

Fatores de desagregação familiar em adolescentes eutróficos e nos portadores de sobrepeso/obesidade

Variables associated with family breakdown in healthy and obese/overweigh adolescents

Carla Cristina J. N. de Almeida¹, Paula de Oliveira Mora¹, Valmir Aparecido de Oliveira², Camila Aparecida João¹, Carolina Regina João¹, Ana Carolina Riccio¹, Carlos Alberto N. de Almeida¹

RESUMO

Objetivo: Investigar a existência de fatores de desagregação familiar em adolescentes eutróficos e nos portadores de sobrepeso/obesidade.

Métodos: Estudo transversal de 242 alunos de uma escola pública, de 14 a 19 anos, que foram pesados, medidos e responderam a um questionário com questões fechadas, o qual investigou a presença de fatores de desagregação familiar. Em seguida, os adolescentes foram divididos em dois grupos, eutróficos e portadores de sobrepeso/obesidade, e as respostas foram confrontadas e analisadas por meio dos testes exato de Fisher e de Mann-Whitney.

Resultados: Não houve diferença significativa para a prevalência dos fatores estudados entre os dois grupos. Comparando-se o número de respostas positivas (presença do fator de desagregação familiar) e negativas (ausência do fator de desagregação familiar), não se observou diferença entre os dois grupos.

Conclusões: A análise com a inclusão de um grupo controle mostrou que fatores ligados à desagregação familiar, habitualmente apontados como associados à obesidade em adolescentes, podem estar presentes também em adolescentes eutróficos.

Palavras-chave: obesidade; criança; adolescente; núcleo familiar; relações familiares.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the presence of family breakdown factors among eutrophic and overweight/obese adolescents.

Methods: Cross-sectional study of 242 students aged between 14 and 19 years old, from a public school. Each student was weighed, measured and answered a questionnaire with closed questions addressing the presence of family breakdown factors. The adolescents were divided in two groups: eutrophic and overweight/obese. The answers of both groups were compared by Fisher's exact and Mann-Whitney tests.

Results: There was no statistically significant difference in the prevalence of the studied factors between the two groups. Comparing the number of positive answers (presence of family breakdown factors) and negative ones (absence of family breakdown factors), no difference was observed between the groups.

Conclusions: The inclusion of a control group showed that factors of family breakdown, usually identified as associated with obesity in adolescents, may also be present in eutrophic adolescents.

Key-words: obesity; child; adolescent; nuclear family; family relations.

Instituição: Centro de Estudos em Saúde e Nutrição Infanto-Juvenil da Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp), Ribeirão Preto, SP, Brasil

¹Unaerp, Ribeirão Preto, SP, Brasil

²Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Endereço para correspondência:

Carlos Alberto N. de Almeida
Rua Eugênio Ferrante, 170
CEP 14027-150 – Ribeirão Preto/SP
E-mail: dr.nogueira@me.com

Fonte financiadora: Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp)

Conflito de interesse: nada a declarar

Recebido em: 15/8/2013

Aprovado em: 14/10/2013

Introdução

A obesidade infantil tornou-se uma epidemia global. Nas últimas décadas, a prevalência aumentou nos países desenvolvidos e nas zonas urbanas dos países em desenvolvimento⁽¹⁾. Países como Austrália, Brasil, Canadá, Chile, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Japão e Reino Unido constataram aumento expressivo da doença, no período compreendido entre os primeiros anos de 1970 e os últimos anos de 1990⁽¹⁾.

No Brasil, segundo o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis 2011–2022 do Ministério da Saúde, a prevalência de sobrepeso em crianças na faixa etária de cinco a nove anos atingiu 33,5%, enquanto a obesidade, nessa mesma faixa etária, atingiu 14,3%⁽²⁾. Na faixa de dez a 19 anos, diagnosticou-se o sobrepeso em 20% dos adolescentes e a prevalência de obesidade foi de 4,0% em meninas e de 5,9% em meninos.

A obesidade é considerada uma doença multifatorial, caracterizada por excesso de tecido adiposo, com interações complexas entre genética, atividade física e fatores culturais. Quanto aos fatores genéticos, a literatura ressalta que todos os cromossomos humanos, exceto o cromossomo Y, podem apresentar pequenos defeitos que favorecem o ganho do peso. Essas alterações, chamadas de “predisposição genética”, seriam responsáveis por tornar os indivíduos suscetíveis ao ganho excessivo de peso, desde que entrem em contato com fatores favoráveis do meio⁽³⁾. Nessa mesma linha de raciocínio, a influência dos pais resulta em determinante genético. Assim, quando apenas um dos pais é obeso, a criança tem aproximadamente 40% de chance de se tornar obesa; por outro lado, quando os dois são obesos, esse índice chega a 80%⁽⁴⁾. Distúrbios neurológicos também têm sido considerados nas causas da obesidade, em especial aqueles que acometem os núcleos hipotalâmicos cerebrais, onde se encontram os centros do apetite e da saciedade, favorecendo a ingestão alimentar descontrolada⁽³⁾.

Fatores psicológicos ou emocionais também podem levar a criança a comer mais, como mecanismo de compensação ou de defesa. Sem ignorar o lado constitucional, é possível conceituar a obesidade como expressão sintomática dos conflitos internos e externos que se realimentam como em um mecanismo de *feedback*⁽⁵⁾. Nesse contexto, sabe-se que as primeiras trocas estabelecidas na díade mãe-filho são essenciais para o estabelecimento do vínculo e a constituição da organização do funcionamento psíquico na criança. Porém, ao lado das ditas experiências primitivas, no decorrer do

desenvolvimento humano, outras vão se agregando e ampliando o modelo de repostas futuras, como, por exemplo, as interações com o ambiente familiar e social⁽⁶⁾. Por essa razão, o núcleo familiar tem importância fundamental, tanto na gênese quanto na manutenção da obesidade⁽⁷⁾. A prática do atendimento de crianças e adolescentes evidencia, quase sempre, um ambiente familiar alterado, no qual se identificam características diversas, como superproteção, rigidez, mas, principalmente, falta de resolução de conflitos⁽⁸⁾. Dentre os conflitos mais comumente encontrados, citam-se: separação dos pais, morte de um ente querido, pessoa estranha ao núcleo familiar que vem momentânea ou permanentemente residir com a família, alcoolismo, drogadição, pai ou mãe ausente e um ou os dois genitores reclusos.

Dentro dessa lógica, parece que as transformações familiares da contemporaneidade possuem conexão com a crescente frequência de obesidade⁽⁹⁾. Estudos demonstram pouca exposição de afetos como estratégia (inconsciente) adotada pelas famílias das crianças obesas a fim de enfrentarem a crise das transformações. Isso pode ser percebido, por exemplo, pela falta de hábito de acariciar as crianças, que muitas vezes são consideradas culpadas e responsáveis pela doença⁽⁹⁾. Ainda sobre a questão alimentar, sabe-se que a família é a responsável pela formação do comportamento alimentar da criança por meio da aprendizagem social^(8,10), o que equivale a dizer que as famílias são dotadas de papel fundamental na formação inicial dos hábitos alimentares da criança, sendo os pais o referencial de padrão para os filhos⁽¹¹⁾. É de se esperar que famílias coesas, com elevado grau de vinculação entre seus componentes, possam atuar como fator de proteção ao surgimento da obesidade. Por outro lado, naquelas em que se observa o contrário, é possível que o ganho excessivo de peso das crianças seja uma das consequências observadas⁽⁷⁾.

A fim de colaborar com o conhecimento científico sobre esse tema, o presente trabalho investigou a existência de fatores de desagregação familiar em adolescentes eutróficos e naqueles com sobrepeso ou obesidade, estudantes de uma escola pública do interior do Estado de São Paulo.

Método

Participaram da pesquisa 242 alunos, de ambos os sexos, de 14 a 19 anos, estudantes do ensino médio no período matutino da Escola Estadual Professor Plínio Berardo, localizada na cidade de Jardinópolis, São Paulo. Para ter acesso a esses voluntários, divulgaram-se (coletivamente e em sala de aula) os objetivos da pesquisa, convidando os alunos a participar.

Apresentou-se a todos o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual, após ter sido lido e sanadas as possíveis dúvidas dos participantes, foi encaminhado aos responsáveis para que assinassem como forma de atestar sua ciência e autorização para a participação. Do total de 326 alunos, 84 recusaram-se a participar ou não trouxeram o termo de consentimento assinado.

Em um segundo momento, em uma sala de laboratório cedida pela escola, aplicou-se um questionário com questões fechadas para se investigarem fatores de desagregação familiar habitualmente apontados na literatura como potencialmente relacionados à obesidade infantil. As questões abordadas distribuíram-se em dois grupos: variáveis qualitativas (presença no ambiente familiar de coabitantes presos, drogaditos, alcoólatras, pessoas com necessidades especiais, com doença grave, morte recente, desemprego, fatos graves, desarmonia, intranquilidade, brigas, estranhos que se agregaram à família, pais separados, pai ou mãe adotivos e irmãos adotivos); variáveis quantitativas (número de irmãos e número de pessoas no domicílio). Para cada questão, havia duas ou mais respostas possíveis, previamente determinadas, e o aluno marcava com um “x” aquela que melhor representava sua opinião. Para construir o questionário e o rol de respostas, além dos dados obtidos de outras pesquisas, realizou-se estudo-piloto prévio, na mesma instituição, com 20 voluntários, o que permitiu aperfeiçoar o instrumento. Ato contínuo, na mesma sala, efetuou-se a antropometria dos participantes (pesagem e medição de estatura) pelas nutricionistas da equipe, que se valeram de técnicas padronizadas. O local ofereceu adequada infraestrutura para a realização do trabalho, sendo a sala bem arejada, limpa e com instalações necessárias tanto para acomodar uma balança antropométrica quanto para atender aos aspectos de privacidade necessários.

Após a coleta, os dados (questionário e avaliação antropométrica) foram tabelados e analisados, dividindo-se os alunos em dois grupos: eutróficos (score Z de índice de massa corpórea entre -2 e +1) e portadores de sobrepeso/obesidade (score Z de índice de massa corpórea maior que +1). Confrontaram-se as respostas do questionário, a fim de evidenciar possíveis diferenças na prevalência de fatores de desagregação familiar entre os alunos eutróficos e os que apresentaram sobrepeso/obesidade.

Analisaram-se as variáveis qualitativas com a construção de tabelas de contingência, nas quais foi possível verificar a distribuição da frequência de cada uma das variáveis de resposta entre os grupos “eutrofia” e “sobrepeso/obesidade”.

Posteriormente, com o teste exato de Fischer, avaliou-se a significância estatística das diferenças observadas nessa distribuição. Realizou-se a análise das variáveis quantitativas pela comparação entre as médias e as medianas. Como a distribuição não se apresentou normal, optou-se por empregar o teste de Mann-Whitney. Por fim, avaliaram-se os dados em conjunto (*cluster*), comparando-se o número de respostas positivas (presença do fator de desagregação familiar) e negativas (ausência do fator de desagregação familiar) entre os dois grupos. Para os cálculos estatísticos, utilizou-se o programa GraphPad⁽¹²⁾.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp).

Resultados

As Tabelas 1 a 3 referem-se à análise das variáveis qualitativas e quantitativas aplicadas aos 242 participantes do estudo.

Verifica-se nas Tabelas 1 e 2 que, para todas as variáveis, não houve diferenças com significância estatística ao se comparar o grupo de adolescentes eutróficos com o grupo com sobrepeso/obesidade.

Na análise da Tabela 3, observa-se que, mesmo quando as variáveis foram analisadas em conjunto, comparando-se o número de respostas positivas (presença do fator de desagregação familiar) e negativas (ausência do fator de desagregação familiar), não houve diferença entre os dois grupos.

Discussão

A origem deste estudo fundamenta-se na prática diária de atividade multidisciplinar do Centro de Estudos em Saúde e Nutrologia Infanto-Juvenil da Unaerp⁽¹³⁾. Para os pesquisadores desse serviço, médicos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, durante as reuniões semanais da equipe, observava-se que determinados fatores, em especial aqueles determinantes de desagregação familiar, apareciam com elevada frequência entre as crianças portadoras de sobrepeso e obesidade atendidas pela equipe. Realizaram-se várias revisões da literatura científica para esclarecer se haveria, efetivamente, maior prevalência desses fatores nas famílias de crianças obesas, mas a maioria dos trabalhos consultados não incluía um grupo controle. Por esse motivo, optou-se por realizar o presente estudo, cujos resultados são discutidos a seguir.

Quanto à presença de irmãos adotivos, Salim e Bicalho⁽¹⁴⁾ entrevistaram famílias e professores para compreender a causa

Tabela 1 - Prevalência de indicadores qualitativos de desagregação familiar nos grupos de adolescentes eutróficos e portadores de sobrepeso/obesidade

Parâmetros	Eutróficos (%)	Sobrepeso/ Obesidade (%)	Valor p*
Presença de irmãos adotivos	1,6	1,7	1,000
Presença de pai e/ou mãe adotivos	0,5	0,0	1,000
Presença de pais separados	24,7	14,2	0,141
Pessoa residindo junto com a família	20,4	25,0	0,462
Ocorrência de brigas no lar	13,4	16,0	0,618
Ocorrência de intranquilidade no lar	20,9	26,7	0,364
Ocorrência de desarmonia no lar	16,1	16,0	1,004
Ocorrência de fatos graves ou marcantes, nos últimos 10 anos	35,8	35,7	1,000
Ocorrência de desemprego na família	29,5	39,2	0,191
Ocorrência de morte na família, nos últimos 10 anos	27,4	33,9	0,400
Ocorrência de doença grave entre os membros da família	6,9	10,7	0,396
Presença de algum membro portador de necessidades especiais	4,3	1,7	0,688
Presença de alcoolismo	11,2	12,5	0,813
Presença de usuários de drogas	2,6	3,5	0,664
Presença de presidiários	12,9	16,0	0,513

*Teste exato de Fischer

Tabela 2 - Indicadores quantitativos de desagregação familiar nos adolescentes eutróficos e nos portadores de sobrepeso/obesidade

Parâmetros	Eutróficos	Sobrepeso/obesidade	Eutróficos	Sobrepeso/obesidade	Valor p*
	Média (DP)	Média (DP)	Mediana (EP)	Mediana (EP)	
Número de pessoas residentes no domicílio	3,8 (1,2)	3,9 (1,5)	4,0 (0,1)	4,0 (0,2)	0,862
Número de irmãos	1,8 (1,0)	1,6 (1,0)	2,0 (0,1)	2,0 (0,1)	0,304

*Mann-Whitney. DP: desvio padrão; EP: erro padrão

Tabela 3 - Quantidade de indicadores positivos de desagregação nos familiares adolescentes eutróficos e nos portadores de sobrepeso/obesidade

Parâmetros	Eutróficos	Sobrepeso/Obesidade	Valor p*
	Média (DP)	Média (DP)	
Quantidade de indicadores positivos	2,3 (1,9)	2,5 (1,9)	0,429

*Mann-Whitney; DP: desvio padrão

e a consequência da obesidade infantil. Concluíram que a adoção (assim como o nascimento de um irmão, a separação dos pais, a mudança de cidade ou de estado, a perda de um ente, a mudança de escola, a ausência de um dos pais e as dificuldades financeira) era um fator que, aparentemente, propiciava o ganho excessivo de peso. Ainda no referido estudo, várias famílias citaram não apenas uma, mas duas ou mais causas para a obesidade, ou seja, a combinação de alguns desses fatores concomitantemente. No entanto a metodologia do estudo conduzido por Salim e Bicalho⁽¹⁴⁾ indica não ter ocorrido comparação com um grupo de crianças eutróficas. Os resultados por nós obtidos mostram que, ao se

avaliar a prevalência desses fatores na população não obesa, eles parecem estar igualmente presentes. Assim, a inclusão de um grupo controle torna-se fundamental. Uma limitação importante dos nossos dados refere-se ao número muito pequeno de pais adotivos encontrados, o que torna difícil a análise estatística. Nesse particular, para uma análise mais adequada, seria fundamental o aumento da amostra.

Conforme Wallerstein e Kelly⁽¹⁵⁾, a separação física dos pais é um dos fatores que mais perturba as crianças, pois faz com que tenham de reformular a visão que tinham dos pais como uma unidade. A percepção de que existe algo se desfazendo dentro de sua própria família gera na criança a

preocupação com o que lhe vai acontecer, já que a família é percebida como sua fonte de apoio e proteção. O divórcio, por sua vez, é visto como uma ameaça a essa estrutura. Ainda segundo Wallerstein e Kelly⁽¹⁵⁾, o estresse infantil pode estar envolvido na origem de vários distúrbios, tanto físicos quanto psicológicos, dentre os quais se pode citar a obesidade. Outra questão, apontada por Viuniski⁽¹⁶⁾ e que parece encontrar subsídios na experiência clínica, é a de que a perda de peso nas crianças de sete e 13 anos participantes de tratamentos ambulatoriais para emagrecimento é sensivelmente maior nos filhos de pais casados do que nos filhos de pais separados. Parece ser inquestionável o fato de que a separação dos pais é um fator de estresse para os filhos. Também é verdadeira a observação de que o estado emocional influencia o ato de comer⁽¹⁷⁾, mas o resultado dessa interação é muitas vezes imprevisível, havendo indivíduos que passam a comer em demasia e outros que praticamente deixam de se alimentar. Dessa forma, parece ser correto afirmar que a separação dos pais não é fator desencadeante do sobrepeso/obesidade, ao menos no presente estudo. Todavia, essa condição pode ser determinante no sucesso do tratamento.

Diversas situações efetivamente promovem algum grau de desestruturação na dinâmica familiar que poderia, por meio do estresse gerado, se relacionar à obesidade da criança que vive nesse ambiente. Algumas delas (pessoa estranha que reside com a família, ocorrência de brigas, intranquilidade e desarmonia no ambiente familiar) foram abordadas no presente estudo, mas a avaliação estatística mostrou que não se relacionaram à presença de obesidade na população estudada.

A literatura efetivamente aponta que o fator estresse leva o indivíduo a comer mais a fim de buscar alívio, sendo, portanto, uma forma de compensação. Bernardi *et al*⁽¹⁸⁾ mencionam que os indivíduos obesos consomem mais alimentos em situação de estresse e/ou condições emocionais adversas. Essa teoria, chamada de Modelo Psicossomático da Obesidade, afirma que as pessoas obesas, principalmente as do gênero feminino, comem excessivamente como mecanismo compensatório em situações de ansiedade, depressão, tristeza ou raiva⁽¹⁸⁾. Segundo De Azevedo e Spadoto⁽¹⁹⁾, “a constituição do corpo é herdada, mas a obesidade não” (p. 3). Assim, segundo esses autores, existiria uma predisposição constitucional genética, por meio da qual o excesso de peso tende a ocorrer em certos grupos familiares e raciais, mas os hábitos ambientais e familiares atuam modificando a tendência herdada⁽¹⁹⁾. Os autores mencionam ainda que a ascendência relativa do ambiente, comparada à da hereditariedade, é variável em cada paciente

obeso, mas a importância predominante do ambiente e de outros fatores exógenos, na maioria dos casos de obesidade, parece ser inquestionável.

Essa variação no padrão de resposta anteriormente descrita pode explicar a relação dos aspectos individuais que fazem com que indivíduos que aparentemente compartilham de ambientes familiares similares não desenvolvam na sua totalidade sobrepeso/obesidade. Quanto a esse aspecto, De Oliveira *et al*⁽²⁰⁾ referem que

“a população infantil é, do ponto de vista psicológico, socioeconômico e cultural, dependente do ambiente onde vive, que na maioria das vezes é constituído pela família, sendo suas atitudes, frequentemente, reflexo deste ambiente. Quando desfavorável, o ambiente poderá propiciar condições que levem ao desenvolvimento de distúrbios alimentares e, uma vez instalados, poderão permanecer caso não aconteçam mudanças neste contexto (p. 8).”

Todavia, nossos dados reforçam o fato de que o padrão de resposta que leva o indivíduo a se tornar obeso em um ambiente desarmônico é individual, pois vários jovens estudados compartilham desse tipo de ambiente, sem, contudo, terem se tornado portadores de sobrepeso/obesidade.

Quanto a eventos desestabilizadores, como morte, doença grave ou ser portador de necessidades especiais, sua investigação deveu-se principalmente à experiência da equipe multidisciplinar. Uma análise dos questionários de história de vida dos pacientes do serviço permitiu observar que os mesmos, frequentemente, relatavam tais ocorrências nas famílias de crianças obesas. Pontin⁽²¹⁾, ao analisar a influência do desemprego paterno (que pode ser entendido como evento desestabilizador para a família) na ocorrência de sobrepeso, observou razão de chances de 1,73 (IC95% 1,16-2,58) para os escolares cujos pais não haviam perdido o emprego. A variável tempo de desemprego mostrou tendência de diminuição de chance de sobrepeso entre os escolares cujos pais tiveram um tempo maior de desemprego. Pode-se considerar o desemprego um evento polêmico. Por um lado, é fator de estresse, já discutido anteriormente como possivelmente ligado à obesidade. Por outro, trata-se de uma situação de restrição da disponibilidade de renda para a família, hipoteticamente levando a menor aquisição e consumo de alimento.

Em estudo realizado por Rand e Stunkard^(22,23) com 84 pacientes obesos e 63 com peso normal, concluiu-se que o ganho de peso associa-se aos períodos de maior estresse durante casamento, divórcio, mudança de emprego ou

morte familiar, sendo relatado ganho de 4,5kg ou mais por 79% dos pacientes obesos e por 9% dos pacientes com peso normal nessas situações. Quando se busca entender como a obesidade se relaciona à perda de um ente querido pela criança, Salim e Bicalho⁽¹⁴⁾, em estudo com 41 sujeitos no qual entrevistaram famílias e professores para compreender as causas e as consequências da obesidade infantil, concluíram que a perda de um ente foi fator determinante da obesidade, mas nossos dados não corroboram essa tese. Quanto à presença de doenças na família, segundo Góngora⁽²⁴⁾, naquelas em que um de seus membros está doente, interagem três subsistemas: o paciente e sua enfermidade, a família e sua rede social e os serviços de saúde. Dessa forma, tomando-se por base a teoria familiar sistêmica, é possível descrever um modelo patológico que busca explicar o que ocorre nesses subsistemas quando um membro da família apresenta doença crônica⁽²⁵⁾: nesse caso, algumas características, como falta de limites interindividuais e entre os coabitantes, carência de habilidades de solução de problemas e padrões de interação rígidos seriam características predominantes. Por fim, pode-se incluir a própria obesidade de um ou mais membros no rol de doenças crônicas interferentes no ambiente familiar⁽²⁵⁾. Todos esses fatores poderiam exercer influência sobre o surgimento e a manutenção da obesidade nos adolescentes, mas o resultado deste estudo revelou que ter um membro da família com alguma doença grave não pode ser apontado como fator desencadeante do sobrepeso/obesidade, já que a diferença entre a prevalência nos dois grupos não foi estatisticamente significativa.

Fatores externos, tais como alcoolismo, drogadição e existência de familiar preso, têm sido apontados como ligados à obesidade. Nesse paradigma, pesquisa realizada por Machado *et al*⁽²⁶⁾ com 322 pacientes e suas famílias no Programa de Saúde da Família procurou relacionar o processo saúde-doença com a família, constatando-se que o uso do álcool é um fator real de desagregação familiar. Igualmente, conforme Spada^(8,10), famílias que têm um membro com transtorno alimentar costumam apresentar alguns traços característicos, como dependência de álcool ou de drogas. Felitti *et al*⁽²⁷⁾, por sua vez, referem que, quanto às experiências de adversidade no ambiente familiar, estas são bastante frequentes nos sujeitos obesos e menos frequentes nos não obesos. E, ainda, em estudo realizado por Silva e Maia⁽²⁸⁾ com 144 pacientes obesos e não obesos, buscando-se investigar aspectos de adversidade familiar relacionados à obesidade, constatou-se que, na categoria abuso de substâncias, pouco mais da metade dos participantes obesos relatou a ocorrência

dessa experiência em sua família. No grupo de participantes não obesos, essa situação foi relatada por apenas 18% da amostra. No presente estudo, quando comparadas as diferenças entre os grupos de obesos e não obesos, essas foram estatisticamente significantes no que se refere ao abuso de substâncias por um membro da família ($p < 0,001$). Silva e Maia⁽²⁸⁾ também investigaram questões ligadas à prisão de um membro da família, demonstrando diferença significativa entre os grupos de obesos e de não obesos ($p = 0,001$). Tais dados reforçam a ideia de uma elevada comorbidade em experiências de adversidade, sendo que a presença de determinadas condições familiares (como a violência, o consumo de álcool ou a doença mental) podem ocasionar maior adversidade individual. Assim, se na literatura encontram-se referências indicando que indivíduos obesos possuem, em alguns casos, membros etilistas em suas famílias, é possível aludir que a relação inversa também pode ocorrer, ou seja, talvez o alcoolismo de algum familiar desencadeie ou mantenha o quadro de sobrepeso/obesidade.

Os dados obtidos nos dois grupos quanto ao número de habitantes no domicílio aproximaram-se dos resultados do Censo Demográfico 2000, o qual revelou que, em média, cada família brasileira possuía 3,5 pessoas⁽²⁹⁾. Por outro lado, nossos resultados quanto à questão da obesidade diferem de outros trabalhos publicados. Estudo realizado por Magalhães *et al*⁽³⁰⁾ no Nordeste constatou que as maiores prevalências de sobrepeso/obesidade foram verificadas em moradores de domicílios com até quatro pessoas, em comparação às casas com cinco ou mais pessoas. As meninas apresentaram maior de risco de sobrepeso/obesidade do que os meninos ao residirem em domicílios com mais de cinco pessoas nessa região [razão de prevalência (RP): 4,43; IC95% 2,15–9,09], o que, no Sudeste, se apresentou de forma inversa (RP: 0,44; IC95% 0,23–0,85). Assim, os autores concluíram que morar em domicílio com até quatro pessoas mostrou ter associação significativa com sobrepeso/obesidade somente em meninos da Região Nordeste. Estudo de Bender⁽³¹⁾ realizado com 208 crianças de ambos os sexos, estudantes de escolas públicas e particulares, mostrou que a maioria dos escolares portadores de sobrepeso/obesos possui apenas um irmão (47,9%) ou não possui irmão (32,4%). A conclusão foi de que existe correlação quanto ao número de irmãos que a criança possui e seu estado nutricional ($p = 0,01$). Guedes *et al*⁽³²⁾ encontraram maior chance de obesidade em crianças com dois ou menos irmãos (OR 1,74; IC95% 1,21–2,49). Guimarães *et al*⁽³³⁾ encontraram maior prevalência de sobrepeso em escolares que possuíam apenas um irmão, com razão de chances ajustada

de 1,94, quando comparados com aqueles que tinham três irmãos ou mais. Os autores discutem que a superproteção materna e a maior oferta de alimentos sejam possíveis mecanismos para a maior prevalência de obesidade nos filhos únicos. Outra explicação possível, segundo esses autores, foi a de que quanto maior o número de crianças na família, mais frequente seriam as brincadeiras e, por consequência, a atividade física. Entretanto, nosso estudo não encontrou diferença significativa quanto ao número de pessoas que coabitam o lar, quando comparados os dois grupos.

Na avaliação de *cluster*, consideraram-se os dados em conjunto. Assim, para cada sujeito, somaram-se as respostas que indicavam a presença do fator de desagregação familiar e realizou-se a quantificação do número de possíveis fatores que cada indivíduo apresentava. Estudo realizado por Silva e Maia⁽²⁸⁾ com 144 pacientes obesos e não obesos observou que apenas 12% dos participantes obesos não relataram qualquer tipo de adversidade na infância. Cerca de 47% desses participantes contaram cinco ou mais experiências de adversidade durante a infância. Atendendo aos elementos que compõem cada categoria de adversidade, os autores verificaram que 88% dos sujeitos obesos e 69% dos não obesos relataram pelo menos uma dessas experiências, o que reforçaria a ideia de que a obesidade é muito frequente em sujeitos com experiências de adversidade. Ainda observaram que 68% dos participantes obesos relataram pelo menos quatro experiências de adversidade ao longo da infância. No presente estudo, o resultado das diferenças entre as médias e as medianas dos conjuntos de respostas de adversidades não foi estatisticamente significativa.

Este trabalho mostra muitos resultados conflitantes com os encontrados na literatura científica. Uma explicação razoável para essa diferença parece ter relação relevante com o fato de se ter optado por incluir um grupo controle. Nenhum dos estudos citados neste artigo contou com a inclusão de um grupo controle para atestar os dados obtidos. É fato que vários fatores escolhidos para o estudo estão presentes nas crianças portadoras de sobrepeso/obesidade, mas estão igualmente presentes nas eutróficas e não poderiam, por esse motivo, ser indicadas como variáveis da causalidade ou manutenção da obesidade. Existem, contudo, limitações do estudo que devem ser destacadas. Uma das principais foi a distribuição de questionários de autopreenchimento. Apesar do cuidado com as orientações prévias, existe sempre a possibilidade de os entrevistados não terem entendido os questionamentos e, conseqüentemente, terem respondido com base em compreensão errônea ou distorcida. Outro fator limitante é que, apesar de terem recebido instruções para tanto, alguns jovens não entenderam “família”

como sendo os membros que coabitam um lar, estendendo suas respostas a eventos como, por exemplo, morte de padrinhos. Dessa forma, por ser um questionário semiestruturado, não é possível mensurar se a resposta baseou-se na relevância que o fato teve para o jovem ou na compreensão que ele teve de família como sendo o macrogrupo a que pertence.

Outro aspecto que merece destaque refere-se à metodologia escolhida para a geração dos dados. Estudo português⁽²⁸⁾ que procurou associar a existência de adversidades familiares com sobrepeso/obesidade encontrou resultados significantes para os itens violência, consumo de álcool, doença mental, abuso de substâncias e prisão, entre outros. A possível explicação para que a referida pesquisa tenha encontrado resultados significantes encontra fundamento no fato de ter sido um estudo descritivo retrospectivo, ou seja, avaliou um efeito de uma causa passada. Assim, as adversidades mencionadas pelos participantes do estudo tinham ocorrido na infância e gerado, por consequência, a obesidade na idade adulta. Por outro lado, nossa pesquisa caracteriza-se por ser transversal, ou seja, a causa e o efeito são buscados em um mesmo momento. Dessa forma, é imponderável precisar se os fatores de desagregação familiar mensurados nos dois grupos, eutróficos e sobrepeso/obesidade, não serão responsáveis por gerar ou manter a obesidade futura nesses jovens.

Deve-se também acrescentar como limitação o fato de se ter usado uma amostra de conveniência (sem cálculo amostral) e de o estudo ter sido conduzido em um local específico, o que limita a extrapolação universal dos resultados encontrados.

A interface entre problemas orgânicos e quadros psicológicos muitas vezes apresenta esse tipo de dificuldade à análise. Pode-se citar como exemplo o trabalho de Luiz *et al*, publicado em 2010, que mostra maior prevalência de depressão em crianças obesas, mas não consegue definir se existe relação de causa ou de consequência entre os eventos⁽³⁴⁾. O padrão individual de resposta não pode ser deixado de lado, posto que, como anteriormente citado, existem indivíduos que comem exageradamente frente a frustrações e estresse, enquanto outros, pelos mesmos motivos, simplesmente deixam de se alimentar. Também não se pode descartar a questão genética, largamente difundida e hoje entendida como de extrema importância na gênese e na manutenção do sobrepeso/obesidade⁽³⁵⁾. Por fim, conclui-se que o presente trabalho, que avaliou adolescentes com sobrepeso e obesidade, comprando-os a controles eutróficos, não encontrou diferença quanto à presença de fatores de desagregação familiar quando confrontados os grupos, apontando que a ocorrência desses eventos, quando investigada, possivelmente aparece de forma comum em adolescentes, independentemente de seu estado nutricional.

Referências bibliográficas

- Han JC, Lawlor DA, Kimm SY. Childhood obesity. *Lancet* 2010;375:1737-48.
- Brasil - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
- Vilar AP, Valverde MA, Lemes SO, Fisberg M. Uma medida de peso. São Paulo: Celebris; 2002.
- Cunha LN. Dietbook. São Paulo: Mandarim; 1999.
- Mello Filho J. Psicossomática hoje. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 1992.
- Guimarães AC, Feijó I, Soares A, Fernandes S, Machado Z, Parcias SR. Overweight and obesity in school children: association between biopsychological, socioeconomic and behavioral factors. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2012;56:142-8.
- Gupta N, Goel K, Shah P, Misra A. Childhood obesity in developing countries: epidemiology, determinants, and prevention. *Endocr Rev* 2012;33:48-70.
- Spada PV. Obesidade infantil: aspectos emocionais e vínculo mãe-filho. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
- Santos AM. O excesso de peso da família com obesidade infantil. *Textos Contextos (Porto Alegre)* [serial on the Internet]. 2003;(2):1-10 [cited 2013 Sep 16]. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/964/744>
- Spada PV. Aspectos psicológicos da alimentação. In: Nóbrega FJ, editor. Vínculo mãe-filho. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
- Araújo MF, Beserra EP, Araújo TM, Chaves ES. Childhood obesity: a reflection about familiar dynamics through an ethnographic point of view. *Rev Rene* 2004;7:103-8.
- Motulsky H. Graphpad 5.0. La Jolla (CA): Graphpad Software Inc; 2011.
- De Almeida CA, De Almeida CC, Barreto RF, Oliveira VA, Ferrioli BH, João CA *et al*. Atuação interdisciplinar em obesidade infantojuvenil: a experiência do CESNI. *Intern J Nutrol* 2008;1:7.
- Salim CM, Bicalho RN. Infantile obesity-psychological aspects involved in the cause and their consequences. *Univ Ci Saude* 2004;2:23-37.
- Wallerstein JS, Kelly JB. Sobrevivendo à separação. Porto Alegre: Artmed; 1998.
- Viuniski N. Obesidade Infantil: um guia prático para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Epub; 1999.
- Mazur J, Dzielska A, Małkowska-Szcutnik A. Psychological determinants of selected eating behaviours in adolescents. *Med Wieku Rozwoj* 2011; 15:240-9.
- Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Restrained eating behavior and obesity. *Rev Nutr* 2005;18:85-93.
- De Azevedo MA, Spadoto C. Psychological study of obesity: two clinical cases. *Temas Psicol* 2004;12:127-44.
- De Oliveira AM, Cerqueira EM, Souza JS, Oliveira AC. Childhood overweight and obesity: influence of biological and environmental factors in Feira de Santana, BA. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003;47:144-50.
- Pontin N. Prevalência de obesidade em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, nas escolas do ensino médio do município de Ouro, SC, Brasil. Joaçaba: Unoesc; 2006.
- Rand C, Stunkard AJ. Obesity and psychoanalysis. *Am J Psychiatry* 1978;135:547-51.
- Rand CS. Psychodynamics of obesity. *J Am Acad Psychoanal* 1978;6:103-15.
- Góngora JN. El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en la familia. In: Ríos Gonzalez JA, editor. La familia: realidad y mito. Madrid: Ramón Areces; 1998.
- Castro EK, Piccinini CA. Implications of physical chronic disease in childhood to family relationships: some theoretical questions. *Psicol Refl Crit* 2002;15:625-35.
- Machado HB, Soprano AT, Machado C, Lustosa AC, Lima MH, Mota AC. Identification of risks in the family based on the genogram. *Fam Saude Deserv* 2005;7:149-57.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V *et al*. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14:245-58.
- Silva SS, Maia AC. História de adversidade na família e queixas de saúde – um estudo comparativo entre obesos e não obesos. *Actas do II Congresso Família, Saúde e Doença*; 2007, p. 1-13.
- Brasil - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000 - famílias e municípios. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
- Magalhães VC, Azevedo G, Mendonça S. Prevalence of overweight and obesity and associated factors among adolescents in the Northeast and Southeast regions of Brazil, 1996 to 1997. *Cad Saude Publica* 2003;19 (Suppl 1):S129-39.
- Bender SC. Influência dos fatores ambientais na obesidade infantil [monografia]. Santa Maria (RS): Unifra; 2006.
- Guedes DP, Rocha GD, Silva AJ, Carvalho IM, Coelho EM. Effects of social and environmental determinants on overweight and obesity among Brazilian schoolchildren from a developing region. *Rev Panam Salud Publica* 2011;30:295-302.
- Guimarães LV, Barros MB, Martins MS, Duarte EC. Factors associated with overweight in schoolchildren. *Rev Nutr* 2006;19:5-17.
- Luiz AM, Gorayeb R, Liberatore Júnior RD. Evaluation of depression, behavioral problems and social skills in obese children. *Estud Psicol (Campinas)* 2010;27:41-8.
- Loos RJ. Genetic determinants of common obesity and their value in prediction. *Best Prac Res Clin Endocrinol Metab* 2012;26:211-26.