo filho, comenta que é “o amor que a gente tem pelo filho”.

Ivone não comenta em seus relatos ter dado a abertura para seu filho ter certos alimentos no momento que ele começou a engordar, somente conta da possibilidade de dar a ele o que sua mãe não dava a ela, quando criança. Atualmente, Ivone procura regular o que filho come nas quantidades. Ele, assim como as outras crianças e adolescentes, pelos relatos das mães, não vem conseguindo emagrecer. Comenta:

Às vezes na hora que eu dou às costas e quando ver ele mexe um pouquinho da panela. E no caso me dá o que, eu fico triste, né. Por tanto eu pedi, por tanto eu querer e eu não to vendo resultado.

Laís, referindo-se a ausência de sua mãe, comenta: “aí eu fiquei assim: ‘eu não quero que meu filho passe por isso’, aí eu tento ser a melhor amiga dele e tentar ajudar ele [...]. Com Márcio eu sou mais presente, a gente brinca, a gente sai junto, a gente passeia junto”.

Comenta que com o seu filho “eu quero fazer pra ele o que minha mãe não fez pra mim quando eu era criança, aí é por isso que eu compro as coisas pra ele [...] nesse sentido eu sou (diferente), eu dou o que ele quer, eu converso com ele, se ele quiser comer, bem”, contrapondo o que sua mãe fazia. Conta que para o seu filho ela chega a comprar e ver se ele vai querer comer mesmo. Relata que:

Eu compro, quer dizer, pego lá na padaria, coloco na mesa e ele vai começar a comer e eu começo a falar, por exemplo ‘você pode comer uma vez na semana, você já não comeu essa semana? Então você tem que ir da sua consciência, você pode comer ou não pode?’ aí ele para, pensa e aí ele deixa lá, aí eu pego e jogo fora, eu não proíbo, não.

ele quer tal coisa, eu vou lá, compro, aí nós chega em casa, põe na mesa, só que aí eu pego e começo a conversar com ele, aí tem vez que ele deixa, mas tem vez que ele não deixa não, ele come.

Relata: “eu fico triste de não dar”, “sabe, você fica triste, ‘ai, porque que eu não dei?’, que era o que a minha mãe fazia, ela não comprava e não tava nem aí”. Afirma: “a gente pode comer o que a gente pode comprar pra comer”.

Sobre a situação com sua mãe, conta: “eu ficava com raiva e às vezes eu até falo para o Márcio, eu começo a falar as coisas pra ele e eu ‘você tá com raiva da mãe’ e ele ‘não mãe, eu não to, eu não to’”. Como abordado anteriormente, esta história mostra claramente um processo identitário entre mãe e filho, pela história que ela viveu.

Laís comenta que:

Até hoje, se ela sobe na minha casa e eu comprei uma pizza ela fala ‘mas porque comprou a pizza? Sabe que o menino não pode comer! Pra que que você comprou?’ e eu fico nervosa, eu fico com raiva, dá essa angústia porque aí eu já fico pensando: ‘porque eu comprei essa pizza? Pra que que eu comprei isso?’

Ela comenta também de seu irmão, afirmando que ele:

Foi bem diferente (da sua mãe), ainda mais que eu, em matéria de brinquedo, tudo ele dá, em matéria de brinquedo essas coisas eu não dou muito, eu dou mais na parte de comida, na parte de comida que ele me pede.

Laís conta que atualmente, que seu filho tem obesidade, é muito ruim restringir o que ele quer, comentando que:

No dia a dia, ele fica assim ‘ah, na casa do meu amigo eles comem macarrão todo dia e em casa não, aí sabe que dá aquela coisa assim, ‘ah, na casa do meu amigo eles comem lanche de noite, na casa do meu amigo eles comem pizza’, aí me dá sabe aquela angústia assim por dentro, aquele ‘ai, porque que ele não pode comer isso’.

Arlete conta: “a gente tenta regular (na alimentação), mas tem sempre aquela culpa de trabalhar fora, culpa de mãe, ele acaba comendo, acaba dando mais que devia,

a gente deixa ele comer o que ele quer sim”. “Quando eu permito ele coma, eu penso que ele é criança, na hora que ele precisar emagrecer, ele pratica um esporte e emagrece”.

Similarmente à Laís, Arlete conta: “por causa das coisas que a gente sentia falta na infância, tudo que a gente não teve, a gente acaba querendo que o Érico tenha, e às vezes a gente exagera”.

Conta que em sua infância não teve pai, afirmando: “fui cuidada pela minha avó e minha mãe, igualzinho acontece com o Érico”. Arlete comenta algumas situações e vivências similares com seu filho do que ela viveu, como a de “se não sobrar (comida do almoço para o jantar), dá um jeito, é porcaria”, como era em sua infância. Relata seu medo que teve em dar papinha industrializada:

Eu nunca confiei em papinha industrializada, achava que aquilo tinha conservantes e que não tinha mais nutriente nenhum, então eu sempre fiz a papinha do Érico e congelava.

Ela mesma teve alergia a conservantes e levou para sua relação com seu filho.

Da mesma forma que ocorreu na sua infância, com seu filho também conta sentir dó e a culpa por não estar sempre presente, por trabalhar, o que a faz permitir que ele coma o que ele quiser. Afirma: “em relação a alimento, na minha cabeça, não se nega comida”. Relata: “que criança cresce sem doce? Eu transfiro isso pro Érico. Eu não podia, aí eu tenho dó, acabo deixando”. Comenta:

Tenho dó porque eu e o meu marido, quando a gente era pequeno, se a gente quisesse, por exemplo, ‘ah mãe, não quero jantar, não to legal’ e a minha mãe me desse dinheiro e eu fosse na doceria da esquina e comprasse tudo em doce, minha mãe deixava eu comer [...] tenho dó porque ele não tem dias que pode comer alguma besteira.

Sobre seus sentimentos relata: “sinto culpa porque ele não pode se divertir como eu me divertia na minha infância [...] sinto dó porque ele não teve o lazer que eu tive e o pai dele também tinha”, que a fazem querer dar para o filho, não negar. O mesmo movimento de compensação, que viveu em sua infância, é repetido com o filho.

Carmen sente muita satisfação quando pode dar. “Nossa eu fico satisfeita de poder dar”, “contente, alegre, sabe aquela auto-estima mesmo, eu pude, eu posso”, “que é uma coisa que eu não tive”. Carmen afirma “Eu acho que tenho que dar”. Então fala “pega só um pouquinho”.

Carmen conta que se sente frustrada, triste e desanimada ao ver como filha está e ao ver a forma como come. Comenta que não consegue falar não. “Acho que recebi tanto não na minha vida que hoje eu não falo não pra ninguém”.

Se não dá o alimento sente muito dó, culpa e remorso. Culpa e remorso por poder dar e não dar. Então, “eu sempre falo pega um pouquinho, só um pouquinho”. Afirma: “Porque a pior coisa é você não poder comer o que você quer”. Carmen se tornou uma mãe presente, diferentemente da sua, e passou a dar “direitos” aos filhos, que afirma não ter tido.

Carmen comenta: “Hoje eu percebo que a gente faz aquilo que a gente não pode fazer, eu percebo isso, tudo que eu faço hoje é que eu não pude fazer lá atrás”. Afirma: “na alimentação eu abro mão”, todas sextas-feiras pedem comida em casa, contando que em uma sexta-feira que falou não, que iriam comer uma sopa que ela havia feito, ela foi dormir com o coração partido e a família inteira ficou de mal dela, pois ela não quis comprar o que eles queriam. Afirma ter se sentido péssima.

Sobre dar aos filhos o que ela não teve, comenta: “Também não pode ser demais, você acaba errando”. Relata que sua mãe podia, mas ela não dava. Hoje ela dá tudo da moda para seus filhos: “Minha mãe não dava não [...]. Eu posso dar para os meus filhos, eu dou o que eu posso [...]. O pai também dá o que ele não teve para os filhos. Ele fala: ‘eu não tive, eu vou ter’”.

Da mesma forma como teve em sua infância, Aparecida conta que com sua filha também procura ser presente e ter uma relação de “amiga”. Comenta: “eu quero que a minha filha tenha total liberdade de chegar pra mim e conversar tudo que ela quer conversar [...]. Sempre quis dar abertura pra ter total liberdade e vim falar comigo”.

Comenta, com a alimentação da filha: “eu não proíbo de comer, mas eu faço ela ver se ela quer comer aquilo mesmo [...] pra não chegar ao ponto de ela começar a comer escondido”. Conta que para ela “é duro, você negar comida é terrível [...] você ficar ‘ah, não vai comer isso, não vai comer aquilo’ é terrível, pra uma mãe isso é terrível”. Afirma: “ela tem 9 anos, ela quer ir no Mc Donald’s, ela quer tomar sorvete, ela quer comer chocolate, ela quer comer salgadinho”.

Um ponto importante trazido por Aparecida é o de que ela também engorda sem saber o porque, comentando:

Eu não sei te dizer aonde que eu erro, porque a comida é pouca, eu não sei te dizer o problema de eu estar engordando [...] às vezes eu pego

um Danone, pego uma fruta ou eu faço uma pipoca.

Este aspecto, trazido também por outras falas, mostra que a atitude das mães com relação aos alimentos, que pode deixá-las acima do peso, pode influenciar na forma como elas ensinam a alimentação para seus filhos. Aparecida, inclusive, comenta: “Mas eu tenho problema de peso, como que eu vou conseguir conscientizar uma criança de 9 anos pra ela também não ter problema de peso?”.

Sônia veio a se tornar muito presente com seus filhos: “a mãezona”. Sônia contrastou o modelo recebido. Conta, inclusive, que é a “mãe” dos demais da família, que nos dia das mães ganha presente dos parentes.

Sônia conta que seus filhos têm a presença dela dentro de casa. Diferentemente de como era com sua mãe. Comenta: “Diferença é que minha mãe trabalhava, depois que o Fernando nasceu eu trabalhei poucas vezes”. Afirma: “Eu sou mãe o tempo integral”.

Sônia procura educar seu filho Pablo, atualmente, mas sua relação com alimento poderia continuar inalterada desde sua infância, comentando que em seu domicílio todos tem sobrepeso, aparentando ser um modelo que ainda é trazido, uma estrutura da família em torno do alimento. É interessante notar que, atualmente, Sônia reside em mesma casa que viveu em sua infância.

Sobre o privar, Simone conta: “Me sinto às vezes uma bruxa [...]. Fico chateada, porque a gente sabe que a pessoa gosta, tem vontade de comer e a pior coisa do mundo é você viver fazendo regime”. Em sua infância, conta não ter tido restrição de alimentos. Afirma: “eu lembro até que saiu a bolacha recheada na época e minha mãe comprava”.

Conta:

Eu acho que é muito bom você poder alimentar, eu acho maravilhoso, tanto que eu acho maravilhoso que eu amamenteei ela até dois anos e duas semanas [...]Então eu acho que quando você vai fazer o seu alimento você tem que fazer com amor para que todos gostem e se sintam bem.

Comenta: “dessa vez passou na televisão o danoninho metade uva roxa e verde e ela pediu pra eu comprar e eu comprei, então eu acho que é pela propaganda que tem vontade”. E afirma: “não tanto quanto eu deveria (restringir), como eu te disse eu deixo ela comer, porque eu fico com dó, eu sei que é criança e sente vontade”

Conta que com os seus filhos, diferentemente de sua mãe: “eu sou mais presente, sou mais amorosa, mesmo meu jeito bruto de ser eu sou mais amorosa com meus filhos [...]. Eu não tive isso, essa liberdade com a minha mãe, de ser amiga”.

Amanda também conta ter atitude de “amiga” com suas filhas, mas afirma que com suas filhas procura ser mais presente. Afirma: “Eu quis ser mais participativa da vida das minhas filhas”.

Conta similaridades no modo de cuidar da alimentação: “minha mãe também fazia as comidas triviais, sempre era o arroz com feijão” (assim como ela).

Sobre a forma como cuida da alimentação da filha, conta:

A gente vai no mercado e é o trivial e se elas querem a bolacha, é aquele dia, ‘mãe, posso pegar uma bolacha? ‘pode, só que acabou, acabou’, ‘chocolate ?’, ‘pode, mas acabou, acabou’[...] O que a minha filha gosta de comer é chocolate [...] E é uma barra, divide as duas (filhas) e come [...] Tem dias que ela fala ‘mãe, hoje eu quero um refrigerante’, então eu dou, eu não fico, sabe assim, bitolada [...]. Pior coisa que tem é você não comer o que tem vontade.

Sua filha passou a engordar e momento que ela se ausentou para trabalhar. Hoje em dia, afirma: “tento trabalhar dentro de casa pra eu ficar com ela” e, por estar mais, com a filha não se sente culpada.

Sobre o seu papel como mãe, comenta: “você ama a sua família, a sua mãe, o seu marido, mas o seu filho é seu, aquele amor, você gerou [...] o amor de mãe é igual para todos os filhos”. É a forma como ela procura agir com as filhas, contrastando do que recebeu, em que acreditava que sua mãe gostava mais de seu irmão do que dela.

Assim como sua mãe, Elaine conta, em seu discurso, que já bateu nas filhas e que costuma gritar, utilizando-se do mesmo mecanismo recebido em sua criação com sua mãe. Afirma acreditar trazer o “descontrole” de sua mãe e conta, sobre o gritar: “é um pouco do que eu colhi da minha mãe”. Apesar de contar estar sempre em “regime”, sua cozinha dispunha de embalagens de restaurante *fastfood*, esfihas e pizzas.

Sobre a forma como foi criada por sua mãe, afirma: “um pouco a gente acaba pegando, porque a gente acaba pegando ele como espelho da gente, não tem jeito, eles são as pessoas que a gente se espelha”. Relata:

Quando eu casei com o pai dela, eu era muito Amélia, eu fui criada para ser mãe, pra ser dona de casa e foi isso que eu fui [...]. Tem 10 anos que eu nós

estamos separados, quando ele morava aqui, era tudo a base da fritura mesmo, porque ele gostava.

Semelhante à Elaine, Marina conta:

A gente comia muito lanche, muita pizza, a gente não tinha muito controle, então sempre entrava coisas muito gordurosas aqui em casa, porque meu marido é do norte, é filho de nordestino, então tem que ter bacon, tem que ter carne de porco.

Comenta: “tenho muito arrependimento, com certeza, se eu pudesse voltar atrás e fazer tudo de novo”. Filha chegava da escola e ficava a tarde toda no sofá assistindo televisão e comendo, não tinha uma atividade.

Acerca de restringir o que filha come, comenta: “ah, é horrível, nossa, parece que você tá assim, batendo na pessoa, quando você fala ‘não pode’, fica contrariada”. Relata: “não consigo (falar não), eu não sei o porque disso”. Conta: “bolacha, ela gosta daquela bolacha de leite, eu trago o pacote pra ela, mas a bolacha precisa durar por um bom tempo, eu falo pra ela ‘se você acabar antes do tempo, fica sem’, aí antes ela comia o pacotinho inteiro”.

Marina conta que, diferentemente de sua mãe, ela não consegue falar “não”. Comenta: falar ‘não’ é tão difícil”. Sua mãe era rígida, tinha horários para comer e não dava alimentos para agradar, diferentemente da forma como ela foi com sua filha. Conta: “na nossa infância toda ela (sua mãe) foi muito presente [...] ela era dona de casa”, assim como Marina é atualmente.

Comenta: “eu e a minha mãe era bem confidentes [...] e eu trato a Giovana deste mesmo ritmo, que às vezes eu até me arrependo”. Conta que sua mãe “sempre foi presente”. Afirma: “eu tento me espelhar na minha mãe pra mim educar a Giovana”. Relata “sempre fui presente na vida da Giovana [...] somos bem amigas, nós trocamos confidências”. Afirma que, com sua mãe:

Eu tinha uma relação bem colada mesmo, que todo mundo falava que a minha mãe pariu e esqueceu de cortar o cordão umbilical, e eu trato a Giovana desse jeito e às vezes eu até fico ‘ai, será que eu tô fazendo certo, meu Deus do céu’.

Conta que dá tudo para a filha, dentro da possibilidade. E, apesar de se definir como presente na vida da filha, assim como sua mãe foi na dela, conta que tem o movimento de preencher, para:

Repor, um companheirismo no lugar, a parte de brincar, de se divertir, que eu não faço com ela [...] A gente compra as coisas pra repor, um companheirismo, porque a gente já é velho, não consegue brincar.

O preenchimento por filha não ter o que ela teve:

Eu penso assim, na minha época, com minha mãe, eu tinha meus dois irmãos, que é tudo da mesma faixa etária, um atrás do outro, então a gente tinha com quem brincar, e ela não tem, eu não vejo com quem ela brincar, ela fica a semana toda trancada nessa casa, só sai pra ir na escola.

Pode-se ver que muitos modelos foram seguidos, em que situações, vivências, foram reproduzidas com os filhos. Outros modelos, em alguns aspectos, foram contrastados por completo, como o de Sônia. Os resultados serão discutidos no capítulo a seguir.

CAPÍTULO IV: Interpretação Compreensiva dos Resultados

O ambiente e a família obesogênicos

A obesidade na infância encontra-se inserida em um contexto sócio- cultural da pós- modernidade. Este contexto vem sendo bem discutido na literatura científica acerca da problemática da obesidade e vem determinando, por exemplo, a disponibilidade dos alimentos às pessoas, influenciando a adoção de determinados consumos alimentares e de práticas cotidianas relacionadas à alimentação e também à prática de atividade física.

A mídia, a partir dos meios de comunicação de massa, atua na formação de opiniões, criando a cultura (THOMPSON, 1999). Desta forma, a mídia é capaz de defender interesses e fabricar acontecimentos, de acordo com uma determinada realidade que busca divulgar (CHAMPAGNE, 1998). As mensagens chegam a um determinado grupo, influenciando o seu modo de pensar e de agir, interferindo na cultura local (FELIPPE, 2004).

O padrão corporal magro é estimulado pela mídia e o gordo, discriminado, de forma nada sutil, havendo mensagens agressivas, persuasivas e nada estimuladoras, determinando o padrão estético do momento (FELIPPE, 2004). Nesta cultura vigente, há a imensa propagação de formas de se atingir este ideal de corpo, havendo, por exemplo, as academias de ginástica e as práticas indiscriminadas de dietas. Então, por um lado, os meios de comunicação estimulam o uso de práticas alimentares para o emagrecimento e, por outro, instigam a prática e o consumo de itens relacionados à obesidade, como, por exemplo, de lanches *fastfood* (SERRA e SANTOS, 2003).

Serra e Santos (2003, p. 692) explicam:

Não se trata de uma decisão ou ação das empresas midiáticas, elas integram um contexto empresarial e um sistema de crenças em que há uma estreita relação entre uma suposta verdade biomédica e um desejo social e individual. O corpo é um campo de luta que envolve diferentes saberes, práticas e imaginário social.

Dentro deste aspecto há a “indústria da magreza”, a qual determina o ideal de corpo, o que é considerado belo (MARCONDES, 1993). Esta indústria da magreza e da beleza gera lucros a diversos setores econômicos, como de produtos alimentares, da indústria têxtil, da indústria farmacêutica, da tecnologia médica, entre outras, que

buscam sustentar atitudes constantes de pessoas por este corpo dito “belo” (MARCONDES, 1993). Neste sentido, utilizam-se de meios de comunicação e da criação constante de novos produtos, que satisfaçam novas necessidades, as quais são produzidas justamente pela indústria da magreza e da beleza (FERRIANI et al, 2005; OLIVEIRA et al, 2003).

Dentro do contexto da pesquisa em questão, as entrevistadas mostraram suas preocupações e valorizações de um corpo magro. Como exemplos, tem-se Priscila, que exalta a característica “magérrima” de sua filha, Ivone conta que sonha com a possibilidade de seu filho ser magro e Elaine conta que a busca da magreza, através de regimes, é em conjunto por ela e pela a filha.

Enquanto que, por outro lado, nesta mesma sociedade há a disseminação de uma atitude e de um consumo alimentar relacionados à obesidade. Como visto anteriormente, uma cultura que promove o consumismo e o prazer momentâneo, que cria e que propaga o consumo de alimentos ultraprocessados, de *fastfoods*, que possuem maior densidade calórica, são mais ricos em gorduras e em açúcar e mais pobres em fibras, por exemplo, quando comparadas a alimentos in natura.

O que pode ser percebido, através do discurso das entrevistadas, é que na infância da maioria destas, que na maioria dos casos coincidem com momentos anteriores ao da crescente industrialização do alimento, este não era oferecido em toda a complexidade que é hoje: eram alimentos e preparações simples, básicos. Além disso, eram oferecidos em horários determinados (café da manhã, almoço e jantar). Pode-se observar, pelos discursos, portanto, a mudança na disponibilidade e no consumo de alimentos na infância das entrevistadas, quando comparada às infâncias de seus filhos.

Ivone, nascida em 1964, conta que viveu sua infância “na roça” e teve os alimentos simples, básicos: “na hora do almoço era aquela comidinha simples”, “o que eu lembro é desse tipo de alimento: o leite, o inhame, a mandioca, essas coisas“. Além disso, além de serem alimentos básicos, eram oferecidos e disponíveis somente no horário da refeição: três vezes ao dia, todos da família se sentavam a mesa para fazer as refeições.

Sônia, de 1971, sobre sua mãe, conta: “ela fazia o básico, arroz, feijão”, “hoje a gente tem mistura todo dia, naquela época não, era quando meu pai recebia”. Elaine, de 1969, conta: “naquela época não tinha a variedade de coisas como é hoje”. Amanda, de 1969, relata que sua mãe fazia comidas triviais e que não era de cozinhar diferente,

sempre tendo arroz com feijão. Simone, de 1968, conta ter tido alimentos disponíveis, mas muito poucos industrializados. Deise, de 1962, comenta:

No meu tempo as coisas eram muito difíceis. Esse negócio de bolacha, doce, refrigerante, eu nem me lembro de comer isso [...]. No tempo da gente não tinha essas coisas [...] a gente não tinha esse querer de poder escolher.

Sobre a regularidade na alimentação, Priscila, de 1972, comenta que a alimentação era regrada e simples: bolos e doces somente de final de semana, “horário pra tomar café, pra almoçar, pra jantar”. Conta também que “não era um bife contado por pessoa, mas não tinha aquela fartura toda”. Carmen, de 1969, também relata os horários certos para comer e os doces somente aos finais de semana.

Diferentemente do momento atual, relatam a complexidade dos alimentos, a variedade e a inserção de industrializados e de *fastfoods*. Amanda relata que filha pede chocolates e outros produtos alimentícios; ela, assim como Simone, também tinha um pote de balas em sua cozinha. Elaine, apesar de não ter relatado consumo de alimentos industrializados e *fastfood*, tinha em sua cozinha embalagens de esfihas e de pizza. Marina relata que, por mais que filha esteja com problema com obesidade, seu marido gosta de levar a família em restaurantes *fastfood* e de pedir preparações como frango frito. Arlete e Carmen contam dos alimentos que estão disponíveis aos filhos, sendo estes industrializados e também *fastfood*.

De acordo com Nestle (2007), a obesidade é fruto sociológico da globalização, a qual deu lugar à transição nutricional, com a “cocacolonização” e os *junkfoods*, deste modo, com a globalização houve a ascensão de alimentos com baixo valor nutricional. Elaine, sobre os supermercados, comenta que eles “praticamente empurram em você”.

As mudanças alimentares da população se mostram bastante atuais e relevantes de serem discutidas, sendo as mesmas relacionadas à atual epidemia de obesidade, entrando em foco no Guia Alimentar para a População Brasileira, de 2014, do Ministério da Saúde. Neste é discutido a qualidade nutricional superior de alimentos in natura ou minimamente processados e de preparações culinárias com base nestes, quando comparados a alimentos processados ou ultraprocessados.

No Guia Alimentar para a População Brasileira (Ministério da Saúde, 2014, p. 23) são abordados fatores atuais relacionados à alimentação que dificultam a adoção de hábitos saudáveis, como:

(...) custo mais elevado dos alimentos minimamente processados diante dos ultraprocessados, a necessidade de fazer refeições em locais onde não são oferecidas opções saudáveis de alimentação e a exposição intensa à publicidade de alimentos não saudáveis.

Fatores relacionados aos ultraprocessados estariam ligados a obesidade, como o hipersabor- que pode induzir um hábito ou até mesmo a dependência; o comer sem atenção- havendo a possibilidade de comer em qualquer lugar; os tamanhos gigantes- que podem levar a um consumo maior de calorias; e as calorias líquidas- como de refrigerantes, que também podem levar a um maior consumo de calorias com um menor “registro” pelo organismo das mesmas (Ministério da Saúde, 2014).

As mães da pesquisa em questão relataram a maior preferência e desejos de seus filhos por alimentos ultraprocessados, como bolachas recheadas, refrigerantes, e também por *fastfood*. Como apontado anteriormente, por mais que estejam em tratamento e buscando a melhora do quadro de seus filhos para a obesidade, em seus domicílios era possível de se ver sacos de balas e embalagens de restaurantes *fastfood*, o que mostra a entrada dos mesmos nos cotidianos das famílias.

Também no Guia Alimentar para a População Brasileira (Ministério da Saúde, 2014) é abordada a questão da publicidade associada a alimentos ultraprocessados, a qual estaria afetando, principalmente, crianças e jovens:

Os brasileiros de todas as idades são diariamente expostos a diversas estratégias utilizadas pelas indústrias de alimentos na divulgação dos seus produtos. Comerciais em televisão e rádio, anúncios em jornais e revistas, matérias na internet, amostras grátis de produtos, ofertas de brindes, descontos e promoções, colocação de produtos em locais estratégicos dentro dos supermercados e embalagens atraentes são alguns dos exemplos mais frequentes dos mecanismos adotados para a sedução e convencimento dos consumidores. Mais de dois terços dos comerciais sobre alimentos veiculados na televisão se referem a produtos comercializados nas redes de *fastfood*, salgadinhos “de pacote”, biscoitos, bolos, cereais matinais, balas e outras guloseimas, refrigerantes, sucos adoçados e refrescos em pó, todos esses ultraprocessados. A maioria desses anúncios é dirigida diretamente a crianças e adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 117 e 118).

As entrevistadas trouxeram este aspecto em seus discursos. Simone conta que sua filha, ao ver propagandas na televisão, quer exatamente o que foi exposto, dando exemplo do iogurte de uva verde, também conta que quando sai com o irmão gosta de ir em restaurantes *fastfood* comer lanches. Sobre este tema, Ivone relata: “não tinha esse querer de poder escolher. E ainda mais as condições que não tinha, não dava pra gente dizer ‘ah, eu quero isso’; não, era aquele, aquele e pronto”. Amanda conta que muitas vezes que sua filha pede chocolate, refrigerante, ela dá, não fica “bitolada”.

Como afirmado por Linn (2006, p. 25):

Hoje as crianças são atacadas por propagandas por toda parte – em casa, na escola, nas quadras de esporte, nos playgrounds e nas ruas. Elas passam quase quarenta horas por semana envolvidas com a mídia – rádio, televisão, filmes e internet – sendo a maioria delas movidas por comerciais.

Complementa, afirmando: “as corporações estão tentando estabelecer uma situação na qual as crianças fiquem expostas às suas marcas no maior número de lugares possível” (LINN, 2006, p. 130).

Outro aspecto da pós- modernidade é forma de lazer e de atividades físicas das pessoas. Os hábitos, na infância das entrevistadas, eram outros. Priscila, Elaine, Amanda, Aparecida, Arlete e Carmen contam que brincavam na rua em suas infâncias, diferentemente de seus filhos. Priscila, por exemplo, atualmente paga *personal trainer* para seu filho se exercitar em seu prédio, além de ter comprado o cachorro que desejava e dado outros presentes, como videogame.

Ivone, sobre sua infância, comenta: “Nós comprava panelinha de barro na feira e nós brincava, fazia comidinha. Nós falava ‘vamo brinca de panelada!’ e cada qual levava uma coisinha. E nós brincava a tarde inteira ali”. Sônia conta “A gente foi criado bicho solto. Na rua brincando, de lá pra cá”, “meus filhos não é bicho solto, meus filhos não brincam na rua”.

Como afirmou Oliveira e Real (2011), brincadeiras como panelinha, futebol de botão e amarelinha são hoje esquecidos, em que o brincar dá lugar ao comprar. As crianças deixam de ir ao parque e a praia brincar para ir ao shopping comprar (OLIVEIRA E REAL, 2011). Além do shopping, o supermercado também está sendo palco deste consumismo.

Fatores relacionados ao ambiente familiar vêm sendo considerados como influenciadores para o estabelecimento da obesidade. De acordo com Jahnke e

Warschburg (2008), fatores familiares podem predispor à obesidade, originando o que se chama de família obesogênica.

Segundo os autores, um dos fatores de risco para a obesidade está relacionado à díade mãe e filho, em que taxas de obesidade da criança estão associadas à da mãe (JAHNKE e WARSCHBURG, 2008). Neste estudo, como apresentado no capítulo III, encontraram-se mães e filhos apresentando excesso de peso. Estudos como os de Engstrom e Anjos (1996) e de Poskitt (1978) apontam para o maior risco de ocorrência de obesidade em filhos de pais obesos, o que pode ser devido à genética e também a hábitos de vida.

Com relação à família obesogênica, neste estudo com as mães de filhos obesos, observaram-se aspectos relacionados à disponibilidade e ao consumo de alimentos no domicílio relacionados ao quadro. Além disso, foram observados comportamentos das mães frente aos alimentos, que também poderiam predispor à obesidade dos filhos e, portanto, também inseridos dentro do contexto da família obesogênica.

Quanto à disponibilidade e ao consumo, as mães relataram: pela possibilidade de comprar, adquirem e/ou já adquiriram alimentos ultraprocessados, associados à obesidade, como refrigerantes e bolachas, além de *fastfood*.

Deise conta da disponibilidade destes em seu domicílio em momento que filha passou a engordar. Atualmente, apesar de privar em domicílio, conta que a filha encontra em demais locais, como na escola. Priscila conta do momento que seu filho passou a apresentar obesidade, em que seu domicílio era repleto destes alimentos, os quais ele consumia. Carmen conta que às sextas-feiras seguem a “regra” de pedir *fastfood* em seu domicílio. Elaine comenta que em momento da infância de sua filha, em que ela engordou, fazia as vontades alimentares de seu marido, tendo a disponibilidade, em seu domicílio, de alimentos muito gordurosos.

Deise relata que em seu domicílio, atualmente, todos estão acima do peso. Similarmente ao discurso de Sônia, que conta que todos do local apresentam sobrepeso ou obesidade, comentando de seu irmão que não apresentava obesidade e que, ao ir morar em seu domicílio, passou a engordar. Ela relata que, da mesma forma, o seu domicílio também é local de sobrecarga emocional de toda a família, em que todos levam os problemas para lá.

Além da disponibilidade e do consumo alimentar no domicílio, na família, o aspecto da família obesogênica mostrou-se pelo comportamento e hábito alimentar das mães dos filhos obesos.

Sônia conta da comida pesada em seu domicílio, mas também de seu comportamento de comer sem limites, que conta trazer desde a sua infância, em que ela já apresentava obesidade. Laís conta que, em sua infância, era a única que era “gordinha”, que comia mais que seus irmãos e que sua mãe achava ruim com isso e a coagia em momentos da sua alimentação.

O ambiente obesogênico do domicílio de Laís, por exemplo, mostra-se através destes comportamentos e também das disponibilidades que seu filho encontra. Como relatado por ela, houve momento de sua vida, em que ela deixou ele tomando conta de sua bombonierie e encontrava diversas embalagens de doces.

Outras mães trouxeram o aspecto de já terem sido crianças com excesso de peso ou de terem vindo a desenvolver obesidade na adolescência ou na vida adulta, o que aponta para o fator dos hábitos e dos comportamentos destas mães para com o alimento.

Os discursos de algumas mães mostraram aspectos identitários entre mãe e filho, uma reedição da história materna na história e vivência do filho com obesidade. Tassara, Norton e Marques (2010) apontam a reedição da obesidade nos grupos familiares e a questão da identidade que a pessoa obesa assume dentro do contexto familiar. Estes autores apontam para o fenômeno da transmissão transgeracional na obesidade, em que o corpo obeso é tipo como um aspecto identitário dentro do grupo familiar.

Ainda frente ao comportamento das mães, encontrou-se a forma de comprar alimento associada a um consumismo. Como conta Priscila sobre a forma exagerada de comprar, que já teve este comportamento frente a ultraprocessados e que posteriormente, segundo ela, passou a adquirir em “alimentos saudáveis”, como frutas da feira. O consumismo também apareceu nos discursos das mães não somente relacionado ao alimento, mas também a outros objetos. Expressões como “dá mais que devia”, “dá tudo da moda”, “acaba errando se dá demais” apontaram para o consumismo.

O conhecimento do ambiente familiar e dos aspectos que o englobam é importante no sentido de compreender que, no campo da formação dos hábitos alimentares, tem-se os pais como primeiros educadores nutricionais e de que a infância é momento central no desenvolvimento do comportamento do indivíduo frente ao alimento.

De acordo com Abbagnano (1999, p. 45), “A palavra hábito vem do latim habitus significa “uma disposição constante ou relativamente constante para ser ou agir

de certo modo”. Estudos na área dos hábitos alimentares trazem o ponto de que estes são adquiridos na infância (BOEHMER, 1994) e, segundo Spinelli, Souza e Souza (2001), são geralmente levados para a vida adulta. A família é um dos principais fatores responsáveis pela formação do comportamento alimentar da criança, sendo os pais os seus primeiros educadores nutricionais (RAMOS E STEIN, 2000),

A aprendizagem da criança é central para o desenvolvimento dos hábitos frente aos alimentos, sendo este estabelecido através do processo de condicionamento, sendo associado, por exemplo, a consequências pós- ingestão de alimentos e contexto social da alimentação (BIRCH, 1997). Em especial, as estratégias que os pais utilizam relacionadas à alimentação, para ensinar o que e quanto comer, desempenham papel central no desenvolvimento do comportamento alimentar infantil (BIRCH, 1998).

Camargo, Barros Filho, Antonio e Giglio (2013, p. 324) apontam que:

Estudos atuais discutem a importância do papel das mães e das famílias como fator fundamental para o sucesso no tratamento da obesidade de crianças e de adolescentes considerando-se que nessa faixa etária os indivíduos são dependentes de seus pais e/ou cuidadores.

Segundo Barros Filho (2004), as questões relacionadas ao ambiente estão exercendo grande influência no atual quadro de obesidade e, assim, se o ambiente não mudar, torna-se difícil para a pessoa com obesidade emagrecer e se manter magra. Assim, o autor frisa que as mudanças na sociedade- no ambiente como um todo e na família- são essenciais para a adoção de novos hábitos.

O comportamento alimentar dos filhos com obesidade relacionados a fatores emocionais

De acordo com Carvalho, Cataneo, Galindo e Malfará (2005, p. 133)

Programas de tratamento para a obesidade infantil têm enfatizado quão difícil é conseguir minimizar esta condição. Nem todos os que buscam atendimento têm sucesso mantendo ou reduzindo o índice de massa corporal. Sabe-se, ainda, que o envolvimento da família é de extrema importância, pois são os pais que arranjam o ambiente da criança podendo facilitar ou dificultar o controle da ingestão de alimentos menos calóricos. Em geral são os pais que oferecem à criança os alimentos,

diretamente, por meio do preparo de refeições ou permitindo sua compra pela própria criança.

Neste estudo, encontraram-se relatos das mães acerca da dificuldade do êxito no tratamento para a obesidade, com relatos de filhos que mantiveram a massa corporal ou aumentaram, com o passar do tempo do tratamento.

Segundo Recalcati (2002), onde falta o signo, o sujeito consome o objeto, o qual, no caso da obesidade, é o alimento. Desta forma, o alimento é colocado como uma compensação da ausência do signo; há uma acumulação do objeto (alimento), em que o sujeito tenta, através do comer constante, manter sempre presente, havendo uma dificuldade na separação (MACHADO, 2011).

Segundo Recalcati (2002), a pessoa obesa fica em uma alienação, em busca deste outro/mãe, uma perda do objeto que não pode ser simbolizada, em que há o consumo indiscriminado do objeto (alimento) para entrar no lugar do objeto perdido-um preenchimento constante. Como afirmado por Recalcati (2002), não se come mais pela fome relacionada à necessidade fisiológica, mas uma fome relacionada a um preenchimento, uma necessidade do outro compensada pelo objeto. Este consumo de um objeto ocorre como meio de evitar uma falta, o nada, o qual, como afirmado Lacan (1958), em “A direção do tratamento e os princípios do seu poder”, está em sua origem relacionado à demanda de amor.

A obesidade se insere no contexto da pós- modernidade, dentro da valoração do consumo e do ter, em que: “o consumo de alimentos cabe perfeitamente na ânsia desta questão, pois é algo imediato, um consumo que traz com ele uma sensação de prazer e alívio instantâneos” (FREITAS, 2009, p. 25). A autora explica que, quando um espaço não é preenchido na relação com o outro, pode ser preenchido por qualquer objeto substituto. Freitas (2009) afirma que o alimento é um bom objeto substituinte, uma vez que este é o primeiro que surge na relação com o outro e que supre tanto a fome fisiológica, quanto a necessidade humana de amor.

Machado (2009), neste sentido, explica que a obesidade na infância traz a noção do reabastecimento constante, a ideia do “saco sem fundo”, o que poderia estar ligado a registros de afeto, prazer e segurança. Bychowski (1950) traz o aspecto de que o comer em excesso é resultado direto da angústia de separação, um mecanismo de defesa inconsciente.

Neto (2005) aborda o ponto de que a atualidade é marcada pelo aumento de casos de obesidade e também de outros problemas alimentares, como casos de transtornos alimentares. Para o autor, na sociedade atual, o alimento não vem promovendo a união, mas se tornou artifício ante a angústia, “daí o excesso de comida na obesidade, para preencher o vazio interno, ou a sua recusa, na anorexia, como modo de demarcar seu próprio desejo ante o Outro” (NETO, 2005, p. 103).

Como afirmado por Mendes e Próchno (2004), Freud, em sua época, deu grande importância às influências psíquicas no corpo, principalmente nas pacientes histéricas, as quais ele acompanhou clinicamente e através de descrições teóricas. Segundo Mendes e Próchno (2004) é importante salientar que os sintomas são inseridos dentro de um contexto, trazendo novas formas e representações corporais ao sofrimento humano. A obesidade, ou o corpo obeso, é tido como repleto de vazio e ao mesmo tempo de comida (VARELA, 2006).

Na obesidade, o alimento estaria entrando como preenchedor de uma falta. Como apontado na literatura, a qual está, a princípio, relacionada à figura materna. Freitas (2009) explica que um espaço vazio que não é preenchido pelo sujeito com uma ligação, pode ser preenchido por qualquer substituto que ilusoriamente sustente esta ligação (mesmo que ineficaz). Vieira e Turato (2010) observam que o que emerge de falas de pacientes obesos é o abuso de alimentos como forma de preencher lacunas afetivas.

Tassara, Norton e Marques (2010) apontam para, no contexto da obesidade, relações afetivas estabelecidas em torno da alimentação. Segundo Stice, Presnell, Shaw e Rohde (2005), uma má regulação de afetos pode estar na origem da obesidade, em que estes indivíduos utilizariam o alimento como forma de distração ou de compensação às emoções negativas.

O comportamento alimentar dos filhos obesos frente ao alimento, descrito pelas mães, mostrou-se associado a fatores emocionais, com afirmações como: “parecia que ela estava suprimindo essa necessidade, essa atenção, através da comida, e a bichinha gosta de comer”, “do tipo abre um pacote de bolacha e come ele inteiro”. E descrições de comportamentos como a da ânsia de mal acabar de almoçar e já indagar a mãe sobre o que terá depois.

É interessante notar que foram descritos comportamentos alimentares de demais filhos opostos a da criança com obesidade, com rejeição e restrição alimentar, com

expressões como: “dois problemas” e “ela tinha tanto nojo de comer, que uma vez ela vomitou dentro do prato”.

Como descrito no capítulo III, o peso em excesso dos filhos, relatado por algumas mães, deu-se início em momentos em momentos estressantes, como de rupturas na família e/ou separações e/ou de ausência materna. Nas ausências, em alguns casos, houve a permissão para a entrada e/ou para que fossem dados certos alimentos no domicílio. Os comportamentos dos filhos atendendo a aspectos emocionais foram descritos em diversos trechos dos discursos das mães.

A influência de crenças sociais, de condutas relacionadas ao gênero e de vivências maternas em suas atitudes alimentares frente aos filhos

O ambiente obesogênico das famílias das mães de filhos obesos se apresentou pela disponibilidade e pelo consumo de alimentos no domicílio. Além disso, pode-se observar que as atitudes alimentares maternas compuseram a formação deste ambiente que favorece o estabelecimento da obesidade.

Observou-se que as atitudes alimentares maternas estiveram relacionadas a crenças sociais, questões de gênero e a vivências com a sua própria mãe e/ou pessoa que desempenhou tal papel.

As crenças e os pensamentos como as raízes para comportamentos e para sentimentos podem ser compreendidos a partir dos fundamentos da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), criada por Aaron Beck, em 1956 (NEUFELD, MOREIRA e XAVIER, 2012).

De acordo com Beck (1982/1979), um esquema é uma rede estruturada e inter-relacionada de crenças, as quais, com a presença de experiências estressantes, podem ser ativadas. Assim, explica Beck (1967, p. 283), um esquema é uma estrutura cognitiva que processa informação e que (...) filtra, codifica e avalia os estímulos aos quais o organismo é submetido. Com base na matriz de esquemas, o indivíduo consegue orientar-se em relação ao tempo e espaço e categorizar e interpretar experiências de maneira significativa.

Os esquemas, segundo Beck (1967), explicariam o fenômeno da repetição, teorizado por Freud e abordado na psicanálise, em que imagens, sonhos e associações livres são temas de esquemas, os quais podem estar inativos ou serem “energizados ou desenergizados rapidamente, como resultados de mudanças no tipo de input do ambiente” (p. 284).

Beck explica que, pelos esquemas, os acontecimentos são interpretados e isto resulta em uma forma distorcida e tendenciosa de percepção, havendo “típicas concepções errôneas, atitudes distorcidas, premissas inválidas, metas e expectativas pouco realistas” (p. 284).

Um ponto dificultante do tratamento da obesidade infantil, encontrado em diversos estudos é o das distorções maternas acerca da imagem corporal dos filhos, o que dificulta a identificação do excesso de peso e de suas implicações na vida e na saúde (CAMARGO, BARROS E FILHO, ANTONIO e GIGLIO, 2013). Como afirmado por uma das mães: “pra te falar a verdade, acho que mãe nenhuma percebe (que filho está engordando)”.

Segundo Camargo, Barros Filho, Antonio e Giglio (2013), a dificuldade de mães em limitar o consumo dos filhos pode estar relacionada a crenças, como, por exemplo, a de que “as crianças devem ter o que necessitam”. Os autores discutem que os pais, possivelmente, podem vir a atender às vontades dos filhos a partir de normas e crenças de sua cultura alimentar.

Crenças como “quando crescer, emagrece” e “criança sente vontade” estiveram presentes nos discursos das mães e embasaram comportamentos como o ceder e sentimentos como o dó.

Além das crenças de aspecto social, encontrou-se a conduta relacionada ao gênero, que também envolve crenças e que embasa comportamentos e sentimentos maternos. Azevedo e Arraias (2006) explicam que na sociedade atual, a mulher tem um novo espaço, no entanto, veste-se de velhas representações, uma vez que continua havendo exigências e cobranças de uma mulher e mãe idealizada.

As mudanças ocorridas nas últimas décadas do século XX, com crescentes urbanização e industrialização, levaram a mudanças no papel da mulher na sociedade, com a sua inserção no mercado de trabalho (VIEIRA, 2007). As atividades educativas dos pais passaram por alterações mais consistentes a partir de 1980 (BIASOLI- ALVES, CALDANA e DIAS DA SILVA (1997), apesar de ainda estarem marcadas por modelos tradicionais de divisão de tarefa por gênero (TRINDADE, ANDRADE e SOUZA, 1997).

As mães se mostraram como as principais ou únicas cuidadoras da alimentação no domicílio. Mesmo em caso de sua ausência, foram elas as responsáveis pela decisão na compra e/ou permissão para entrada de determinados alimentos no domicílio.

Em alguns termos e expressões utilizados, pode-se observar o ideal materno e que se mostraram ligados à alimentação: “mãezona”, “mãe o tempo integral”, “Amélia” e “mãe tira da boca para dar para o filho”. Além disso, relatos de comprar um determinado alimento por ser a vontade do marido e do amor incondicional que a mãe deve sentir também apontam para aspectos do comportamento relacionados a questões de gênero.

Elisabeth Banditer traz na obra “Um amor conquistado: O mito do amor materno” (1985) a existência de um amor materno sócio- culturalmente construído, o qual é tido como um instinto, algo inato, adquirido, mas que, no entanto é dependente do tempo e do meio que o cerca. A autora aponta para a construção da imagem da mãe em sua atividade instintiva, em que houve apelos sociais acerca de seu dever frente aos filhos e da culpa e das ameaças frente à sua função nutrícia.

Rubin (1984) explica que a “identidade materna” é construída desde a gravidez e cria uma imagem idealizada do ser mãe que ela carrega para si e para o bebê, a qual é reforçada pelo grupo social.

Algumas falas das mães foram: “em relação a alimento, na minha cabeça, não se nega comida” e “parece que você ta batendo na pessoa. Quando você fala ‘não pode’, você fica contrariada”, “mãe tira da boca da gente pra dar pra um filho e você ter e você negar, explicar que não pode, é muito difícil”, “por mais que ‘ah, é pro bem dela, é pro bem dela’, é difícil, você ta negando”.

Os sentimentos trazidos pelas mães pela negação do alimento foram: culpa, dó, tristeza, angústia, os quais também foram trazidos por expressões, como “é duro”, “péssima”, “bruxa”, “horrível”, “o sentimento é um sentimento terrível [...] é muito complicado” e “eu fico morrendo de dó (de negar), morrendo”. Além disso, afirmações como “eu acho que tenho que dar”, trazendo sentimentos de satisfação, como “satisfeita de poder dar”, “contente, alegre, sabe aquela auto- estima mesmo, eu pude, eu posso”. Como aponta Freitas (2009, p. 45) “ceder virou quase que um sinônimo de amor”.

A presença materna foi outro valor encontrado acerca do papel, a qual, quando não correspondida, também acarretou sentimentos negativos e comportamentos relacionados à alimentação. Sobre trabalhar fora e não estar presente para o filho, uma das entrevistadas comenta: “culpa de mãe”.

Algumas falas das mães trazem o aspecto da presença materna, que envolve uma construção social, sendo compensada com o alimento, como:

Mas eu trabalho, eu vou fazer o que? Trabalho fora da cidade, fico longe deles [...]. Acho que ela (babá) queria suprir a falta da mãe, não sei, então fazia todas as vontades [...], era Nutella, bisnaguinha, tudo que não podia ele comia, trocava o chocolate pelo almoço e eu deixava.

Uma das mães conta da fase sofrida de sua infância, em que perdeu o pai e teve a mãe ausente, por trabalhar fora. Da mesma forma, com sua filha se ausentou para trabalhar, tendo sua irmã como cuidadora da alimentação da criança, que a agradava com “besteiras”. Afirmando:

Foi acostumada (a sua filha) a comer muita bala, muito salgadinho [...]. Se tinha dentro de casa era porque eu consentia e foram acostumados nesse ritmo de muita besteira [...]. Tanto que o outro (filho) já não teve esse problema, eu que cuidei dele, eu não trabalhava.

Pode-se perceber a influência de fatores relacionados ao gênero, à norma social acerca do papel materno, a uma imagem de mãe idealizada, que estiveram presentes nos discursos das mães e que foram um dos influenciadores de seus comportamentos, marcando comportamentos como a compensação com o alimento por uma presença que ela não pode prover com ela mesma e como o ceder e a impossibilidade de negar, embasados em crenças relacionadas ao papel materno. Considerando que este está relacionado ao amor e que, de certa forma, é construído e envolve tal postura.

A atitude alimentar das mães para com a alimentação dos filhos também se mostrou embasada em fatores relacionados às suas vivências com as suas próprias mães, havendo reproduções e/ou contrastes em comportamentos.

De acordo com Guimarães e Celes (2007, p. 341), a identificação “(...) revela-se como um movimento decisivo no processo de socialização do homem, no que diz respeito à inserção essencial do sujeito na sociedade”.

No plano psíquico, ao desempenhar o papel materno, há uma identificação com o modelo mais familiar- a própria mãe ou pessoa que desempenhou tal papel (MALDONADO, 1989). Quando não há a identificação, ocorre a “identificação às avessas”, ou seja, “reações comportamentais compensatórias que evitam o modelo recebido, por contestar ou criticar o modelo de ‘maternagem’ ao qual foi submetida; convertendo-se em nova forma de rigidez, para se diferir ou se contrastar do modelo recebido” (MALDONADO, 1989).

Além da identificação com a mãe, há uma identificação com a criança. No plano psíquico, Maldonado (1989) explica que há a identificação da mãe com o seu filho (a), em que a mulher revive novamente as sensações que teve em suas experiências infantis de dependência e de fragilidade, o que lhe permite que se identifique com as vividas pelo seu filho (a).

Falas das mães trazem o aspecto da identificação: “muito do que eu faço é do que ela (mãe) me passou [...] eu acho que ou você se revolta e faz exatamente o oposto do que fizeram ou você faz bem parecido”, “eu tento me espelhar na minha mãe pra mim educar [...]. Eu e a minha mãe era bem confidentes (como ela se define com a filha) [...]. Deste mesmo ritmo, que às vezes eu até me arrependo”, “é um pouco do que eu colhi da minha mãe”.

Aspectos trazidos de suas vivências para a relação com o filho estiveram relacionados à relação para com o corpo e a comportamentos para com a alimentação. Em relação ao corpo, algumas mães trouxeram vivências como *bullying*, vergonha do corpo (esconder-se dentro das roupas) e excesso de peso desde a infância ou adolescência.

Falas de algumas das participantes apontam para projeções e processos identitários envolvendo estas questões, de mães para com os filhos, em que elas se vêem nas vivências de seus filhos, como aponta uma das entrevistadas: “Pablo é família. Pablo é uma Sônia de calça”.

Segundo Oliveira e Martins (2012), as mães das crianças obesas ressaltam suas características similares às dos filhos, em que a via da identificação marca o laço de ambos. Segundo estes mesmos autores, a identificação da mãe com filho na relação marca o enlaçamento de ambos.

A identificação com o modelo recebido apareceu através de comportamentos similares, descritos com a utilização de mesmos adjetivos para caracterizar a forma como receberam e a sua forma de maternar.

Quanto aos comportamentos para com a alimentação trazidos de vivências anteriores, encontrou-se, por exemplo, acordos envolvendo comida, impossibilidade em negar alimentos, impossibilidade em ter limites para com a comida, dar comida para atender impulsos emocionais, gratificar e compensar com alimento.

Alguns comportamentos maternos estiveram especificamente relacionados às suas vivências, como chamar a atenção na hora de comprar, outros, além do

embasamento nas vivências, envolveram também crenças relacionadas ao gênero, como da impossibilidade em negar, já que “mãe não nega comida”.

Sobre a gratificação com o alimento, Arlete conta que, por não ter tido pai, sua avó sentia dó e a gratificava com “besteiras”, o que ela conta fazer da mesma forma com o filho, havendo a gratificação com “besteiras” pelo dó que sente, apontando para, como discutido anteriormente, a cognição formada determinando uma forma de sentir e de agir.

Segundo Puhl e Schwartz (2003), um estudo feito com 122 pessoas de 19 e 85 anos, acerca de recordações de comportamento dos pais em suas infâncias, mostrou que os adultos que se recordavam de comportamentos de recompensa ou de punição com alimento apresentaram taxas mais elevadas de transtornos alimentares e de dietas restritivas.

Outros comportamentos maternos para com a alimentação dos filhos assinalam o contraste do que foi recebido. Sobre este aspecto, uma das entrevistadas comenta: “Quando eu fui morar com meu marido, a gente sempre teve uma coisa: a gente não vai criar nossos filhos como a gente foi criado”. O contraste do modelo recebido resultou em comportamentos de compensação frente aos filhos, como uma forma de preenchimento com os filhos pelo que não foi recebido por elas.

Para descrever o aspecto da compensação, foram utilizadas falas como: “que é uma coisa que eu não tive”, “quero fazer tudo o que a minha mãe não fez pra mim quando eu era criança”, “tudo que a gente não teve a gente acaba querendo dar”, “a gente faz aquilo que não pode fazer lá atrás”, “mais presente”, “minha mãe não dava não [...]. Eu posso dar para os meus filhos, eu dou o que eu posso”, “o pai também dá o que ele não teve para os filhos. Ele fala: ‘eu não tive, eu vou ter’”, “é uma coisa que eu não tive [...]. Que criança que não gosta de besteira? Que criança? E se você tá dando” e “hoje eu tenho condições de dar o alimento pra ele mais do que o que a minha mãe me dava. Tenho condições de mudar alguma coisa, alguma coisa diferente”.

Uma das entrevistadas comenta: “Que criança cresce sem doce? Eu transfiro isso pro Érico. Eu não podia (pela alergia a corantes), aí eu tenho dó, acabo deixando”. Outra, que teve a mãe ausente e que negava alimentos, afirma: “eu não quero que meu filho passe por isso [...]. A gente pode comer o que a gente pode comprar pra comer”, o que aponta que ela buscou contrastar uma forma de maternagem recebida. Os efeitos,

descritos por elas foram, por exemplo, de dar “mais que devia” e de acabar errando por dar demais.

É importante salientar que o registro do afeto com a comida esteve presente nos relatos das participantes, trazido por falas como “a cozinha é coração da casa”, e também encontrado em algumas configurações de cozinhas, que apresentaram fotos de filhos e mães abraçados na bancada da cozinha ou colada na geladeira.

Freitas (2009) comenta que um “mal-entendido” na relação mãe e filho coloca o alimento como possibilidade de laço entre ambos e observa que a primeira relação com a mãe, na obesidade, não houve a possibilidade do sujeito ver-se e sentir-se esvaziado.

O dar em excesso também pode ser indicado nas cozinhas, como com a utilização de utensílios grandes. Interessante notar que o aspecto da compra de alimentos em excesso, para uma das participantes, foi alterado de “besteiras” para com alimentos ditos saudáveis, como frutas na feira. Este aspecto aponta para a ainda presença do dar em excesso, o que ela comenta: “até meu marido fala que parece que eu passei fome na infância, porque vou na feira e compro um monte de coisa”.

Como aponta Lini (2010):

Infelizmente, muitos pais e responsáveis trazem consigo uma conduta de consumo reprovável, reflexos de privações anteriores e insatisfações, e projetam nos filhos tudo aquilo que não possuíram na infância. Assim, atendem aos mais absurdos desejos dos filhos, para que não passem pela mesma carência que sofreram. Essa falta de limites acaba por não contribuir com uma formação de caráter sólida, tornando as crianças verdadeiras consumistas.

Pode-se observar que o conjunto de comportamentos maternos para com a alimentação dos filhos esteve, em partes, embasado em suas vivências. Alguns comportamentos mostraram que o alimento estava servindo muito mais do que para suprir uma necessidade fisiológica, servindo também como forma de preenchimento, de satisfação de uma necessidade afetiva/emocional que já carregavam o registro de falta em suas bagagens, projetado na relação com seus filhos e mediado pelo ato de alimentar.

CAPÍTULO V: Considerações Finais

Esta pesquisa teve como objetivo compreender as vivências relacionadas à alimentação de mães de filhos obesos com as suas próprias mães e a forma como esta relação pode influenciar no cuidado com a alimentação de seus filhos.

A trajetória desta pesquisa foi iniciada considerando aspectos bastante pesquisados na atualidade acerca da obesidade infantil, relacionados aos fatores biomédicos nutricionais. No entanto, no decorrer do desenvolvimento da pesquisa novas questões problematizadoras foram surgindo e aspectos emocionais, culturais e modos de vida compartilhados socialmente foram surgindo, redefinindo a pesquisa de campo e análise.

A perspectiva da obesidade a partir da esfera emocional foi retomada no campo de pesquisa, através dos ricos discursos das mães, os quais estiveram recheados de sentimentos profundos, de valores, de crenças e de vivências, que as predispueram a adotar determinadas posturas e comportamentos para com a alimentação. O campo da pesquisa mostrou que este é um fenômeno complexo, e, que distúrbios relacionados à nutrição, hábitos alimentares e emoções, podem estar presentes na trajetória da vida.

A pesquisa em questão teve como desafio a adoção de um olhar que enxerga para além do que a pessoa come- para a forma como ela come e para a forma como ela alimenta-se, que estariam relacionadas às questões subjetivas relacionadas a crenças, sentimentos, valores e sentidos, construídas a partir do contexto sócio- cultural em que ela está inserida e também a partir de suas vivências individuais, sua história de vida.

O alimento tido como um objeto preenchedor se mostra dentro do contexto de vida contemporâneo, na qual há o paradoxo do excesso de objetos disponíveis ao consumo, de novos produtos a todo tempo no mercado, acompanhado de relações vazias e da falta de laços. É tida como hipótese de que o preenchimento via alimento poderia estar relacionado aos processos identitários e às projeções de conteúdos mal resolvidos.

Os comportamentos alimentares dos filhos, crianças e adolescentes, pelos discursos das mães, apareceram como forma de atender a uma carência emocional, desencadeado, em alguns casos, em rupturas familiares, separações, ausências maternas. As descrições acerca deste aspecto foram diversas, como da ânsia por comer, abrir

pacote de bolacha a noite e comer inteiro e citações, como “a bichinha gosta de comer” e “come com a boca”.

Interessantemente, houve a descrição de comportamentos alimentares de outros filhos opostos aos dos filhos com obesidade, como de restrição alimentar. Mães citaram exemplos como “dois problemas”, referindo-se ao filho que come e ao outro que não come, também de filhos “magérrimos”, bailarinas. Estes pontos podem indicar que a comida representa algo mais profundo na estrutura da família e que a relação com o alimento e com o corpo, uma identidade de cada um dentro desta estrutura. Como aponta Tassara, as pessoas obesas são como ícones nas famílias e o emagrecer seria como perder o papel estabelecido no grupo familiar.

Observou-se que a relação com a comida no contexto familiar foi trazida, em partes, pelas vivências da mãe, o que pode ser devido à imagem materna relacionada à figura da nutrição, em que cabem as explicações de gênero e também as psicanalíticas da relação mãe e filho.

Compreende-se que a alimentação, apesar das mudanças sócio- culturais ocorridas nas últimas décadas, continua a fazer parte de um cuidado relacionado à figura materna. E este cuidado se apresenta como uma das formas de demonstração de afeto materno aos filhos.

No contexto da obesidade, observou-se que a mãe já trazia uma relação com o corpo e com o alimento que influenciou em sua história com o seu filho para com a alimentação. Processos identitários e projeções de aspectos mal resolvidos foram envolvidos nessa relação, determinando alguns de seus comportamentos alimentares, como ceder e dar o que não teve ou em excesso através dos alimentos, envolvendo sentimentos, como dó e culpa, e crenças, como a de que a mãe deve prover e de que mãe não nega alimento. Alguns comportamentos das mães para com a alimentação do filho com obesidade apontaram para a sua impossibilidade de lidar com a falta.

Desta forma, compreende-se que, para haver intervenções terapêuticas efetivas, deve-se considerar os aspectos subjetivos da mãe cuidadora ou de pessoa que desempenha tal papel na alimentação da criança ou do adolescente com obesidade. Ou seja, compreender, acolher, ajudar a perceber e auxiliar a mudar comportamentos que possam estar andando na contramão dos esperados para com o tratamento da obesidade.

Observou-se que estes comportamentos podem, em partes, estar inconscientes, resultando em situações como de não conseguir enxergar o que de fato estar

acontecendo de errado para não ter o emagrecimento. Desta forma, mostrando-se essencial o cuidado no olhar do profissional da saúde neste sentido.

Faz-se necessário pensar a obesidade como um problema complexo, de análise e intervenção multidisciplinar. Mas necessária também se mostrou a existência de uma união na área da pesquisa e na da clínica, quando o tema é obesidade, tendo um olhar que abrange tanto os determinantes alimentares relacionados a fatores sócio-culturais e ambientes, quanto os relacionados a fatores subjetivos presentes em comportamentos individuais da pessoa com obesidade e da mãe cuidadora, quando for o caso.

Compreende-se que a forma como a pessoa foi cuidada com a sua alimentação irá ter influência na formação de seus hábitos alimentares e de sua relação para com os alimentos. Desta forma, entende-se que, na vida adulta, a fim de se compreender e de se tratar hábitos e comportamentos alimentares, é essencial que as raízes em suas primeiras relações sejam buscadas, compreendidas e integradas.

REFERÊNCIAS

- Abbagnano N. Dicionário de filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- Alvarenga MS, Scagliusi FB, Philippi ST. Changing attitudes, beliefs and feelings towards food in bulimic patients. *Arch Latinoam Nutr.* 2008; 58(3): 274-9.
- Associação Brasileira de Antropologia. Código de ética do antropólogo e da antropóloga [internet]. Brasília; [atualizado em 2011/2012; acesso em maio de 2015]. Disponível em: <http://www.abant.org.br/?code=3.1>
- Assunção VK. Comida de mãe: notas sobre alimentação, família e gênero. *Caderno Espaço Feminino.* 2008;19: 233- 253.
- Azevedo MASB, Spadotto C. Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. *Temas em Psicologia da SBP.* 2004; 12: 127– 144.
- Azevedo KR e Arrais AR. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol Reflex Crit.* 2006; 19 (2): 269- 76.
- Banditer E. Um amor conquistado: o mito do amor materno (tradução de Waltensir Dutra). Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
- Barboza IO. Dois ensaios sobre a obesidade feminina no Brasil [dissertação]. Porto alegre: Faculdade de Administração da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013.
- Barros Filho AA. Um quebra-cabeça chamado obesidade. *J Pediatr.* 2004; 80(1): 1-3.
- Batista Filho M e Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19 (1): S181- S91.
- Beauvoir S. O segundo sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1953/ 2009.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BP e Emery, G. Terapia cognitiva da depressão. Rio de Janeiro: Zahar; (1982/1979).
- Beck AT. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. Nova York: Hoeber; 1967
- Beck JS. Terapia Cognitiva – teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 1997.
- Bellizzi MC, Dietz WH. Workshop on childhood obesity: summary of the discussion. *Am J ClinNutr.* 1999; 70:173-5.
- Biasoli-Alves ZMM, CaldanaLHR,Dias da Silva FGM. Práticas de educação da criança na família: A emergência do saber técnico científico. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano.* 1997;7: 49-62.
- Birch LL. Psychological influences on the childhood diet. *J Nutr.* 1998; 128: 407s-10s.

- Birch LL, Fisher JA. The role of experience in the development of children's eating behavior. In: Capaldi ED, editor. Why we eat what we eat. The psychology of eating. 2ª ed. Washington: PA; 1997.
- Bittencourt RN. A fragilidade das relações humanas na pós-modernidade. Revista Espaço Acadêmico. 2009 set; 62- 9.
- Bittencourt RN. Os dispositivos existenciais do consumismo. Revista Espaço Acadêmico. 2011; 10 (118): 103- 13.
- Bohmer AS. El consumo de alimentos em Alemania: interpretación del cambio em el consumo de los produtos hortifrutícolas desde uma perspectiva sócio cultural. In: Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura. Salvador: EDUFBA; 1994/ 2008.
- Borsa JC. Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. Revista Contemporânea [internet]. [publicado em 2007; acesso em julho de 2015]. Disponível em: <http://www.contemporaneo.org.br/artigos/artigo89.pdf>
- Borsa JC. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. Psicol Argum. 2011; 29 (64): 31- 9.
- Brechner RJ, Farris C, Harrison S, Tillman K, Salive M, Phurrough S. Summary of Evidence-Bariatric Surgery [internet]. [publicado em novembro de 2004; acesso em maio de 2015]. Disponível em: <http://www.cms.hhs.gov/FACA/downloads/id26c.pdf>
- Brown LR. Obesity epidemic threatens health in exercise-deprived societies. World watch issue alert [internet]. 2000 dez [acesso em dezembro de 2014]. Disponível em: <http://www.worldwatch.org/chairman/issue/001219.html>
- Bychowski G. On Neuroticobesity. ThePsychoanalyticalReview. 1950; 37: 301- 319.
- Camargo APPM, Barros Filho AA, Antonio MARGM e Giglio JS. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18(2): 323-33.
- Carvalho AMP, Cataneo C, Galindo EMC e Malfará CT. Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. Paidéia. 2005; 15(30): 131-139.
- Carvalho PHB, Filgueiras JF, Neves CM, Coelho FD, Ferreira MEC. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada, insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. J Bras Psiquiatr. 2013; 62(2):108-14.
- Catão I. A tristeza das mães e seu risco para o bebê. In: Correa Filho L. Novos olhares sobre a gestação– a criança até três anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L.G.E. Editora Ltda.; 2002.
- Champagne P. A visão mediática. In: Bourdieu P. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 1998.
- Claro RF, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2010; 44: 1014- 1020.
- Conde W, Monteiro CA. Valores críticos do índice de massa corporal para classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes brasileiros. J Pediatr (Rio J). 2006; 82(4): 266-72.

Crespin G. A clínica precoce: o nascimento do humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

Cyrino ES e Nardo NN. Subsídios para a prevenção e controle da obesidade. Revista de atividade física e saúde. 1996; 1(3): 15-25.

Del Priore M. Ao sul do corpo: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olympio; 1993.

De Souza E, Baldwin JR e Rosa FH. A construção social dos papéis sexuais femininos. Psicol Reflex Crit. 2000; 13 (3): 485- 96.

Eagleton T. As ilusões do Pós-Modernismo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.

Engstrom EM e Anjos LA. Relationship between maternal nutritional status and obesity in Brazilian children. Rev Saúde Pública. 1996; 30: 233-9.

Escrivão MAMS, Oliveira FLC, Taddei JAAC, Lopez FA. Obesidade exógena na infância e na adolescência. J Pediatr. 2000; 76: 305-310.

Fabre GAM. O consumismo como produção de um mal- estar contemporâneo. Itaperuna: Centro Universitário São José de Itaperuna, 2012. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Psicologia.

Falcke D e Wagner A. Mães e madrastas: Mitos sociais e auto-conceito. Estudos de Psicologia. 2000; 5(2): 421- 41.

Felippe FML. Obesidade como um problema social: novas demandas profissionais ao Serviço Social. Katálysis. 2004; 7 (2): 239- 48.

Ferriani MGC, Dias TS, Silva KZ e Martins CS. Auto imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. Ver Bras Saude Mater Infant. 2005; 5(1): 27-33.

Fisberg M. Obesidade na infância e adolescência. 2º Ed. São Paulo: Fundo Editorial DYK; 1995.

Fleck A, Wagner A. A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. Psicologia em Estudo. 2003; 8: 31-38.

Forna A. Mãe de todos os mitos: Como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro; 1999.

Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P e Lancha Júnior AH. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Revista de Nutr. 2000; 13: 17- 28.

Freitas VG. Obesidade: da falta de amor à fome de amor [dissertação]. Bolo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2009.

Freud S. O mal-estar na civilização. In: _____. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago; 1927-1931/1980. vol. XIV.

Freud S. Pulsões e destinos da pulsão. In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Rio de Janeiro: Imago; 1915/ 2004.

Fromm E. Ter ou Ser? Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1987.

Garcia RWD. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev. Nutr.* 2003; 16(4): 483-492.

González A. Sex-roles of the traditional Mexican family: A comparison of chicano and anglo students' attitudes. *Journal of Cross-Cultural Psychology.* 1982; 13: 330-339.

Grant WH. A maternidade, o trabalho e a mulher. *Proceedings of III Colóquio do Lepsi IP/FE-USP* [internet]. 2002 [acesso em julho de 2015]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032001000300008&lng=en&nrm=iso>

Guimarães VC e Celes LAM. O Psíquico e o Social numa Perspectiva Metapsicológica: O Conceito de Identificação em Freud. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2007; 23 (3): 341-346.

Hamburger WW. Emotional aspects of obesity. *Medical Clinics of North America.* 1951;35: 483-499.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008- 2009, Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil [internet]. 2010 [acesso em maio de 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf

Jahnke DL e Warschburger PA. Familial transmission of eating behaviors in preschool-aged children. *Obesity (Silver Spring).* 2008; 16(8):1821-1825.

Jameson F. Pós-Modernismo – a lógica cultural do capitalismo tardio. 2. ed. São Paulo: Ática; 2000.

Johnson SL e Birch LL. Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics.* 1994; 94: 653- 61.

JomoriMM, Proença RPC, Calvo MCM. Determinantes de escolha alimentar. *Rev Nutr.* 2008; 21: 63- 73.

Kac G e Velásquez-Meléndez. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19 (1): S4-S5.

Kaufmann JC. A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis: Vozes; 2013.

Klesges RC, Coates TJ, Brown G, Tillisch JS, Klesges LM, Holzer B et al. Parental influence on children's eating behavior and relative weight. *J Appl Behav An.* 1983; 16: 371- 8.

Lacan J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos.* Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar; 1958/1998.

Lara-Cantú MA e Navarro-Arias R. Self-descriptions of mexican college students in response to the Bem Sex Role Inventory and other sex role items. *Journal of Cross-Cultural Psychology.* 1987; 18: 331- 44.

Linn S. Crianças do consumo: a infância roubada. São Paulo: Instituto Alana; 2006.

- Lini P. Consumismo infantil: A vulnerabilidade da criança diante do marketing massivo e o papel dos responsáveis na criação de hábitos de consumo conscientes.VI Mostra de pesquisa jurídica: direito uma visão econômica e socioambiental unioeste; 6-8 out 2010; Foz do Iguaçu; 2010.
- Machado MG. A obesidade para o obeso: uma leitura psicanalítica [dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2011.
- Machado RL. Obesidade infantil: uma leitura da psicanálise [dissertação]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- Maldonado MT. Maternidade e paternidade. Petrópolis: Vozes; 1989.
- Maldonado MT, Dickstein J e Nahoum JC. Nós estamos grávidos. São Paulo: Saraiva; 2000.
- Mancini MC. Métodos de avaliação de obesidade e alguns dados epidemiológicos. Revista da ABESO. 2002; 3(11): 8-13.
- Marcondes JAM. Fome de cão. São Paulo: Maltese; 1993.
- Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 1989.
- Matias CT, Fiore EG. Mudanças no comportamento alimentar de estudantes do curso de nutrição em uma instituição particular de ensino superior. Nutrire. 2010; 35(2):53-66. [15]
- Mendes ED e Próchno CCSC. Corpo e novas formas de subjetividade. Psychê. 2004; 8 (15): 147-56.
- Mercer RT. A theoretical framework for studying the factors that impact on the maternal role. Nurs Research. 1981; 30 (2): 73-77.
- Metz DS. Etiology, Treatment and Prevention of Obesity in Childhood and Adolescence: A Decade in Review. J Res Adolesc.2011; 21:129-152.
- Minayo MCS. Hipertensão, diabetes, obesidade e outros males do Brasil contemporâneo. Ciência & Saúde Coletiva. 2014; 19 (6): 1640.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília (DF); 2014. 2 v.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Obesidade: Cadernos de Atenção Básica, n. 12. Brasília (DF); 2006.
- Monteiro CA. Epidemiologia da obesidade. In: Lemos MZ. Obesidade. São Paulo: Ed Lab Roche; 1998.
- Monteiro CA. The big issue is ultra-processing. World Nutr. 2010; 1(6):237-59.
- Monteiro CA, Cannon G. The Impact of Transnational “Big Food” Companies on the South: A View from Brazil. PLoS Med. 2012; 9 (7): e1001252. doi:10.1371/journal.pmed.1001252.
- Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil: 1975-1989-1997. Arq Bras Endocrinol Metab. 1999; 43(3): 186-94.

- Monteiro CA, Levy RB, Claro RB, de Castro IR, Cannon G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public Health Nutr.* 2011; 14(1): 5-13.
- Monteiro CA, Mondini L, de Souza AL, Popkin BM. The nutrition transition in Brazil. *Eur J Clin Nutr.* 1995; 49 (2): 105-13.
- Morse JM, Field PA. *Qualitative research methods for health professionals*. 2^a ed. Salt Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.
- Motta DG, Peres MTM, Calçada MLM, Vieira CM, Tasca APW e Passarelli C. Consumo alimentar de famílias de baixa renda no município de Piracicaba/SP. *Saúde em rev.* 2004; 6 (13): 63- 70.
- Nestle M. Eating made simple. *Sci Am.* 2007; 297(3): 60-69.
- Neto NA. Winnicott: uma psicanálise da experiência humana em seu devir próprio. *Nat. hum.* 2005; 7 (2): 433-54.
- Neufeld, Moreira e Xavier. *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: O Relato de Uma Experiência.* *Psico.* 2012; 43 (1): 93-100.
- Oliveira CL e Firberg M. Obesidade na infância e adolescência– uma verdadeira epidemia. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2003; 47 (2): 107- 8.
- Oliveira GJ, Barbiero SM; Cesa CC e Pellanda LC. Comparação das curvas NCHS, CDC e OMS em crianças com risco cardiovascular. *Rev. Assoc Med Bras.* 2013; 59 (4): 375- 380.
- Oliveira FA e Martins KPH. Implicações subjetivas da relação mãe-criança nos quadros de obesidade infantil. *Estilos clin.* 2012; 17 (1): 122- 35.
- Oliveira FP, Bosi MLM, Vigario OS e Vieira RS. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Ver Bras Med Esporte.* 2003; 9 (6):348- 56.
- Oliveira L e Real E. Publicidade, consumo e comportamento infantil. In: XIII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Nordeste; 15- 17 de jun 2011; Maceió, BR.
- Organização Mundial da Saúde. Obesidade e sobrepeso. [internet]. Geneva; [atualizado em janeiro de 2015; acesso em maio de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- Otto AFN e Ribeiro MA. Unidos em torno da mesa: a dinâmica familiar na obesidade. *Estudos de Psicologia.* 2012; 17(2): 255-63.
- Parker R. *A mãe dividida: A experiência da ambivalência na maternidade.* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1997.
- Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolhas de alimentos. *Rev Nutr.* 1999; 12(1):65-80.
- Popkin B. Nutritional patterns and transitions. *Pop Devel Rev.* 1993; 19 (1): 138-57.
- Poskitt EME e Cole TJ. Nurture and childhood overweight. *BMJ.* 1978; 8:168-75.

Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. *Jornal de Pediatria*. 1999; 75: 449- 455.

Puhl RM e Schwartz MB. If you are good you can have a cookie: How memories of childhood food rules link to adult eating behaviors. *Eating Behaviors*. 2003; 4 (3): 283 – 293.

Ramos M e Stein L. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria* 2000; 76 (3): 229-237.

Recalcati M. O "demasiado cheio" do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade. In: Latusa. Rio de Janeiro: Contracapa; 2002.

Rubin R. Maternal identity and the maternal experience. New York: Springer; 1984.

Santos AM. O excesso de peso da família com obesidade infantil. *Revista Virtual Textos & Contextos*. 2003; 2: 1-10.

Serra GMA e Santos EM. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003; 8(3): 691-701.

Sigulem DM, Taddei JAAC, Escrivão MAMS, Devincenzi MU. Obesidade na infância e na adolescência. *Compacta Nutr*. 2001; 2:7-15.

Soares LD, Petroski EL. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum*. 2003; 5(1): 63-74.

Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Nutrologia. Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré- escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo (SP), 2006.

Souto S e Ferro- Bucher J. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Revista de Nutrição*. 2006; 19 (6): 693-704.

Spinelli M, Souza S e Souza J. Consumo, por crianças menores de um ano de idade, de alimentos industrializados considerados supérfluos. *Pediatria Moderna*. 2001; 37 (12): 666- 72.

Stellin RMR, Monteiro CFD, Albuquerque RA e Marques CMXC. Processos de construção de maternagem. Feminilidade e maternagem: recursos psíquicos para o exercício da maternagem em suas singularidades. *Estilos da Clínica*. 2011; 16(1): 170-85.

Stice E, Presnell K, Shaw H e Rohde P. Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2005; 73(2):195-202.

Strey MN, Cabeda STL e Prehn DR. Gênero e cultura: questões contemporâneas. Porto Alegre: EdIPUCRS; 2004.

Tardido AP e Falcão MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Rev Bras Nutr Clin*. 2006; 21(2): 117-24.

Tassara V, Norton RC, Marques WEU. Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. *Rev Paul Pediatr*. 2010;28:309-314.

Thompson JB. Mídia e Modernidade. Petrópolis: Vozes; 1998.

Trindade ZA, Andrade CA, Souza QJ. Papéis parentais e representações da paternidade: a perspectiva do pai. *Psico*. 1997; 28: 207-222.

Turato E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Publica*. 2005; 39.

Varela APG. Você tem fome de quê?. *Psicologia: ciência e profissão*. 2006; 26 (1): 82- 93.

Vieira A. A expansão do trabalho feminino no setor de serviços: uma análise nas cinco regiões do Brasil. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2007. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Ciências Econômicas.

Vieira CM e Turato ER. Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo. *Rev. Nutr*. 2010; 23 (3): 425-32.

Wagner A, Predebon J, Mosmann C, Verza F. Compartilhar Tarefas? Papéis e Funções de Pai e Mãe na Família Contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2005; 21: 181-186.

World Health Organization. Child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: 2006.

ANEXOS

Anexo I- Curvas de referência utilizadas para diagnóstico e classificação de estado nutricional em crianças e em adolescentes, de 5 a 19 anos- *World Health Organization*, 2006

Índice de Massa Corporal (IMC) para Idade- Meninas, de 5 a 19 anos

IMC por idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (percentis)

Fonte: *World Health Organization* (WHO), Growth reference data for 5-19 years

Índice de Massa Corporal (IMC) para Idade- Meninos, de 5 a 19 anos

IMC por idade MENINOS

Dos 5 aos 19 anos (percentis)

Fonte: *World Health Organization* (WHO), Growth reference data for 5-19 years

Anexo II- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa: **“Vivências alimentares e sentimentos de mães de crianças obesas: relação entre duas gerações”**.

O objetivo desse projeto é Compreender as vivências relacionadas à nutrição de mães de crianças obesas com as suas próprias mães e a forma como esta relação pode influenciar no modo como lidam com a nutrição de seus filhos.

O procedimento de coleta de dados se constitui por uma entrevista áudio- gravada, sendo utilizado o gravador como recurso. A entrevista durará aproximadamente 60 minutos.

RISCOS, DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS: O projeto prevê apenas a realização de entrevistas com participantes voluntários e, portanto, acredita-se que os riscos sejam mínimos e os desconfortos sejam referentes à duração destas. Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados desta pesquisa poderão trazer contribuições para o tratamento e para a prevenção da obesidade infantil.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: Este item não se aplica a esta pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E

GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Pós- Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para a senhora e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE: Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a estudante Ana Paula do Vale Bechara e/ou a professora orientadora Maria da Penha Vasconcellos, através dos e-mails ana.bechara@usp.br e mpvascon@usp.br.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Maria da Penha Costa Vasconcellos
Orientadora

Ana Paula do Vale Bechara
Mestranda na FSP/USP

Participante

São Paulo, _____ de _____ de 2014

Anexo III- Questionário utilizado, preenchido com informações de uma participante

Data: 26/08/2014

Nome: Marina

Idade: 42 anos

Escolaridade: Superior incompleto (até 1º ano do curso de Nutrição)

Situação empregatícia: Dona de casa

Número de filhos: 1

Local onde mora: São Paulo

Estado civil: Casada

Peso: 96 kg

Altura: 1,72 m

Filho: Giovana

Sexo: Feminino

Idade: 10 anos

Peso: 87 kg

Altura: 1,55 m

Com quem reside: Filha e marido

CURRÍCULO LATTES

12/08/2015

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Ana Paula do Vale Bechara)

Ana Paula do Vale Bechara

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9120977110304822>

Última atualização do currículo em 27/07/2015

Mestranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP- USP), com pesquisa acerca das vivências de mães de crianças obesas. Realizou Iniciação Científica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (2010), tendo pesquisado a atuação do nutricionista no tratamento da anorexia e de bulimia nervosas. Nutricionista pela FSP-USP (2012). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Ana Paula do Vale Bechara
Nome em citações bibliográficas BECHARA, A.P.V.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2013 Mestrado em andamento em Saúde Pública.
 Faculdade de Saúde Pública -USP, FSP-USP, Brasil.
 Título: Vivências alimentares e sentimentos de mães de crianças obesas: relação entre duas gerações (Provisório), Orientador: Maria da Penha Vasconcellos.
 Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
 Palavras-chave: Obesidade; Obesidade Infantil; Mães de crianças obesas; fenômeno transgeracional; Nutrição; Pesquisa Qualitativa.
 Grande área: Ciências da Saúde
 Grande Área: Ciências Humanas / Área: Psicologia / Subárea: Psicologia Social / Especialidade: Papéis e Estruturas Sociais; Indivíduo.
 Grande Área: Ciências Humanas / Área: Psicologia / Subárea: Psicologia Social / Especialidade: Relações Interpessoais.
 Setores de atividade: Alimentação.

2008 - 2012 Graduação em Nutrição.
 Faculdade de Saúde Pública-USP, FSP, Brasil.

2002 - 2006 Ensino Médio (2º grau).
 Colégio Marista Arquidiocesano, ARQUI, Brasil.

Formação Complementar

2015 - 2015 Prática Clínica. (Carga horária: 24h).
 Nutrição Comportamental, NC, Brasil.

2014 - 2014 Interpretação de Exames Laboratoriais. (Carga horária: 8h).
 Associação Paulista de Nutrição, APAN, Brasil.

12/08/2015

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Maria da Penha Vasconcellos)

Maria da Penha Vasconcellos

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3628660302048530>
Última atualização do currículo em 05/08/2015

Professora Associada 3 da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Graduada em Psicologia, mestrado em Psicologia Social, ambas pela PUC-SP e doutorado e livre docência pela Universidade de São Paulo. Orientadora dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública, Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade e Ambiente, Saúde e Sustentabilidade, na Faculdade de Saúde Pública - USP. Pesquisadora e co-coordenadora do Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas Sociais em Saúde Pública e Coordenadora do Centro de Memória da Saúde Pública/FSP - USP. Membro da Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa-AILPCSH. Áreas de interesse em pesquisa: desigualdade social, migrações, mobilidades e modo de vida urbana; dimensão subjetiva e sociabilidades juvenis; contextos sócio-culturais e vida cotidiana; pesquisa social. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Maria da Penha Vasconcellos
Nome em citações bibliográficas	VASCONCELLOS, M. P.; Vasconcellos, Maria da Penha Costa; VASCONCELLOS, MARIA DA PENHA

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Avenida Dr. Arnaldo 715 Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667703 Fax: (11) 30850240 URL da Homepage: http://www.usp.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1995 - 2000	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Os (des)caminhos da formação sanitária e os direitos sociais: uma reflexão a partir da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Ano de obtenção: 2000. Orientador: Jair Lício Ferreira Santos. Palavras-chave: Formação Sanitária; políticas públicas; políticas sociais.
1986 - 1992	Mestrado em Psicologia (Psicologia Social) (Conceito CAPES 4). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil. Título: A doença mental acima de qualquer suspeita: Franco da Rocha e a prática psiquiátrica na cidade de São Paulo - 1885 à 1923, Ano de Obtenção: 1992. Orientador: Mary Jane Paris Spink. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPQ, Brasil.