

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
NÚCLEO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

BRENO PIRES DE ALMEIDA

**REFLEXÕES SOBRE A OBESIDADE À LUZ DA
TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA**

São Paulo

2021

BRENO PIRES DE ALMEIDA

**REFLEXÕES SOBRE A OBESIDADE À LUZ DA
TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA**

Monografia apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de Especialista em Terapia Familiar e de Casal do Núcleo de Família e Comunidade da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Professora Doutora Mônica Haydée Galano.

São Paulo

2021

A meus pacientes, cujas histórias motivaram-me a escrever este trabalho.

Agradecimentos

A Deus, que em sua infinita bondade me abençoa e sustenta em cada nova etapa de minha vida.

À minha família, em especial mãe e irmão, que fornecem toda a base para meu desenvolvimento.

À minha namorada, pela paciência e auxílio para realização desse trabalho.

Aos amigos, pela colaboração na construção de ideias para a monografia.

À Giselle Pretti, como psicoterapeuta, e Maria Odila Buti, como supervisora, que sempre demonstraram entusiasmo e generosidade em me guiar desde os primeiros passos pelo universo da psicoterapia.

Aos professores do curso, por compartilharem seu conhecimento de forma tão dedicada e carinhosa, ensinando o paradigma sistêmico na teoria e na prática em nossas interações, em especial, à minha orientadora Mônica Galano, também pela disponibilidade e ensinamentos.

RESUMO

REFLEXÕES SOBRE A OBESIDADE À LUZ DA TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA

Breno Pires de Almeida

NUFAC – Núcleo de Família e Comunidade da PUC – São Paulo

2021

O presente trabalho, através das contribuições dos conceitos da terapia familiar sistêmica, procura refletir sobre a relação entre obesidade e padrões interacionais familiares. Após levantamento bibliográfico, apresenta a obesidade como condição complexa multifatorial e explora seus aspectos biológicos, ambientais e psicológicos. Identifica como fatores familiares no contexto da obesidade: relações familiares emaranhadas e rígidas, superproteção, baixa resolução de conflitos, isolamento social, triangulações, desqualificação e sintoma como forma de comunicação, baixa assertividade, obesidade como estressor no ciclo vital e transgeracionalidade por meio de hábitos, segredos e lealdades. Tais conceitos são desenvolvidos e discutidos a partir de textos clássicos da teoria familiar sistêmica e de estudos relacionados à terapia familiar sistêmica e obesidade. Estabelece a relação de complexidade entre os funcionamentos familiares destacados e a obesidade e entende a terapia familiar sistêmica como ferramenta útil nos tratamentos de obesidade.

Palavras-chave: Obesidade; Terapia Familiar Sistêmica

Orientadora: Prof.^a Dra. Mônica Haydée Galano

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
1 CONCEITO DE OBESIDADE	10
2 ETIOLOGIA DA OBESIDADE.....	16
2.1 FATORES AMBIENTAIS.....	16
2.2 FATORES BIOLÓGICOS.....	18
2.3 FATORES PSICOLÓGICOS.....	20
3 EPIDEMIOLOGIA	23
4 TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA	26
5 RELAÇÃO ENTRE TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA E OBESIDADE ...	30
ESTABELECENDO CORRELAÇÕES.....	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

“A quantidade de tecido adiposo conta uma história que por vezes é dramática, grave, duradoura/removível ou eterna. Mas sem dúvida alguma plena de frustrações”.

(KAHTALIAN, 2010, p. 369)

Introdução

Pretendo aqui, inicialmente, informar o leitor por quais caminhos cheguei ao tema escolhido para esta monografia.

Sou médico especializado em psiquiatria e psicoterapia. Durante a residência médica, me interessei especialmente pela psicoterapia vincular de família e de casal.

Naquele momento de formação, não tive oportunidade de atender, no contexto de terapia familiar, casos cuja questão principal fosse relacionada a peso e alimentação, mas pude acompanhar discussões e evolução de atendimentos de colegas. Contudo, esses casos diretamente relacionados a peso e alimentação apresentavam como sintoma identificado menos o sobrepeso ou a obesidade que a anorexia e a bulimia. O tema da obesidade era trabalhado geralmente de forma indireta em diversos contextos, sem ser a questão principal dos clientes.

Já em 2018, fora da residência médica, em meu consultório, sem nenhum motivo específico, recebi um número significativo de pacientes com queixa principal ligada à obesidade.

Nesses casos, percebi que questões familiares sempre se mostravam bastante significativas. Ao longo do tempo, verifiquei que tais pacientes apresentavam funcionamento familiar parecido: famílias com vínculos emocionais (especialmente entre mãe e filho ou filha) muito intensos, confusos e com pouca discriminação entre sentimentos e pensamentos de cada um dos indivíduos; conflitos familiares e baixa assertividade; disputas, explícitas ou veladas, entre irmãos; triangulações; no caso de pacientes adolescentes, discordância dos pais em relação ao manejo do tratamento ou conflitos velados do casal; em pacientes jovens adultos, dificuldade em se distanciar saudavelmente das dinâmicas da família de origem e se abrir para relacionamentos amorosos; evitação a olhar o próprio corpo e vergonha de se expor em situações sociais.

Considerando os múltiplos vieses possíveis dessas percepções sobre os pacientes, tal cenário me despertou a dúvida de quais seriam as bases conhecidas e bem estabelecidas, segundo a teoria familiar sistêmica, de uma possível relação entre obesidade e funcionamento familiar. Durante o curso de Terapia Familiar Sistêmica, encontrei nesta monografia a possibilidade de efetuar esta pesquisa e reflexão, tendo por objetivos o aprofundamento nos assuntos “obesidade” e “pensamento sistêmico”,

assim como especificamente buscar relações conhecidas e estabelecidas entre esses tópicos e tentar, a partir disso, refletir se as experiências e observações que motivaram esta análise encontravam embasamento na produção científica.

Iniciei o trabalho com levantamento bibliográfico nas bases de dados *Google Acadêmico*, *Biblioteca Virtual em Saúde*, *Pubmed* e *American Psychological Association*, com ao menos uma das palavras-chave ou suas combinações, em inglês ou português: *obesidade*, *família*, *terapia familiar*, *terapia familiar sistêmica*, *teoria sistêmica*, *cultura*, *fatores*. Durante o trabalho, foram também utilizados livros, dicionários e estudos específicos, pesquisados nas mesmas bases de dados, para exposição de conceitos necessário ao desenvolvimento textual.

Prossigui com a apresentação geral do tema por meio da definição de obesidade e sobrepeso, do estudo de sua propagação e dispersão no tempo e espaço e da descrição dos fatores que se relacionam com sua ocorrência.

Na sequência, investiguei a relação entre obesidade e padrões de funcionamento familiar sob a ótica da terapia familiar sistêmica. Aqui, fez-se necessário o estudo e definição de alguns conceitos essenciais da teoria sistêmica para a análise das relações que foram encontradas entre interação familiar e obesidade.

Por fim, apresentei as reflexões que se deram pela comparação de minhas experiências com o assunto (atendimentos, discussões de caso, material artístico como livros ou filmes, histórias de amigos ou conhecidos) com o material produzido sobre tema da obesidade sob a ótica da teoria sistêmica.

Verifiquei que a obesidade apresenta fatores etiológicos de interação complexa, ou seja, fatores que se inter-relacionam, muitas vezes com um produzindo o outro, sem que seja possível estabelecer um sentido causal entre eles. Outro aspecto envolvido com a complexidade é que a simples junção desses fatores ou parte deles não garante o surgimento da obesidade, assim como a obesidade não pressupõe que todos eles estejam manifestos.

Com essa ressalva, bastante cara, aliás, ao pensamento sistêmico, tecei a intersecção entre obesidade e um padrão de interação familiar que se baseia sobretudo em relações de baixa diferenciação individual no grupo. Essa apresentação familiar pode ser contemplada, até mesmo ao longo de gerações, nos fluxos comunicacionais, na forma de lidar com estressores, na organização da convivência, no entendimento e expectativas de um membro sobre os outros.

Concluí que a terapia familiar pode ser bastante útil seja como ferramenta de possibilidade de apreensão dos funcionamentos familiares, auxiliando no processo de modificação de padrões que possam tanto ter surgido por conta da presença da obesidade, quanto se desenvolvido pela presença desse estado.

1 Conceito de Obesidade

Obesidade, segundo o dicionário “Online Etymology Dictionary”, é a condição ou qualidade de ser corpulento. A palavra *obesitas* (gordura física, corpulência) no latim deriva de *obesus* (obeso, gordo), que é o particípio passado de *obedere*, palavra formada por *ob-* (sobre) e *-edere* (comer), que significa comer em excesso.

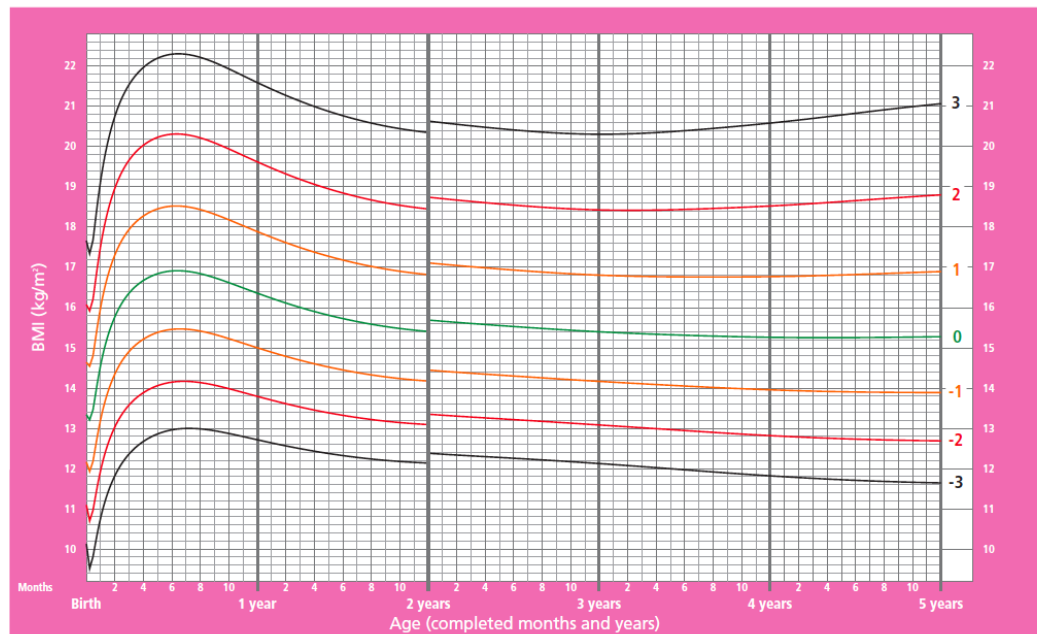
Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (WORLD, 2021b), sobrepeso e obesidade são definidos como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode impactar a saúde. Para classificar este acúmulo de gordura, é comumente utilizado o índice de massa corpórea (IMC), um indicador simples do peso ajustado para altura. Ele é definido pelo peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura de um indivíduo (kg/m^2).

Para adultos, a OMS define sobrepeso como IMC maior ou igual a 25 e obesidade como IMC maior ou igual a 30. Ainda pode-se distinguir a obesidade em graus: grau 1 com IMC entre 30 e 34.9; grau 2 com IMC entre 35 e 39.9; grau 3 com IMC maior ou igual a 40 (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 16).

Em crianças e adolescentes, considera-se para definição de sobrepeso ou obesidade o desvio padrão da curva normal de IMC por idade e sexo, sendo crianças com menos de 5 anos classificadas com sobrepeso a partir de 2 desvios-padrão acima da média e com obesidade a partir de 3 desvios-padrão acima da média; e crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos classificadas com sobrepeso a partir de 1 desvio-padrão acima da média e com obesidade a partir 2 desvios-padrão acima da média (WORLD, 2021b). Vide os gráficos:

BMI-for-age GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

BMI - Body mass index: IMC – Índice de massa corpórea. Calculado pela divisão do peso da criança em quilogramas pelo quadrado da altura (kg/m²).

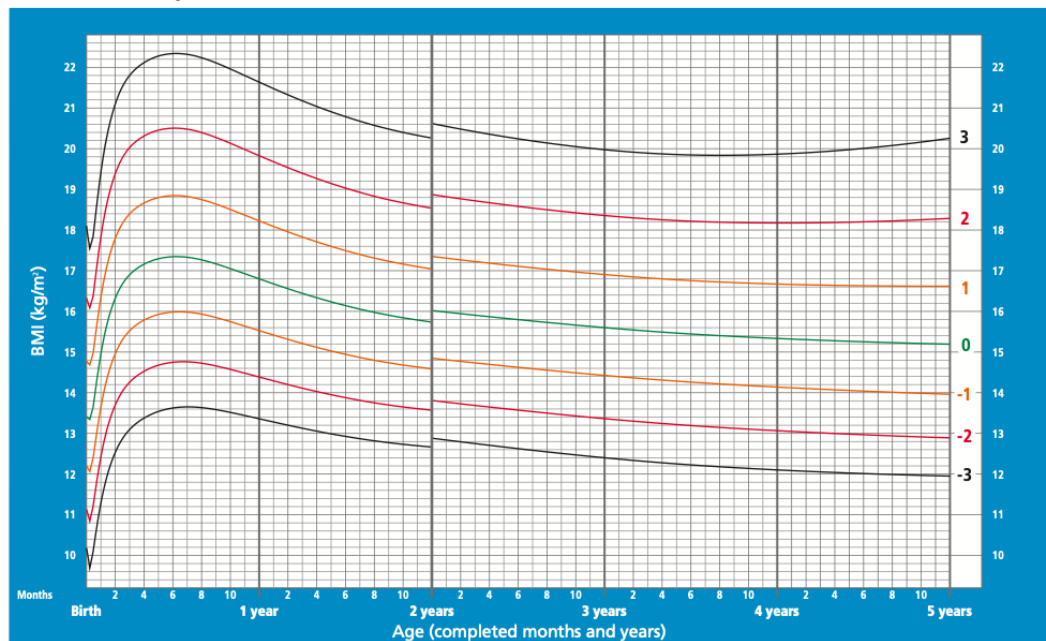
Age (completed months and years): Idade completa em meses e anos.

As curvas coloridas e numeração representam os desvios-padrão.

Assim, por exemplo, uma criança do sexo feminino de 3 anos e 6 meses completos tem sobrepeso a partir do IMC 18,5 e obesidade a partir do IMC 20,5.

BMI-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

BMI - Body mass index: IMC – Índice de massa corpórea. Calculado pela divisão do peso da criança em quilogramas pelo quadrado da altura (kg/m²).

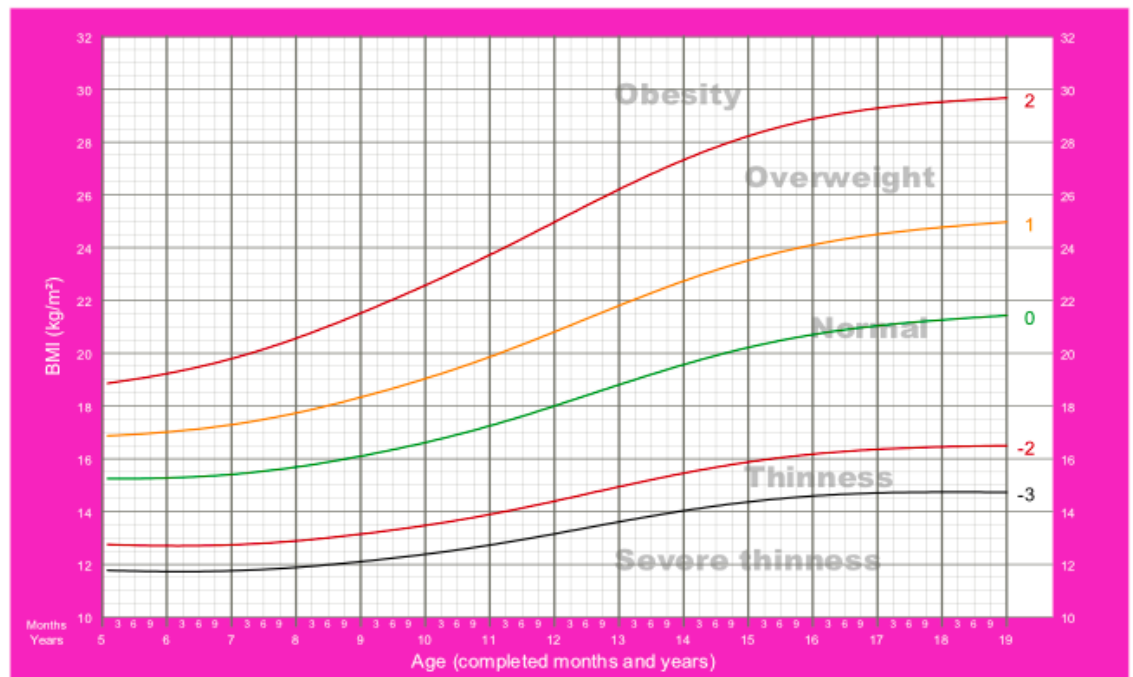
Age (completed months and years): Idade complete em meses e anos.

As curvas coloridas e numeração representam os desvios-padrão.

Assim, por exemplo, uma criança do sexo masculino de 3 anos e 6 meses completos tem sobrepeso a partir do IMC 18,2 e obesidade a partir do IMC 19,8.

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

BMI - Body mass index: IMC – Índice de massa corpórea. Calculado pela divisão do peso da criança em quilogramas pelo quadrado da altura (kg/m²).

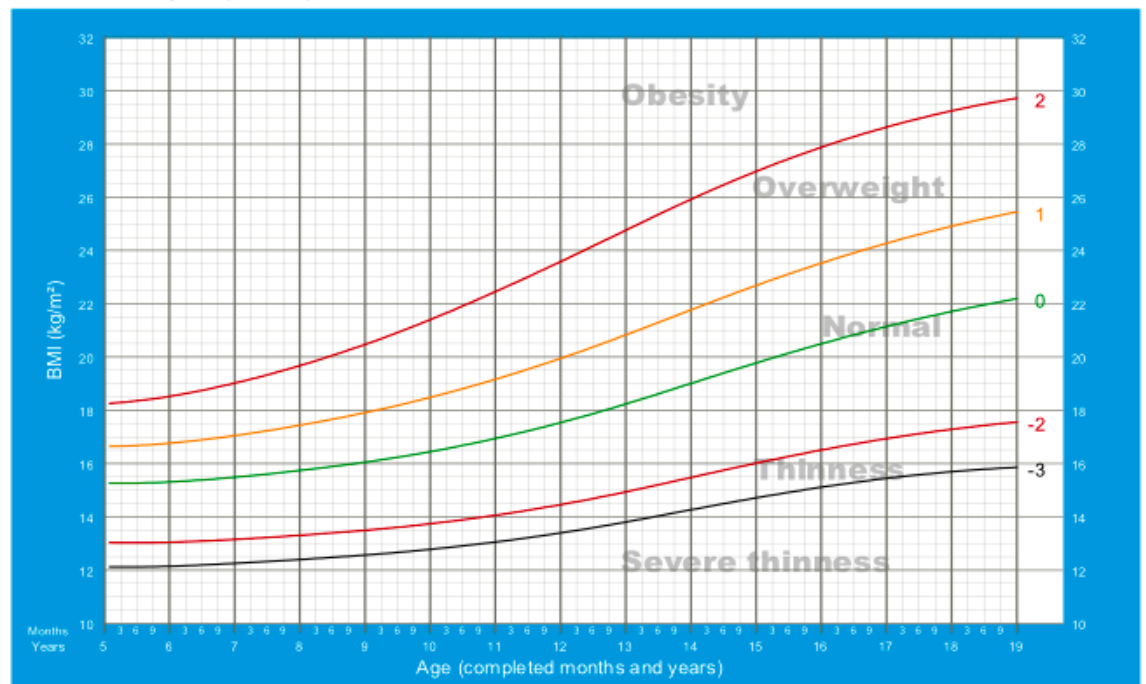
Age (completed months and years): Idade complete em meses e anos.

As curvas coloridas e numeração representam os desvios-padrão.

Assim, por exemplo, uma adolescente do sexo feminino de 14 anos completos tem sobrepeso a partir do IMC de aproximadamente 22,7 e obesidade a partir do IMC de aproximadamente 27,3.

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

BMI - Body mass index: IMC – Índice de massa corpórea. Calculado pela divisão do peso da criança em quilogramas pelo quadrado da altura (kg/m²).

Age (completed months and years): Idade complete em meses e anos.

As curvas coloridas e numeração representam os desvios-padrão.

Assim, por exemplo, um adolescente do sexo masculino de 14 anos completos tem sobrepeso a partir do IMC de aproximadamente 21,7 e obesidade a partir do IMC de aproximadamente 25,9.

O IMC é o índice mais utilizado para definir obesidade devido sua simplicidade e ausência de custo ou necessidade de maquinário, porém, não considera em seu resultado as diferentes composições corporais, que podem surgir por condições como perda de estatura em idosos devido cifose, aumento de peso por líquido em indivíduos edemaciados por doenças diversas, proporção de massa magra no peso a depender do nível de prática esportiva ou sedentarismo etc. Assim, seus resultados podem ser sub ou superestimados. Além disso, o IMC não reflete a distribuição da gordura corporal. Um indivíduo pode ter IMC abaixo de 25, com quantidade de gordura visceral elevada em relação ao normal populacional. Sabe-se que isto aumenta risco de doença cardiovascular e, portanto, também se classifica como alteração metabólica (ASSOCIAÇÃO, 2016, p.15-16).

Portanto, o ideal é que o IMC seja usado em conjunto com outros métodos de determinação de gordura corporal, pois isso pode ajudar a resolver alguns problemas do uso do IMC isolado (ASSOCIAÇÃO, 2016, p.16).

Para avaliar a distribuição de gordura corporal, duas medidas muito utilizadas na clínica pela praticidade e baixo custo são a medida da circunferência abdominal e a relação cintura-quadril (RCQ). Podem ser ainda utilizadas medidas de circunferências braquial, cervical, da coxa e da panturrilha ou a relação cintura-estatura (ASSOCIAÇÃO, 2016, p.17-18). As especificidades técnicas da aferição dessas medidas não dizem respeito ao escopo deste estudo e, portanto, são aqui apenas citadas.

Outras formas de avaliação de peso e composição corporal mais complexas ou de maior custo têm como exemplo: medida de pregas cutâneas, análise de bioimpedância, ultrassonografia, pesagem hidrostática, avaliação de composição corporal por raio-X, ressonância magnética ou tomografia computadorizada. Esses métodos vão variar em precisão, disponibilidade, custo e especificidade de seus resultados (ASSOCIAÇÃO, 2016, p.18-20).

Para as finalidades desse estudo, basta a conceituação de que a obesidade e o sobrepeso dizem respeito ao aumento além do normal do acúmulo de gordura corporal; que esse aumento pode ser aferido por métodos distintos, todos com vantagens, desvantagens e limitações de uso; e que o método padronizado pela OMS e mais utilizado na prática clínica é o IMC, sendo obesidade definida como o índice no valor igual ou superior a 30 em adultos, em valor acima de 3 desvios-padrão acima da curva de IMC para cada sexo em crianças abaixo de 5 anos, e em valor acima de 2 desvios-padrão acima da curva do índice para cada sexo em crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos.

2 Etiologia da obesidade

A obesidade é considerada uma doença complexa e multifatorial. Suas causas são interdependentes e incluem fatores biológicos, psicológicos e ambientais (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 33; SOBAL, 2001, p. 318).

Por conta dessa interdependência e complexidade, a delimitação de cada fator não é tão clara. Como se observa nos tópicos subsequentes, por exemplo, o estresse pode ser considerado fator psicológico, outrossim biológico, visto que se relaciona com funcionamento de eixos hormonais, os quais atuam no comportamento alimentar e ganho de peso; a visão sociocultural do corpo na modernidade é um fator ambiental, do mesmo modo que psicológico, visto dizer respeito também à auto percepção e poder levar a sintomas como evitação social e diminuição de sensação de bem estar decorrente de ganho de peso.

2.1 Fatores Ambientais

As influências ambientais exercem importante papel na etiologia da obesidade. Nas últimas décadas, observou-se o aumento da ingestão calórica e a diminuição da atividade física, e esses dois eventos foram fortes determinantes de ganho de peso e da epidemia de obesidade atual. (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 33; LOOS E BOUCHARD, 2003). Tais modificações estão ligadas à cultura e ao momento histórico vivido (SOBAL, 2001, p. 305).

Cultura será entendida aqui como o sistema aprendido de categorias, regras e planos que as pessoas usam para guiar seus comportamentos. Ela permeia cada aspecto de vida de uma pessoa e interfere em seus conceitos de peso corporal, comportamento alimentar e padrão de atividades (SOBAL, 2001, p. 305).

Informações sobre inúmeras culturas antigas são bastante incompletas por falta de dados específicos para avaliação. Dados mais consistentes começam a surgir por volta do ano 1900. (SOBAL, 2001, p. 305-07). O enfoque desse estudo se dará também a partir desse período.

A cultura forma valores, atitudes e crenças sobre gordura e magreza, fornecendo base para como as pessoas interpretam seu próprio corpo e o corpo de outros. O próprio entendimento do peso do corpo em diferentes sociedades parece impactar na prevalência dessa morbidade. Observa-se, por exemplo, alterações de peso em processos de migração para culturas com outro sistema alimentar ou sistema de construção social; migrações de pessoas de países menos desenvolvidos para países desenvolvidos tendem a levar a aumento de peso e surgimento de doenças (SOBAL, 2001, p. 309).

Na modernidade, se evidenciam a exibição dos corpos e a exigência estética de corpos perfeitos e magros. Concomitantemente, por influência maciça da mídia, há a proliferação de conteúdos disponíveis com novas fórmulas para emagrecer, além da banalização dos procedimentos médicos para aquisição de formas ideais.

Nesse contexto, a obesidade se relaciona a como os indivíduos qualificam o peso de seu corpo como possibilidade ou limitação ao desenvolvimento da vida, assim como algo que foge a uma norma social pré-estabelecida. A atenção ao corpo passa a funcionar como nova normal moral, que com aparente libertação física e sexual, na verdade prega um padrão conhecido como “boa forma”. O corpo em “boa forma”, mesmo nu, jamais é obsceno, feio ou imoral. O corpo “gordo”, contudo, adquire juízo pejorativo: é corpo fracassado, derrotado, sujo (SEIXAS e MATTOS, 2007).

Soma-se ao acima descrito, que na sociedade atual, houve uma “espetacularização do eu”, na qual o olhar do outro é fundamental para o reconhecimento e construção de uma identidade que não se refere mais a uma interioridade do sujeito, mas às imagens determinadas como dignas de atenção ou admiração. (SEIXAS e MATTOS, 2007).

Já em relação às mudanças históricas, dois mecanismos possíveis de explicação do ganho de peso são as transformações do sistema alimentar, promovendo maior ingesta calórica, e transformações no ambiente por meio de tecnologias, que diminuíram consideravelmente os gastos energéticos (SOBAL, 2001, p. 314-15).

Por transformações do sistema alimentar entendem-se as modificações nas tecnologias que abrangem produção, processamento, distribuição, aquisição, preparação e consumo alimentar.

Observa-se que o maior peso é encontrado mais frequentemente nas economias desenvolvidas em comparação com as subdesenvolvidas e isso parece se relacionar à modernização dos métodos de produção, cada vez com menos gasto de energia humana e maior dispêndio de energia combustível (SOBAL, 2001, p. 315).

Essas alterações proporcionaram ao mundo moderno maior volume e variedade de alimento disponível; alimentos muito mais calóricos por conta dos processos de refinamento e conservação; disponibilidade e facilidade de acesso, ao menos no mundo desenvolvido, aos alimentos a qualquer hora e em qualquer quantidade (SOBAL, 2001, p.315-16).

Já as alterações tecnológicas ambientais se difundem por todas as áreas da vida moderna - roupas, higiene domiciliar, transporte, local de trabalho, meios de comunicação - tecnologias estas que diminuem a necessidade de gasto calórico, seja por maior conservação de energia pelas roupas, sistemas de condicionamento de ar, materiais modernos de construção civil e

mobiliário, seja por menor gasto energético em atividades motoras pelas facilidade de se comunicar à distância, presença de equipamentos que automatizaram atividades como limpeza da casa e laser realizado em casa com os televisores (SOBAL, 2001, p. 316-18).

2.2 Fatores biológicos

Nesse campo, a genética tem sua função em graus distintos.

Apesar de difícil precisar, tendo em vista acreditar-se ainda haver uma quantidade grande de genes a serem estudados, a obesidade de causa essencialmente genética, ou seja, relacionada diretamente a defeito em algum gene ou grupo de genes específicos, responde por 5% dos casos gerais, sendo essa porcentagem presumivelmente maior no grupo de grandes obesos (LOOS E BOUCHARD, 2003).

Nos demais casos de obesidade, a influência é poligênica (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 36) e pode-se dividir sua participação como *fator fortemente determinante*, *fator fracamente determinante* ou *fator protetor* (LOOS E BOUCHARD, 2003).

Os indivíduos com *fator genético fortemente determinante* não possuem um defeito genético, mas um conjunto de genes que predispõe ao ganho de peso. Mesmo se não submetidos a influências ambientais para alta ingestão e baixo gasto calórico, ainda assim tendem ao sobrepeso (LOOS E BOUCHARD, 2003).

Estudos com gêmeos são bastante úteis para observação do fator genético fortemente determinante. A Associação Brasileira para Estudo de Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) em suas “Diretrizes Brasileiras de Obesidade” (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 36) cita um estudo realizado com 12 pares de gêmeos monozigóticos submetidos à dieta hipercalórica que mostrou grande variação de peso entre os indivíduos, porém ganho semelhante entre os pares, o que demonstra a participação da hereditariedade. Em outro estudo citado, pares de gêmeos foram criados em ambientes distintos, um com os pais biológicos e outro com os pais adotivos, e verificou-se correlação positiva entre o índice de massa corpórea dos adotados com o dos pais biológicos e não com o dos pais adotivos, mais uma vez reforçando a questão hereditária desses casos.

Os indivíduos com *fator genético fracamente determinante* estarão mais diretamente sujeitos aos fatores externos: se em ambiente restritivo em caloria e de alto gasto energético, tenderão ao peso normal; se, ao contrário, em ambiente obesogênico (dieta abundante em caloria e baixo gasto energético), sofrerão tendência ao sobrepeso e obesidade (LOOS E BOUCHARD, 2003).

Sobre este grupo, a ABESO, em suas diretrizes, cita estudo com os Índios Pima, oriundos do norte do México e do sul do Arizona nos Estados Unidos. Os índios que receberam cestas básicas do governo americano e incorporaram os hábitos da cultura alimentar local, conhecidamente obesogênica, enfrentaram epidemia de obesidade e diabetes, enquanto os índios etnicamente semelhantes, portanto com componentes genéticos mais parecidos, que viviam no México, sem a influência do ambiente alimentar americano, tinham incidência muito menor das doenças citadas (ASSOCIAÇÃO, 2016, p 36).

Por fim, a genética ainda pode ter *papel protetor*. Indivíduos deste grupo, mesmo em condições favoráveis ao acúmulo de gordura tendem a ter peso normal (LOOS E BOUCHARD, 2003).

Algumas interações entre genética e ambiente culminam em modificações da função dos genes, sem alteração alguma da sequência de DNA, que são transmitidas aos descendentes. A esse fenômeno dá-se o nome de *epigenética* (FANTAPPIÉ, 2013). A obesidade materna gestacional, o aumento da idade das grávidas, o sobrepeso ao nascer são exemplos de predisponentes epigenéticos para obesidade (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 35-37), ou seja, condições que quando presentes aumentam a chance do sobrepeso e obesidade na vida adulta.

Além da genética, outros elementos se constituem fatores biológicos e serão abaixo abordados.

Do ponto de vista endocrinológico, observa-se que o nível e função de vários hormônios estão alterados na obesidade, apesar de não ser possível dizer se essas alterações são adaptativas à obesidade, ou se participam da gênese e perpetuação dela. Não é escopo deste trabalho pormenorizar as alterações hormonais, mas sim elencar a complexidade do tema, assim, apenas como pontual citação, encontram-se alterações hormonais como aumento de cortisol, nível reduzido do hormônio do crescimento e diminuição de testosterona em homens (LORDERO et. al, 2007).

Alterações hormonais podem decorrer, outrossim, de condições relacionadas ao estresse. O estresse não só ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, aumentando a produção de cortisol, que participa do acúmulo de gordura visceral (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 100), como por mecanismos hormonais de *feedback*, promove a liberação de endocanabinóides, cuja ação tem participação na busca por alimento calórico como recompensa para alívio do estresse (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 38).

A obesidade também pode ser sintoma de outras doenças endócrinas como hipotireoidismo ou síndrome dos ovários policísticos (LORDERO et. al, 2007).

Aliás, o uso de medicamentos para tratamento de patologias em geral, não só endócrinas, tais como antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, corticoides, também podem interagir com mecanismos biológicos que culminam em ganho de peso até sobrepeso ou obesidade (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 40-41).

Pesquisas apontam ainda que o microbioma intestinal pode interferir no metabolismo energético e nos mecanismos fisiológicos de sinalização de saciedade, ou seja, populações microbianas intestinais específicas tem propriedades que aumentam a probabilidade do desenvolvimento de obesidade (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 43; APOVIAN, 2016).

Há uma crença de que a rotina moderna, assim como as múltiplas fontes de iluminação, teria diminuído quantidade de horas de sono ao longo do tempo. Isso foi questionado e negado em uma revisão de estudos realizados 1960 a 2010 (YOUNGSTEDT et al., 2016). Todavia, independente da relação do controle de peso com a sociedade moderna em geral, do ponto de vista de alterações individuais, sabe-se há relação entre quantidade de horas de sono e mecanismos de controle de apetite (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 41).

2.3 Fatores psicológicos

A obesidade como doença não é somente a diferença positiva entre consumo e gasto energético e seu conseqüente acúmulo sob a forma de gordura, mas, sobretudo, a maneira como os indivíduos qualificam seu estado e seus aspectos fisiológicos como formas de imposição ou não de determinadas limitações ao desenvolvimento da vida (SEIXAS e MATTOS, 2007). Ou seja, a tentativa de definir o status de saúde em um indivíduo com IMC acima de 30 não se dá apenas pela constatação objetiva do acúmulo anormal de gordura corpórea, mas por como sua visão de imagem e funcionamento corporal impacta sua identidade, desempenho social, acadêmico e profissional, e sensação de bem-estar.

Fatores psicológicos participam do desenvolvimento e manutenção do sobrepeso e obesidade. Eles se relacionam com algum tipo de sofrimento psíquico como ansiedade, raiva, tristeza, culpa, preocupação, vivência de estressores psicossociais ou prejuízo de autoimagem ou autoestima. Já outras variáveis psicológicas podem surgir posteriormente ao ganho de peso: sensação de inadequação social, diminuição da sensação de bem-estar, diminuição da relação interpessoal e de atividades de lazer em geral (LIMA e OLIVEIRA, 2016).

O próprio ato de comer traz consigo características emocionais. Em situações de estresse a comida funciona como atenuador de ansiedade. Isso pode desencadear um ciclo no qual a

ansiedade leva ao ato de comer, o ato de comer tem efeito aliviador curto, e é seguido por culpa e desconforto emocional por ter comido (LIMA e OLIVEIRA, 2016, p. 4).

Verifica-se também associação entre transtorno mental e obesidade. Observa-se maior prevalência de transtorno mental, em especial transtorno do humor, transtorno de ansiedade e transtorno do sintoma somático, ao longo da vida, em pacientes obesos (BAUMEISTER e HÄRTER, 2007).

Não é estabelecido, porém, se entre transtorno mental e obesidade há relação de causalidade e em qual direção ela ocorre, ou seja, se obesidade predispõe a transtorno mental, se transtorno mental predispõe à obesidade, ou se ambas são um mesmo destino de fatores predisponentes distintos. Essa análise se torna ainda mais complicada por fatores como sofrer discriminação devido ao peso, ganho de peso decorrente do uso de psicotrópicos, comer como recurso para alívio do estresse, desregulação hormonal de apetite por estresse, ou menor suporte social, pois são situações que podem estabelecer relações intermediárias entre ganho de peso e transtornos mentais. (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 38; LUPPINO et al., 2010; GARIEPY et al.; BAUMEISTER e HÄRTER, 2014). Em outros termos, utilizando dois dos fatores acima, sofrer discriminação devido ao peso pode levar a transtorno mental e, assim, a relação entre peso e transtorno não se dá de forma direta; o uso de psicotrópicos por transtorno mental em significativa parte pode levar a ganho de peso, o que torna a associação entre peso e transtorno novamente mediada por outro fator.

Dentre os diagnósticos psiquiátricos, observa-se também relação entre obesidade e transtornos alimentares, sendo os mais estudados como comórbidos a bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) (LUZ et al., 2018).

Pelo código internacional de doenças versão 11, temos as seguintes definições para cada um desses transtornos:

Bulimia nervosa: caracterizada por recorrentes episódios de compulsão alimentar (uma vez por semana ou mais no período de pelo menos um mês). O episódio de compulsão alimentar é um período distinto em que o indivíduo experimenta a perda de controle subjetiva sobre o comer, ingerindo notavelmente mais ou de forma diferente que o habitual, e sente-se incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou quantidade de comida. A compulsão é acompanhada por repetidos comportamentos compensatórios inapropriados objetivando a prevenção de ganho de peso (por exemplo, vômito autoinduzido, abuso de laxantes e enemas, exercício físico extenuante). O indivíduo está preocupado com a forma ou peso corporal, o que afeta fortemente a autoavaliação. Há marcado sofrimento sobre o padrão de compulsão e compensação ou prejuízo significativo nas esferas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outra

área importante de funcionamento. O indivíduo não se enquadra nos requisitos para diagnóstico de anorexia nervosa (tradução nossa) (WORLD, 2021a).

Transtorno da compulsão alimentar periódica: caracterizada por recorrentes episódios de compulsão alimentar (uma vez por semana ou mais por um período de mais de dois meses). O episódio de compulsão é um período distinto no qual o indivíduo experimenta perda de controle subjetiva sobre o comer, ingerindo notavelmente mais ou de forma diferente que o habitual, e sente-se incapaz de parar de comer ou limitar o tipo ou quantidade de comida. A compulsão alimentar é experimentada com muito sofrimento e frequentemente acompanhada por emoções negativas como culpa ou desgosto. Todavia, diferentemente da Bulimia Nervosa, os episódios de compulsão alimentar não são regularmente acompanhados por comportamentos compensatórios inadequados almejando a prevenção de ganho de peso (por exemplo, vômito autoinduzido, abuso de laxantes ou enemas, exercício físico extenuante). Há marcado sofrimento sobre o padrão de compulsão ou significativo prejuízo nas esferas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outra área importante de funcionamento (tradução nossa) (WORLD, 2021a).

Uma revisão de estudos latino-americanos sobre TCAP, sendo a maioria deles brasileiros, mostrou prevalência de 16% a 52% de TCAP em indivíduos obesos em programas de tratamento de obesidade (PALAVRAS et al., 2011; LUZ et al., 2018).

Outro estudo com indivíduos com transtorno alimentar, demonstrou que apresentavam obesidade 87.8% dos pacientes com transtorno de compulsão alimentar periódica, 33.2% dos pacientes com bulimia nervosa, 21.2% dos pacientes com outro transtorno alimentar especificado e 4,6% dos pacientes com anorexia nervosa (LUZ et al., 2018; VILLAREJO et al., 2012).

Dado o acima exposto, entende-se que a relação entre obesidade e fatores psicológicos e psiquiátricos é bem estabelecida e é complexa, ou seja, funcionam por interdependência, sem a possibilidade de estabelecimento de causalidade linear.

3 Epidemiologia

A obesidade ao longo da vida está ligada a consequências adversas à saúde. Essa condição se relaciona a risco aumentado para hipertensão, diabetes, doença ateromatosa cerebrovascular, câncer, apneia do sono e osteoartrite (WORLD, 2021b, P. 17).

Entre 1975 e 2016, sua prevalência mundial quase triplicou. Antes considerada uma condição principalmente dos países desenvolvidos, apresenta contínuo crescimento de suas taxas nos países em desenvolvimento (WORLD, 2021b, P. 17).

Dentro do território de um mesmo país, essa prevalência varia, tendo relação com fatores como nível socioeconômico, idade e sexo (SEIDELL, 2001b, P. 24).

No Brasil, em estudo considerando as 27 capitais (ilustrado em tabela abaixo), a frequência total de sobrepeso foi de 55,4% e de obesidade foi de 20,3%.

A frequência de sobrepeso foi discretamente diferente entre homens e mulheres, 57,1% (IC95% 55,6 a 58,7) e 53,9% (IC95% 52,7 a 55,0), respectivamente; e a frequência de obesidade foi estatisticamente igual entre os sexos: 19,5% para homens (IC95% 18,3 a 20,6) e 21% para mulheres (IC95% 20 a 21,9).

Quando se estratificam os dados por idade e escolaridade, temos que em homens a prevalência de sobrepeso aumenta até a idade de 44, com posterior diminuição, já em mulheres, a prevalência progride até os 64 anos, com posterior redução. Já a obesidade em homens aumenta sua frequência até os 64 anos com posterior redução e, em mulheres, não é possível afirmar a tendência de aumento ou diminuição de forma estatisticamente significativa.

Em relação à escolaridade, a frequência de obesidade diminuiu significativamente com o aumento do nível de escolaridade em mulheres. Não se verifica clara tendência no grupo de homens (BRASIL, 2020, p. 36-42).

Os dados acima discutidos constam nas tabelas abaixo:

Tabela 1 - Percentual* de indivíduos com excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m²) no conjunto da população adulta (\geq 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. Vigitel, 2019

Variáveis	Total		Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Idade (anos)						
18 a 24	30,1	27,7 - 32,4	31,1	27,8 - 34,4	28,8	25,5 - 32,0
25 a 34	53,1	50,6 - 55,6	56,9	53,2 - 60,7	49,3	46,1 - 52,5
35 a 44	61,0	58,9 - 63,0	67,7	64,4 - 70,9	55,6	53,1 - 58,2
45 a 54	63,7	61,7 - 65,7	65,0	61,6 - 68,4	62,7	60,3 - 65,0
55 a 64	63,1	61,1 - 65,0	63,4	60,0 - 66,8	62,8	60,6 - 65,0
65 e mais	59,8	58,3 - 61,3	60,6	57,8 - 63,4	59,3	57,5 - 61,0
Anos de escolaridade						
0a 8	61,0	59,2 - 62,8	59,8	56,7 - 62,8	62,1	60,0 - 64,1
9 a 11	53,8	52,3 - 55,3	52,7	50,3 - 55,0	54,9	53,0 - 56,8
12 e mais	52,2	50,6 - 53,9	60,4	57,7 - 63,1	45,9	43,9 - 48,0
Total	55,4	54,4 - 56,3	57,1	55,6 - 58,7	53,9	52,7 - 55,0

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de 2019.
IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: BRASIL, 2020, p. 39.

Tabela 2 - Percentual* de indivíduos com obesidade (IMC \geq 30 kg/m²) no conjunto da população adulta (\geq 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade. Vigitel, 2019

Secretaria de Vigilância em Saúde | MS

Variáveis	Total		Sexo			
	%	IC 95%	Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Idade (anos)						
18 a 24	8,7	7,3 - 10,0	7,3	5,7 - 8,9	10,3	8,0 - 12,5
25 a 34	19,3	17,4 - 21,3	19,4	16,6 - 22,3	19,2	16,5 - 21,8
35 a 44	22,8	21,0 - 24,5	23,8	20,9 - 26,7	21,9	19,8 - 24,0
45 a 54	24,5	22,8 - 26,3	23,7	20,8 - 26,6	25,2	23,0 - 27,4
55 a 64	24,3	22,7 - 26,0	24,7	21,8 - 27,6	24,0	22,1 - 26,0
65 e mais	20,9	19,7 - 22,2	18,0	15,8 - 20,2	22,7	21,2 - 24,3
Anos de escolaridade						
0 a 8	24,2	22,8 - 25,7	21,6	19,2 - 24,0	26,5	24,7 - 28,3
9 a 11	19,9	18,7 - 21,1	18,3	16,5 - 20,1	21,4	19,9 - 23,0
12 e mais	17,2	15,9 - 18,5	19,0	17,0 - 21,0	15,8	14,2 - 17,5
Total	20,3	19,5 - 21,0	19,5	18,3 - 20,6	21,0	20,0 - 21,9

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de 2019 (ver "Aspectos Metodológicos").
IC 95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: BRASIL, 2020, p. 42.

4 Terapia familiar sistêmica

A terapia familiar sistêmica compreende o indivíduo não mais no âmbito de sua individualidade, mas no das relações e dos contextos nos quais se insere; compreende suas manifestações não mais apenas no território do intrapsíquico, mas também no inter-relacional (GRANDESSO, 2009).

Ao longo de sua evolução, a terapia familiar sistêmica apresentou pontos organizadores de sua teoria e prática.

Um primeiro ponto veio da teoria sistêmica e da cibernética, com a compreensão da família como sistema. A compreensão de um comportamento, disfuncional ou saudável de um indivíduo, era formada pelo entrelaçamento de ações da família como um todo. Assim, a presença de um sintoma era vista como um desvio ativado por erros na organização familiar e funcionava como tentativa de retorno ao equilíbrio de funcionamento perturbado por alguma pressão oriunda de fatores externos ou de demandas por mudanças no ciclo familiar.

Em um segundo momento, se passou a entender o sintoma, assim como as intervenções terapêuticas, como possibilidades de modificação da estrutura familiar. Enquanto no primeiro momento se falava em *morfoestase*, ou seja, busca de correção de desvios visando a manutenção do equilíbrio ou da estabilidade do funcionamento do sistema familiar, nesse segundo momentos, falava-se em *morfogênese*, ou seja, busca de modificação para ampliar possibilidades evolutivas e mais adaptativas para sobrevivência do sistema familiar. Esses dois momentos ficaram conhecidos como *cibernética de primeira ordem*, subdivididos em *primeira e segunda cibernética*, respectivamente (GRANDESSO, 2009).

Seguiu-se então para o que ficou conhecido como *cibernética de segunda ordem*, que se baseia no conceito da impossibilidade de se separar sujeito e objeto, observador e sistema observado. Enquanto na primeira cibernética pensava-se em um terapeuta observador do sistema e interventor nele a partir de conceitos sistêmicos (*morfoestase e morfogênese*), na segunda cibernética entendeu-se que sistemas humanos são capazes de produzir suas próprias mudanças (*autopoiese*), as quais são conduzidas e limitadas pela própria organização, não podendo ser conduzidas de algum lugar externo ao próprio sistema. Assim, o terapeuta é entendido como parte do sistema, sendo impossível falar em uma realidade que possa ser percebida ou manejada independente do observador (GRANDESSO, 2009). Entende-se realidade

como uma construção consensual em um espaço de intersubjetividade. O que a ciência diz sobre o mundo é o que os cientistas constroem de forma consensual em seu espaço de intersubjetividade (VASCONCELLOS, 2009). Seguiu-se então para um campo de atuação baseado na linguagem e no significado, com a percepção do terapeuta como parte do sistema, tendo seu papel como facilitador de construção de novos significados, possibilidades de reflexão, propondo transformações criativas através de suas técnicas (GRANDESSO, 2009).

A partir daqui a definição de alguns conceitos-chave faz-se importante.

Sistema, de forma abstrata, pode ser entendido como um conjunto composto por objetos, entendidos aqui como partes do próprio sistema, e pelas relações entre os objetos e entre seus atributos, entendidos aqui como propriedades dos objetos. A relação aqui, dada que relações entre partes podem ser indiscriminadamente estabelecidas, depende do que é importante e o que é trivial em relação à interação entre objetos observada. No caso do sistema humano, pode-se definir como objetos os indivíduos, como atributo a comunicação e como relação a interação entre si por meio desta comunicação (WATZLAWICK, BEAVIN e JACKSON, 2007).

O *sistema* está inserido em um *meio*. Novamente de forma abstrata, por *meio* compreendem-se todos os objetos em cujos atributos uma mudança afeta o sistema e que também são afetados por alterações do sistema (WATZLAWICK, BEAVIN e JACKSON, 2007).

Infere-se pelo dado acima que um determinado *sistema* pode funcionar como objeto de um sistema maior, que chamamos de *meio*. Da mesma forma, um *sistema* pode ser subdividido em partes que possuem objetos que interajam entre si por meio de seus atributos, ou seja, um *subsistema*. Assim sendo, a definição do que é *sistema*, *subsistema* e *meio* depende do foco do observador em um dado momento (WATZLAWICK, BEAVIN e JACKSON, 2007).

Tais distinções acima citadas valem para os ditos *sistemas abertos*. *Sistemas abertos* permutam informações com seus *meios*. Os sistemas orgânicos e o corpo social são entendidos como *sistemas abertos* (WATZLAWICK, BEAVIN e JACKSON, 2007).

A família é um sistema aberto. Se se estabelecer, como exemplo, um núcleo familiar composto por pai, mãe e dois filhos, pode-se definir um subsistema “pais” e um subsistema “filhos”; pode-se fixar como meio a “família estendida” (avós, primos, tios) ou a “comunidade” em que essa família está inserida. A definição do que será o

meio, o sistema e o subsistema depende do foco da análise da interação entre as partes e entre seus atributos.

Os *sistemas abertos* apresentam algumas propriedades:

- *Globalidade*: as partes de um sistema estão relacionadas de um modo tal que uma mudança em qualquer uma delas afeta o sistema inteiro. Ou seja, um sistema não funciona como uma reunião de objetos independentes, mas como um todo coeso e interdependente. Numa família, o comportamento de todo indivíduo está relacionado com o comportamento de todos os demais, de forma que a família funciona em certo equilíbrio, no qual perturbações promovem movimentos para retorno ao equilíbrio anterior ou para uma readequação e novo ponto de equilíbrio.

- *Não-somatividade*: essa propriedade é uma outra forma de entender o mesmo fenômeno descrito na anterior. Um sistema não pode ser considerado a simples soma de suas partes e não pode ser compreendido pela análise de suas partes individuais. A análise de uma família não é a soma da análise de seus membros individuais, assim como alguns padrões de interação transcendem qualidades individuais.

- *Retroalimentação e circularidade*: as partes do sistema não estão somativa ou unilateralmente relacionadas, mas sim circularmente relacionadas por meio de mecanismos de retroalimentação. Uma determinada cadeia de eventos em um sistema aberto funciona de tal modo que um evento *a* condiciona um evento *b*, este evento *b* condiciona um evento *c*, e o evento *c*, por sua vez, condiciona de volta o evento *a*. A retroalimentação pode ser positiva ou negativa. É negativa quando visa a corrigir alterações e promover a manutenção da homeostase do sistema. É positiva quando promove a mudança, isto é, à perda da estabilidade e necessidade de um novo ajuste do sistema.

Garcia e Fraga (2009), com a evolução dos conceitos sistêmicos, atentam para a distinção entre *circularidade reatrativa*, como examinada acima, e *circularidade recursiva*. Na *circularidade recursiva*, um evento *a* é produtor de um evento *b*; o evento *b*, produto do evento *a*, é também produtor do evento *a*, e isso se sucede indefinidamente. Assim, mais adequado que falar em movimento circular, seria falar em movimento espiral.

Ou seja, na circularidade reatrativa negativa, se o evento *a* promove a intensificação do evento *b*, o evento *b* promove a redução do evento *a*. Dessa forma, o sistema se corrige e mantém estabilidade. Na circularidade reatrativa positiva, se o evento *a* promove intensificação do evento *b*, este, por sua vez, também intensifica

retroativamente o evento *a*, de forma tal que leva à perda de estabilidade do sistema e necessidade de mudança de parâmetros de funcionamento. Já na circularidade recursiva, o evento *a* é produtor do evento *b*, que por sua vez, é produtor do evento *a*. A relação não é de condicionamento, regulação ou retroalimentação, mas é tal que o produto de cada interação é necessário ao processo que o gera.

- *Equifinalidade*: ao contrário dos sistemas fechados, cujas condições iniciais, sob condições controladas, determinarão certo resultado (entendendo resultado aqui como um determinado estado do sistema após algum tempo decorrido), os sistemas abertos podem atingir um mesmo estado final independente do tempo decorrido ou das condições iniciais. O que determina o mesmo resultado do sistema aberto são as interações entre suas partes e não as condições iniciais. Dessa forma, diferentes condições iniciais podem culminar no mesmo resultado, assim como mesmas condições iniciais podem levar a resultados distintos. Na análise de determinados estados das relações humanas sob esse ponto de vista, as características específicas da gênese ou do produto de certas condições tem menor importância que o padrão de interação entre seus membros.

5 Relação entre terapia familiar sistêmica e obesidade

Entendendo família como um construto social no qual pessoas se relacionam por ancestralidade, casamento, adoção ou escolha, há evidências de que seu funcionamento e obesidade sejam relacionados (HALLIDAY et al., 2014). Apesar de as famílias terem diferentes composições, certas características podem ser utilizadas para determinar a qualidade de seu funcionamento. Halliday et al. (2014) sintetiza como bom funcionamento quando na família há papéis claramente determinados, comunicação aberta, boa regulação afetiva, sucesso no desempenho de atividades do grupo concomitante ao encorajamento do desenvolvimento individual e pessoal. Já o funcionamento familiar pobre se caracteriza por desorganização, comunicação precária e papéis rígidos e mal definidos de cada membro. O mesmo autor em uma revisão sistemática identifica relação entre o funcionamento familiar pobre e maiores escores de IMC entre crianças e adolescentes.

Reforça que a obesidade não é causada por um único fator, em vez disso, é influenciada por uma inter-relação complexa de fatores biológicos, comportamentais e ambientais, assim, o resultado de sua análise aponta que o funcionamento familiar é um fator que se relaciona à obesidade de forma bidirecional: o funcionamento pobre leva ao aumento do risco de obesidade, e a presença de obesidade (ou o tratamento dela) pode impactar na qualidade do funcionamento familiar.

Nessas circunstâncias, a terapia familiar já faz parte das recomendações correntes para tratamento de obesidade infantil (KAPLAN, 2014).

Do ponto de vista sistêmico, observam-se características comuns nas dinâmicas familiares relacionadas à obesidade: *relações familiares emaranhadas, rigidez, superproteção, isolamento social, falta de resolução de conflito, raiva inibida, baixa assertividade, baixa expressão de sentimentos, triangulação* (LIMA, 2000; GANLEY, 1986; OTTO e RIBEIRO, 2012).

Ganley (1986) avalia a relação de obesidade e funcionamento familiar a partir dos conceitos desenvolvidos por Salvador Minuchin para “famílias psicossomáticas”, entendendo a obesidade, com a ressalva de não excluir fatores biológicos, mesmo os ainda desconhecidos para a época, como sintoma psicossomático.

O termo psicossomático, derivado das palavras gregas *psique* (alma) e *soma* (corpo), refere-se a como a mente interage com o corpo como uma unidade. Infelizmente, devido ao uso inadequado por leigos e mesmo por profissionais, o termo

foi abandonado pelos manuais de diagnóstico de transtornos mentais, mantendo, todavia, seu uso por pesquisadores e profissionais da saúde (SADOCK, SADOCK e RUIZ, 2017, p. 465).

Atualmente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em seu diagnóstico “Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas” (AMERICAN, 2014) e o Código Internacional de Doenças CID-11 em seu diagnóstico código 6E40 “Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtorno classificados em outra parte” (WORLD, 2021a) contemplam o significado de psicossomático. Ambas as classificações sustentam a presença de uma doença de base orgânica, que não é um transtorno mental, e que pode ter seu curso, seja sintomático ou de tratamento, influenciado por fatores psicológicos (não explicados por transtorno mental) (AMERICAN, 2014; WORLD, 2021a). A obesidade, atualizando a aceção de Ganley com os conceitos modernos dos manuais diagnósticos, é uma doença de base orgânica, absolutamente não é um transtorno mental, pode ter seu curso influenciado por fatores psicológicos, como disposto em capítulo anterior, e suas manifestações físicas não são meros sintomas de um transtorno mental.

Em sua teoria, Minuchin et al. (1975) identificou quatro tipos de interações familiares relacionadas a sintoma psicossomático: *emaranhamento ou aglutinação, rigidez, superproteção e falta de resolução de conflito*.

Famílias com estilo emaranhado ou aglutinado apresentam alto nível de envolvimento entre seus membros. São famílias bastante ligadas, com muito compartilhamento, porém sem privacidade ou diferenciação individual. Comum que comunicações entre dois indivíduos sejam feitas de forma indireta através da interposição de um terceiro membro da família. Não estimulam individualidade e autonomia (GANLEY, 1986; KOG, WALTER e VERTOMMEN, 1985) e é rotineiro que haja intrusão nos pensamentos, sentimentos e comunicações um dos outros (MINUCHIN et al., 1975). Apresentam vínculos pouco definidos, sem clareza dos papéis de cada subsistemas (subsistema pais, subsistema filhos, subsistema irmãos etc.). Por exemplo, frequentemente, crianças em famílias desse estilo tomam papéis parentais inapropriadamente.

Nessas famílias emaranhadas, o sistema de regras e de comunicação é rígido, sem a flexibilidade necessária para lidar com crises e mudanças de forma adaptativa, pois, neste contexto, a expressão de individualidade não é bem-vinda. Quando eventos que requerem mudança ocorrem, a família insiste nos mesmos métodos de

interação e temas que possam proporcionar mudanças, como negociação de autonomia individual, não são permitidos (GANLEY, 1986; MINUCHIN et al., 1975). Muitas vezes a família com essa dinâmica apresenta isolamento social, pois as famílias aglutinadas sentem seu pertencimento ameaçado por relações externas a seu núcleo (MINUCHIN, 1974 apud OTTO e RIBEIRO, 2012).

Como solidão, depressão e tédio são frequentemente reportados como gatilhos para um comer excessivo, Ganley (1986) sugere que as famílias com obesidade têm dificuldade em lidar com as necessidades sentimentais de seus indivíduos, assim como as famílias psicossomáticas descritas por Minuchin. Em vez de proteção adequada e direcionada a necessidades legítimas de cada membro, alcançando com isso baixa autonomia e competência individuais, essas famílias caminham para a superproteção (GANLEY, 1986). A família organiza sua comunicação e percepção um dos outros em torno dos cuidados e preocupações de proteção, com conseqüente subdesenvolvimento de competências individuais. (MINUCHIN et al., 1975).

A rigidez, a superproteção e a aglutinação familiar são padrões que culminam na quarta característica das famílias psicossomáticas: falta de resolução de conflitos. Esta se dá por diversos recursos para a manutenção da mesma forma de interação. Um modo bastante útil a tal propósito é o surgimento de um “bode expiatório”, alguém que desenvolverá um sintoma que desvia a atenção da tensão e mantém um conflito primário ou central insolúvel. Outras vezes, a família se reveste de um racional religioso ou ético para essa esquiva dos confrontos naturais de desenvolvimento. No mesmo contexto de busca por homeostase do sistema, a família evita assuntos que possam desencadear mudança, como negociação de autonomia. O cenário é de passividade, baixa assertividade e pouca expressão de raiva (MINUCHIN et al., 1975).

Um mecanismo de organização típico no funcionamento acima descrito (emaranhamento, rigidez, superproteção e falta de resolução de conflito) é a *triangulação*. Na teoria de Murray Bowen, triangulação é um processo que pode ocorrer quando surge, em uma relação de duas pessoas, uma terceira, com a função de estabilizar o conflito e diminuir o nível de estresse. Um exemplo no contexto alimentar pode ser o de pais que, de forma emocionalmente estressante, não concordam sobre dieta do filho e, então, o filho passa a ter problemas escolares, desviando a atenção dos pais para outro fator pelo qual se unem, estabilizando o conflito e diminuindo o estresse naquela díade (KAPLAN et. al, 2014).

Otto e Ribeiro (2012) percebem nesse funcionamento de fronteiras interpessoais difusas, com membros da família que se intrometem nas ideias, sentimentos e comunicações uns dos outros, no qual há aversão à percepção das individualidades e diferenciações, um mecanismo comunicacional chamado *desqualificação*.

Desqualificação é um fenômeno da comunicação que visa a invalidar a própria comunicação ou a do outro. Acontece nos contextos em que se procura não comunicar.

Um dos axiomas da pragmática comunicação é a *impossibilidade de não comunicar*. Como não existe um “não-comportamento”, e todo comportamento, numa situação interacional (mesmo que seja a interação de um indivíduo com as próprias fantasias e pensamentos), tem valor de mensagem, isto é, de comunicação, segue-se que é impossível não comunicar. Atividade ou inatividade, palavra ou silêncio, intencional ou não, tudo possui valor de mensagem.

Assim sendo, em uma situação na qual alguém não queira, mas se sinta obrigado a interagir, as saídas possíveis são apenas quatro: *aceitação da comunicação, rejeição da comunicação, sintoma como comunicação ou desqualificação da comunicação*. (WATZLAWICK, BEAVIN e JACKSON, 2007).

As desqualificações procuram invalidar o que se tenta comunicar e podem ocorrer por meio de uma vasta gama de estratégias, dentre as quais, declarações contraditórias, incoerências, mudanças bruscas de assunto, tangencializações, frases incompletas, interpretações errôneas, maneirismos de fala, interpretações literais de metáforas e interpretações metafóricas de comentários literais. (WATZLAWICK, BEAVIN e JACKSON, 2007).

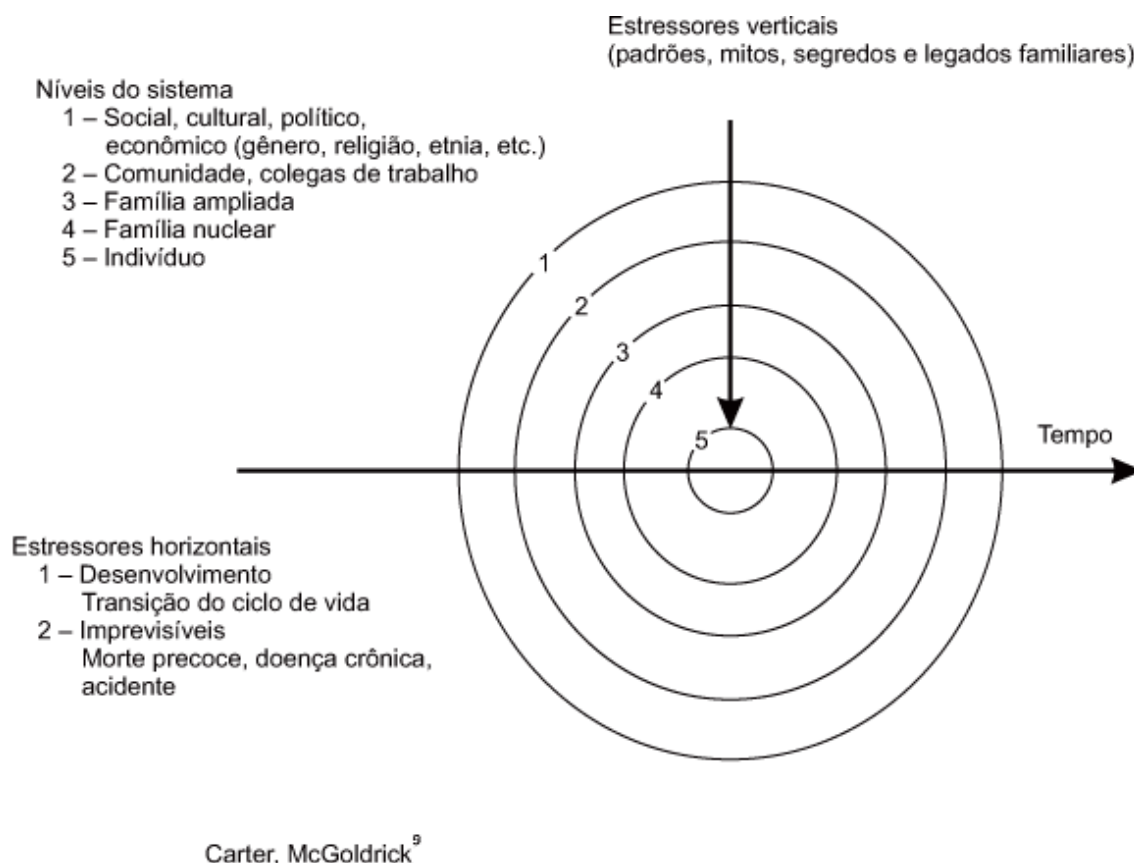
A desqualificação cumpre papel essencial nesses famílias ao criar um ambiente de evasão aos conflitos familiares (OTTO e RIBEIRO, 2012).

Já o *sintoma como forma de comunicação*, mecanismo igualmente comum nestas famílias, trata-se de uma mensagem não-verbal que coloca em um defeito ou incapacidade a justificativa para impossibilidade de interação. Este defeito ou incapacidade surge no contexto de evitação de alguma interação comunicacional e quem o emite pode o fazer por fingimento, de fato acreditando na presença do sintoma, ou até mesmo pelo uso de sintoma existente (WATZLAWICK, BEAVIN e JACKSON, 2007).

Ganley (1986) discute os padrões alimentares na obesidade, e a obesidade em si mesma, como sintoma importante na evitação de conflito e manutenção da homeostase familiar. Quando o obeso recorre à comida para obter redução de emoções negativas – o comer emocional é mais comum em pessoas acima do peso (GELIEBTER e AVERSA, 2003) -, e se tem tal objetivo alcançado, há menor probabilidade de que assuntos conflituosos emerjam no seio familiar, estabelecendo uma evitação da comunicação. Defende ainda que a obesidade em si mesma, por ser culturalmente atribuída a autoindulgência, fraqueza, preguiça ou falta de controle, dessa forma, quando o conflito surge na família, ele pode ser deslocado a essas alegadas características, tornando o indivíduo um “bode expiatório” para tensões familiares, culminando com novo desvio da comunicação de conflito o qual se quer evitar. Tassara et al. (2010) veem a conduta do comer excessivo como “sintoma-comunicação”, por meio do qual a criança tenta comunicar simbolicamente o “ingerir conflitos e sofrimentos do sistema familiar”, dada a dificuldade de expressá-los e compreendê-los. Coradini, Moré e Scherer (2017) identificam o corpo como espaço de manifestação e evidência daquilo que não pode ser dito com palavras dentro da família.

Outra possibilidade de associação entre obesidade e funcionamento familiar se dá pela ótica do *ciclo de vida da família* e seus estressores: obesidade como fator estressor no ciclo vital do desenvolvimento familiar, exigindo mobilização e ajustes de todos os membros da família (CORADINI, MORÉ e SCHERER, 2017).

Segundo Carter, Mcgoldrick et al. (1995), os estresses familiares costumam ocorrer nos pontos de transição do ciclo de vida. Esses estressores podem se manifestar de forma “vertical” ou “horizontal”. O *fluxo vertical* em um sistema consiste em padrões de relacionamento e funcionamento que são transmitidos de uma geração a outra. Inclui atitudes, tabus, expectativas, rótulos, questões opressivas familiares, segredos, mitos e legados. O *fluxo horizontal* consiste na ansiedade produzida pelos estresses na família conforme ela lida com as mudanças e transições do ciclo de vida familiar ao longo do tempo. Essas mudanças e transições podem ser desenvolvimentais (como casamento dos filhos e partida da casa dos pais ou nascimento de um filho em um novo casal) ou imprevisíveis (como morte precoce, doença crônica ou acidente). Vide figura:



Apesar das mudanças em geral serem estressantes, quando há intersecção entre os fluxos horizontal (desenvolvimental) e vertical (transgeracional) existe um aumento importante de ansiedade no sistema. Para ilustrar, compare-se a ansiedade gerada pelo nascimento de um filho: se na família de origem, os genitores tiveram prazer na paternidade e lidaram sem ansiedade excessiva, o nascimento do primeiro filho trará o estresse normal horizontal do sistema se expandindo. Se a paternidade foi na família de origem um tema difícil, pouco desenvolvido, haverá a intersecção entre estresse horizontal desenvolvimental e estresse vertical, com decorrente aumento da ansiedade geral no sistema e maior probabilidade de dificuldades transicionais.

Para as autoras, os estágios dos ciclos vitais podem ser divididos em: jovens solteiros saindo de casa; união de famílias no casamento: o novo casal; famílias com filhos pequenos; famílias com adolescentes; lançando os filhos e seguindo em frente; família no estágio tardio de vida. Cada uma das transições de estágio trará consigo ansiedades pertinentes às mudanças do status e organização do sistema familiar para que ele possa prosseguir em seu desenvolvimento.

Entre os aspectos presentes na dinâmica familiar transgeracional, ou seja, no fluxo vertical, as lealdades e o conjunto de valores e crenças compartilhados dentro da família são elementos importantes. Lealdade é entendida como a expectativa que cada um dos membros da família tem em relação aos demais e que são repassados à próxima geração. Já os valores e crenças culturais se referem a um processo em que ocorre o compartilhamento de histórias que possibilitam a construção da identidade familiar e do sentimento de pertencimento a esse grupo. Esses componentes se articulam de maneira integrada e imperceptível aos membros da família (CORADINI, MORÉ e SCHERER, 2017).

Tassara et. al (2010) ao estudarem a interação de crianças obesas com seu contexto familiar, percebem a importância dos mitos e lealdades como suporte de identidade pessoal e familiar do “ser gordo”. Nesse sentido, notam que a presença de segredos familiares relacionados a histórias de eventos dolorosos de vida que ocorreram fora das normas sociais e culturais (abuso sexual, gravidez antes do casamento e abandono), geradores de sentimentos de insegurança, medo, vergonha e fracasso, especificamente nas mães nesse estudo, culminaram em relação de dependência com os filhos, superproteção, cuidados excessivos na alimentação e restrição nas relações interpessoais e sociais. Esta restrição da vida familiar ao espaço doméstico, a propósito, leva a recorrência de passividade, manifestada, por exemplo, no tempo diante da televisão, e ansiedade, expressa em “comer excessivamente”. Esses filhos passam a ser vistos por essas mães como preguiçosos, sem iniciativa para os autocuidados básicos diários e desanimados para atividades físicas, de lazer e de orientação nutricional.

Constatam, em seu estudo, a relação mãe-filho emaranhada pela indiferenciação de fronteiras dos subsistemas e a expressão de passividade e ansiedade como manifestação do sofrimento das crianças amalgamado ao das mães. Essas experiências demonstram que os segredos associados às trajetórias de sofrimento propiciam aprisionamento na relação mãe-filho. Essa fusão mãe-filho contribui para algum distanciamento do pai na relação com o filho, perda de autonomia da criança, assim como de iniciativa para brincar na rua ou realizar atividades cotidianas, e para o pobre desenvolvimento de habilidades cognitivo-afetivas para lidar com situações da vida.

Outro dado da pesquisa foi a percepção da expressão “ser gordo” como forma de retratação dos sujeitos de si mesmos e como elemento significativo de suas identidades familiares. Os relatos dos pais, mães e crianças sobre as relações afetivas estabelecidas em torno da alimentação, seus aprendizados de valores, crenças, gostos e saberes alimentares, as formas de se alimentar, as receitas culinárias das avós, as comemorações, assim como a retratação dos familiares obesos, possibilitam reportar à reedição do sentido de ser gordo em suas famílias. Esses valores e crenças compartilhados com as gerações passadas das famílias configuram mitos familiares, elementos organizadores do grupo, que define regras, papéis, forma de funcionamento, além de proporcionar o sentimento de identidade. Assim, a identificação com o “ser gordo” torna-se um modelo homogeneizador, dificultando o processo de diferenciação ou possibilidade de identificação com outras pessoas significativas da família e gerando vivências de conflito entre a identidade familiar recebida e o padrão normativo corporal magro característico da sociedade atual, tornando o emagrecer um conflito entre manter a identidade familiar ou diferenciar-se.

O termo *diferenciação* é aqui, nesta monografia, entendido conforme a teoria boweniana como o processo pelo qual um indivíduo adquire habilidade de perceber seus próprios pensamentos e sentimentos e a habilidade em reconhecer que, apesar de suas experiências emocionais serem entrelaçadas com as reações dos membros da família, ele pode ter uma experiência distinta dos demais (KAPLAN et al., 2014).

O desejo de emagrecer das crianças estudadas retratou não a desvalorização da identidade familiar, mas evidenciou dificuldades emocionais (sentimentos de medo e culpa) em relação ao processo de emagrecimento, já que a diferenciação se torna ameaça ao sentimento de pertencimento familiar e à identidade de “ser gordo” (TASSARA et al., 2010).

Coradini, Moré e Scherer (2017) ao comentar o estudo acima citado abordam como os segredos são capazes de gerar alianças encobertas e rompimentos entre os membros da família, além de regular os distanciamentos e intimidades nas relações, muitas vezes conduzindo a um processo de indiferenciação familiar, no qual não há autonomia emocional e a família se comporta como uma massa indiferenciada do eu. Nesse cenário, um processo de emagrecimento poderia ser vivido com extrema dificuldade, uma vez que implicaria uma desvinculação ao sentimento de pertença à identidade familiar.

No mesmo sentido das considerações sobre processo de diferenciação, Ramalho et. al (2016), estudando a interação de adolescentes brasileiros obesos e suas famílias, verificam a utilização da comida como forma de expressão da afetividade. Nesse ponto de vista, abordam a alimentação como espaço de interação entre pais e filhos e de estabelecimento de co-dependência, por meio da qual os pais provam seu amor ao nutrir e os filhos provam seu amor ao aceitar a nutrição pelos pais. Verificam o uso do alimento como um regulador entre autonomia e dependência do adolescente aos pais. O estudo aponta que o adolescente obeso muitas vezes usa a comida como exercício de busca de autonomia, porém isso ocorre de forma ambivalente e conflituosa, pois por vezes, o adolescente reforça o controle parental por se negar a desenvolver independência em atividades como a controlar a própria dieta ou aprender a cozinhar e preparar a própria refeição. Acaba por criar um círculo vicioso em que os pais aumentam sua tentativa de controle sobre a dieta do adolescente.

Ou seja, numa etapa do ciclo de vida caracterizada pela gradual obtenção de independência afetivo-emocional para a fase adulta, encontra-se um cenário conflituoso e ambivalente quanto à autonomia do adolescente, no qual a comida funciona como forma de expressão de afetividade, como laço de dependência entre o indivíduo e família e como mediador dessa relação (CORADINI, MORÉ e SCHERER, 2017).

Outro achado desse estudo com adolescentes brasileiros com obesidade foi que as dinâmicas observadas vão além da relação pais-filhos e englobam todo o núcleo familiar. Quando há um indivíduo obeso, muitas vezes a família (pais e avós) controla e cobra a dieta deste, sem fazer nenhum tipo de supervisão ou acompanhamento dos demais filhos, assim como, por vezes, a dieta saudável do indivíduo obeso não é compartilhada nas refeições em família. Esse contexto, além de promover a sensação de exclusão e perda de identidade de grupo, se relacionada com conflitos diretos entre irmãos. (RAMALHO et. al 2016).

Coradini, Moré e Scherer (2017) abordam a transgeracionalidade também por hábitos que se transformam ao longo das gerações. Em sua revisão identificam que padrões alimentares mudaram ao longo das gerações, independentemente da existência ou não de crianças obesas na família. Na geração dos avós, o ato de comer era mais ordenado e estruturado que atualmente. Raramente alimentos eram consumidos fora das refeições, e guloseimas eram dadas apenas em ocasiões

especiais. Na geração dos pais, o crescimento da oferta de refeições rápidas (*fast food*), a disponibilidade de alimentos industrializados e a maior frequência de alimentação fora de casa proporcionaram maior possibilidade de escolha do quê, quando e onde comer, tornando a alimentação menos regrada. Apesar de ser um cenário geral, famílias com crianças obesas apresentam dietas ainda menos organizadas que as de famílias com crianças com peso normal.

Estabelecendo correlações

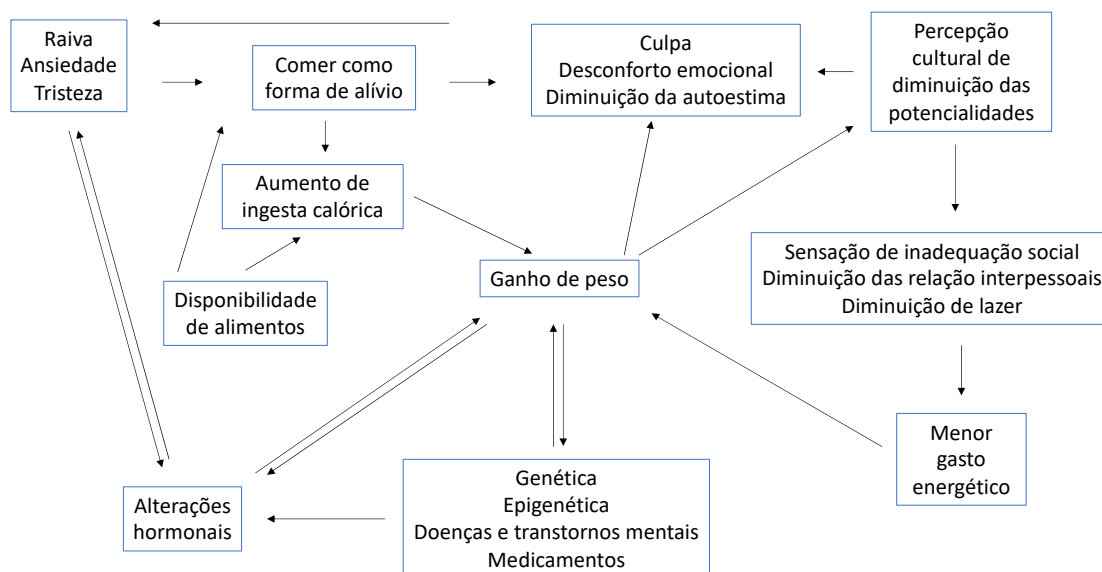
Uma das primeiras coisas marcantes durante a confecção desse material foi a concepção da obesidade como patologia complexa, ou seja, cuja ocorrência está relacionada a múltiplos fatores que se inter-relacionam sem qualquer possibilidade de entendimento causal simples. A princípio, não há nisso novidade. Um conhecimento já bastante estabelecido e divulgado. Porém, nas leituras, pude perceber que havia em mim ainda em algum grau o entendimento de que certos funcionamentos intrapsíquicos ou padrões relacionais familiares (baixa assertividade, baixa percepção de sentimentos, angústia em lidar com conflitos internos, conflitos familiares como os acima descritos) poderiam ser determinantes da obesidade ou que necessariamente seriam encontrados nesta condição.

Essa reflexão se iniciou na leitura que versava sobre por muito tempo a obesidade ter sido entendida como manifestação somática de conflitos subjacentes e isso lamentavelmente ainda ser compartilhado por profissionais de saúde (ASSOCIAÇÃO, 2016, p. 38). Percebi que não só o texto acima citado procurou estabelecer tal relação complexa no lugar da linear, mas todo o material mais recente da bibliografia foi cuidadoso em tecer esse tipo de interação recursiva entre os fatores etiológicos.

Tal fato em si já se relaciona de forma cara à terapia familiar sistêmica, visto que o pensamento sistêmico entende que fatores de uma dada questão se relacionam entre si de forma complexa, ou seja, não num modelo de causalidade linear, com resultados esperados a partir de condições iniciais estabelecidas, mas sim a partir de sua inter-relação (equifinalidade).

Pude observar que a maioria do material lido fazia a ressalva de que não era possível definir se certas condições observadas seriam estados iniciais que resultariam em obesidade ou se seriam o resultado da obesidade como situação inicial, e percebiam, como melhor explicação, tais condições e a obesidade se produzindo uma à outra.

Faço a seguir, com finalidade ilustrativa, um esquema simplificado com alguns dos aspectos ambiental, biológico e psicológico da obesidade abordados nos capítulos antecedentes. As setas entre as caixas de texto indicam causalidade linear. Ao observar todo o desenho, é possível ver a complexidade de fatores interagindo entre si, sem ser possível definir um ponto de partida ou chegada:



Quando olhamos para o comer como forma de alívio para sentimentos como raiva, ansiedade e tristeza, percebemos uma causalidade circular. O comer promove retroalimentação negativa, pois visa a atenuar os sentimentos negativos e corrigir a perturbação do sistema.

Porém, esse efeito é de curta duração e gera culpa, desconforto emocional e diminuição da autoestima. A partir daqui, começamos a observar complexidade recursiva, dado que um fator estimula o outro não mais de forma circular, mas de forma espiral, na qual cada um funciona como produtor e produto no sistema. E assim podem ser analisadas todas as demais condições exemplificadas na tabela e já discutidas previamente no texto.

Destarte, a obesidade se relaciona a diversos fatores, em distribuição e graus distintos, como foi possível observar no capítulo da etiologia da obesidade. É um erro entender a obesidade como consequência de problemas psicológicos, sob o risco de um preconceito reducionista. Ao mesmo tempo, não se podem ignorar os fatores psicológicos, inclusive na dinâmica familiar, que participam simultaneamente como fatores causais e consequentes da obesidade.

Sob essa ótica sistêmica, na qual percepção do sistema não é distinta do indivíduo que o observa, na qual cada parte interage de maneira complexa,

especificamente sobre as influências entre obesidade e funcionamento familiar, pode delimitar os seguintes padrões interacionais:

- Emaranhamento
- Rigidez
- Superproteção
- Aversão à resolução do conflito
- Triangulação
- Desqualificação e sintoma como forma de comunicação
- Baixa assertividade
- Isolamento social
- Obesidade como estressor no ciclo vital
- Transgeracionalidade por meio de hábitos, segredos e lealdades.

Enquanto estudava cada um desses tópicos, pude me lembrar de histórias de familiares, amigos e conhecidos, casos clínicos, livros e séries com o tema obesidade. A partir disso, procuro estabelecer conexões por meio da ilustração de cada um dos tópicos citados.

O *emaranhamento ou aglutinação* familiar consiste em famílias que não têm fronteiras claras dos papéis, pensamentos e sentimentos de cada um. Não incomum que indivíduos de famílias com esse funcionamento cheguem acompanhados ao consultório, desejem atendimento junto de seu familiar, digam frases como “ele vai explicar melhor que eu” ou “não há nada escondido entre nós” e façam uso do plural para falar sobre vivências sentimentais que a princípio seriam individuais. Os clientes em geral têm pouca ou nenhuma percepção desse estado. Quando contam sua história de vida identificam-se posições “trocadas” ao que habitualmente se espera de cada papel familiar, por exemplo, filhos que tomaram na infância a posição de cuidador de um ou ambos os genitores por motivo de doença ou incapacidade ou filhos que se uniram aos pais sob pretexto de cuidar de outro familiar tido como problemático. Quando não chegam acompanhados, rapidamente citam as relações familiares, seja como problema para si, seja como fonte de definições de si mesmo.

Essa disposição de se relacionar, conseqüentemente é acompanhada de bastante *rigidez*. Como não há diferenciação de cada indivíduo em seu papel, pensamento ou sentimento, qualquer sinal de autonomia não é bem-vindo. Esse tipo

familiar não só apresenta diversos conflitos a cada tentativa de diferenciação de um de seus membros, como procura mecanismos para perpetuar seu estado de baixa discriminação pessoal. Não incomum que, nesse cenário, familiares de clientes tentem controlar o tratamento psicoterápico de alguma forma, com a proposta da manutenção das estratégias que até ali não surtiram efeito algum. Por vezes, se incomodam e até mesmo se irritam com o tratamento.

A família costuma, desse modo, ser palco de discussões constantes - os temas mudam, a discussão permanece. Há uma espécie de *aversão à resolução dos conflitos*. Muito se discute no nível do conteúdo, quando na verdade o problema acontece no nível relacional. O conflito surge na dinâmica de fronteiras muito fluidas entre os indivíduos, mas a família não sabe sobre isso e não consegue sozinha falar disso, não sabe que o conteúdo do debate traz consigo definição e questionamento da relação estabelecida entre seus membros e não consegue “metacomunicar”, ou seja, “comunicar sobre sua comunicação”, abstrair o implícito relacional do que é dito como tema para a conversação (WATZLAWICK, BEAVIN e JACKSON, 2007). Os conflitos, desta sorte, surgem pelos mais diversos temas, porém a resolução é baixa, porque a questão relacional persiste inabalada.

Comum que haja *isolamento familiar*. Como vimos, o isolamento do indivíduo obeso pode acontecer pelo cenário de vergonha e sentimentos de incapacidade. Evidentemente, a família interagirá com essa pessoa mais frequentemente dentro de seu isolamento, porém o insulamento também se mostra como estratégia condizente com o paradigma de estagnação do modo de operar da família. Habituais histórias de famílias com indivíduos obesos que apresentam atividades bastante fechadas entre seus membros. Nesses casos, muitas vezes, interações com amigos acabam se tornando motivo de discussões familiares, pois trazem conteúdos e comportamentos distintos dos esperados no emaranhamento e rigidez.

Outro meio de manutenção do estado emaranhado é a superproteção. Comum que alguns membros ofereçam excessivo cuidado aos demais. Não um cuidado solicitado, mas um geral, que no entendimento de quem busca proteger seria genérico, bom, necessário e efetivo, contudo ignorando a autonomia e independência de quem o receberá. A superproteção impede a exposição à novidade e aprendizado, anula e proíbe desejos e necessidades individuais. Ou seja, em si mesma é rígida e promove conflitos, que não serão solucionados, pois sob pretexto de atenção, abafa a individualidade. Famílias assim, no contexto alimentar, podem apresentar brigas

sobre a forma de comer, horários e regras de convivência da casa, quando na verdade, o embate é uma tentativa de estabelecer autonomia, que fica impedida sobre o pretexto da necessidade de proteção.

Nessas discussões do contexto geral acima apresentado, dada a impossibilidade de “metacomunicar”, de discutir a relação estabelecida e as necessidades individuais, *desqualificações* e *sintomas como forma de comunicação* passam a ser formas de discurso frequentes e surgem como opção natural. Cena corrente: pessoa obesa percebe que não consegue fazer as dietas restritivas que a família deseja. Procura o tratamento e, muitas vezes, pede que o profissional de saúde converse com a família para orientar que a restrição não é indicada, já com isso denotando a baixa autonomia e a superproteção familiar. Com o discurso profissional envolvido, por vezes a família aceita as propostas e todos são orientados sobre a reeducação alimentar. De volta ao lar, o paciente novamente sente-se sozinho, pois a família não só não adere à mesma dieta, como promove situações propícias ao comer excessivo. A desqualificação ocorre aqui na contradição comunicacional: comunica-se verbalmente um entendimento e acordo, mas no não verbal se comunica um desacordo. As interações contraditórias são apenas uma das formas de desqualificar e aqui serve apenas como ilustração. Típico da *desqualificação* é que quem se depara com ela fique sem saída. Não adianta confrontar, afinal, o interlocutor já adotou uma estratégia de não rejeitar a comunicação, tentando, contudo, com ela não se comprometer. Ordinariamente, segue-se a tal situação que a pessoa sob tratamento se retire, chore e evite companhia. Na impossibilidade de aceitar ou rejeitar a comunicação prévia da família, dado ter sido efetuada por meio da desqualificação, apresenta o sintoma (tristeza, choro, isolamento) como tentativa de expressão. E, como vimos, a tristeza pode conduzir ao comer compulsivo, entendido aqui como novo sintoma, que comunica simbolicamente o desejo de autonomia na dieta, o sentimento de solidão na empreitada do emagrecimento e o desejo e impossibilidade de mudança dos padrões relacionais.

Vê-se assim um cenário de *baixa assertividade* no qual não há clareza do que é dito sobre si mesmo, do que é dito sobre o outro ou do que é dito e entendido sobre a relação entre si e o outro. Na impossibilidade de comunicar verbalmente sobre as relações, comunica-se simbolicamente por meio dos sintomas (WATZLAWICK, BEAVIN e JACKSON, 2007).

Outro fenômeno que surge naturalmente no cenário de emaranhamento acima descrito são as triangulações. Em um dado par de membros familiares, no contexto de pouca clareza dos papéis e do que se quer ser comunicado sobre as relações estabelecidas, a tensão existente na díade é vivenciada por meio do envolvimento de uma terceira pessoa. Lembro-me de algumas situações nas quais a tensão de conflitos conjugais pouco percebidos ou claramente evitados não eram devidamente abordados, mas triangulados com o envolvimento de uma terceira pessoa, como um filho. Esse envolvimento de um terceiro por vezes alivia o conflito, dado que a díade passa a se preocupar com outra questão. Outras vezes, traz um conflito diferente, culminando com a situação em que se discute no nível do conteúdo, mas não da relação. Tive a chance de observar as duas possibilidades com meus pacientes com obesidade e sobrepeso e, nem sempre a obesidade ou seu tratamento eram o motivo da triangulação, ou seja, a triangulação estava presente por algum motivo, deslocando o conflito para outra questão, mas não necessariamente dizia respeito ao peso ou seu manejo.

Vale reforçar a importância de não entender que pessoas obesas necessariamente apresentem famílias emaranhadas, rígidas, superprotetoras, com baixa resolução de conflito e com comunicação patológica; nem mesmo que famílias com tal funcionamento “produz” indivíduos obesos. O que vemos é que, sem qualquer possibilidade de estabelecer sentido causal, tais fatores são frequentes de forma interdependente em dinâmicas relacionadas a obesidade.

Além da participação dos padrões relacionais discutidos, a obesidade na família é vivenciada como estressor em seu ciclo de vida. Esse estressor pode ser horizontal, com impacto ao longo da história do núcleo familiar, ou vertical, com impacto nos padrões familiares, tipicamente transmitidos ao longo das gerações. Como estressor horizontal, algumas pessoas com obesidade têm suas vidas marcadas por evitações: evitam namorar pessoas com manifestado interesse, porque se julgam feias ou insuficientes; evitam certas profissões ou atividades de lazer, por conta da exposição do corpo; evitam até mesmo abraçar, pela vergonha de seu tamanho.

Como vertical, pode atuar como estressor relacionado à manutenção ou à quebra de padrão ou lealdade familiar. Algumas ilustrações:

- Família formada por pai, mãe e duas filhas, apresenta coalisão da mãe com a filha mais nova (ambas magras, altas, com estilos de se vestir muito parecidos e

com discurso mais duro no sentido de conquista de objetivos por meio de esforço) e coalisão da outra filha (obesa, baixa, bem-humorada) com o pai (também obeso, mais baixo que a mãe, discurso mais afetivo). Os pais não concordam sobre o tratamento de obesidade da moça, que apesar de adulta, tem comportamentos e restrições como se fosse mais nova que a irmã. Deseja que a mãe entenda que não é fácil emagrecer apenas pelo desejo e que não seguirá as mesmas dietas que ela, ao mesmo tempo que se envolve em atividades que acaba exigindo a presença dos pais para cuidado e proteção. Observa-se aqui lealdade da paciente identificada com seu pai, uma identificação não dita, em uma trama conflituosa ativa (discordância entre os pais e entre todos os membros sobre o modo de agir mais afetivo e flexível ou mais duro e direcionado ao resultado). Emagrecer, nesse caso, significaria abandonar a coalisão e o entendimento de como deveriam ser as interações e valores relacionados ao esforço e resultados.

- Um homem e uma mulher com obesidade mórbida começam a namorar. Durante o relacionamento, a mulher decide iniciar consistentemente uma dieta, porém o homem, que primeiro havia aceitado participar, quebra a dieta e promove ou participa de situações que dificultam o regime da namorada. Começam a discutir e ficam até mesmo algum tempo com a relação rompida. Havia nesse casal uma lealdade invisível. Ambos no início do relacionamento compartilharam dificuldades amorosas de suas histórias relacionadas com a obesidade e encontraram um no outro a possibilidade de se relacionarem sem que o peso fosse uma questão ou um impeditivo. O emagrecimento, então, tornava-se um risco de quebra de cumplicidades e expectativas não ditas e do surgimento de ansiedades perturbadoras já conhecidas.

- Indivíduo incomodado com seu sobrepeso elenca como fator para seu estado sua ascendência familiar, cuja cultura relaciona-se com fartura alimentar. Reunia-se diariamente para o jantar, e ali, se deparava com mesa farta e dificuldade de parar de comer. Percebeu-se capaz de alimentar-se da forma que buscava quando se mudou de casa.

Ainda sobre padrões familiares, eles podem ser influenciados ou modificados ao longo das gerações devido cultura e momento histórico. Com a grande disponibilidade de alimentos diversos e frequentemente calóricos e acessibilidade a eles, a geração atual tem alimentação menos regrada em horários, escolha e quantidade de comida. As novas dinâmicas de locomoção, trabalho e lazer, proporcionam gasto energético bastante inferior ao de gerações pregressas. Pais,

especialmente avós, queixam-se com frequência do comportamento alimentar e de atividade física de seus descendentes com sobrepeso e obesidade e isso é fonte de estresse e conflito. Avós e pais, com o aprendizado do mundo em que cresceram, diferente do acima descrito, analisam o comportamento alimentar de seus descendentes fora do contexto atual, e os julgam como preguiçosos ou sem força de vontade. Os descendentes, por sua vez, sentem-se incompreendidos e inadequados.

A partir do exposto, considerando o cenário de complexidade entre funcionamento familiar e obesidade, entendo que a terapia familiar não soluciona diretamente a questão do ganho de peso, mas pode atuar na dissolução dos obstáculos invisíveis que impedem a mudança de peso.

Não se pode pensar a obesidade como um transtorno psiquiátrico ou psicológico, mas evidenciam-se mecanismos da psicologia individual e familiar que interagem com o acúmulo de gordura corporal. Como entende-se que os mecanismos psicológicos discutidos podem também decorrer da obesidade, a abordagem familiar pode trazer o desenvolvimento psicológico pessoal e familiar que potencialmente teria seu fluxo esperado interrompido ou impactado.

Em outras palavras, a terapia familiar pode auxiliar no tratamento como ferramenta que possibilite a apreensão e manejo de mecanismos implícitos impeditivos da perda de peso, assim como pode ser instrumento que propicie desenvolvimentos esperados para o ciclo vital familiar que possam ter sido atravancados no contexto da obesidade.

Considerações finais

O interesse pelo tema da obesidade surgiu por uma questão incidental: no ano de 2018, sem motivo aparente, passei a receber pacientes diversos com queixa relacionada ao peso. Naquela ocasião, duas coisas em especial me chamaram a atenção.

A primeira, que a obesidade ou o sobrepeso era tema que se relacionava a todos os campos vivenciais do indivíduo. Não era uma queixa isolada de suas vidas, mas funcionava como uma porta de entrada para suas experiências ou, em outras palavras, como uma espécie de lente pela qual o indivíduo se avaliava quanto a suas potencialidades e possibilidades de atuação no campo social, e pela qual se percebia ou se imaginava visto pela sociedade como indivíduo em suas capacidades.

Tais pacientes pareciam relacionar sua experiência com o peso a fracasso e vergonha, assim como, traziam duros relatos de falas de amigos e familiares relacionadas a como eram percebidos como pessoas sem controle ou força de vontade. A isto seguiam-se reações de evitação de atividades, especialmente no campo amoroso, com muito medo de exposição às relações; outras vezes, ao contrário, reações de atividades exaustivas, com frequência no âmbito profissional ou acadêmico, com intuito de se provar não fracassado.

A segunda era que todos esses clientes apresentavam questões familiares muito parecidas, percebidas tanto pelo relato, quanto pela observação familiar direta: conflitos parentais explícitos ou velados de aparente insolubilidade, coalisões e triangulações, conflitos explícitos ou velados entre irmãos, baixa assertividade na comunicação, comunicações paradoxais, segredos familiares, atraso nas modificações de padrões comportamentais de ordem mais infantil/adolescente para mais adulta.

Essas observações eram realizadas a partir da escuta ativa de cada indivíduo ou família. Contudo, entendo que o mundo é percebido por meio da comparação entre o que sensorialmente experimentamos e os conceitos (e preconceitos) e valores adquiridos até então. Como desde o início de minha formação psiquiátrica me interessei pela terapia familiar, sem até então ter me debruçado especificamente sobre o assunto “obesidade”, me questionava se era real a relação disseminada que eu percebia entre o tema e determinados funcionamentos familiares, afinal, minhas constatações se realizavam a partir da confrontação do que era percebido com os

conceitos e preconceitos sobre obesidade e família que possuía até então. Além disso, minhas observações poderiam estar apoiada em muitos vieses: os funcionamentos familiares descritos surgem em distintas questões familiares e eu poderia apenas estar efetuando uma relação por uma amostra incidental maior de pacientes com sobrepeso e obesidade; desde o início da formação psiquiátrica me interesse pela terapia familiar e tenho grande influência dessa ótica em minhas avaliações, conseqüentemente, provável maior tendência às tentativas de determinar possíveis padrões; certamente eu estaria imbuído de preconceitos, mesmo pretensamente técnicos, em relação à obesidade por tudo que já teria ouvido até ali das possíveis interpretações psicológicas de casos que acompanhei; os pacientes que recebi na ocasião descrita já eram em boa parte experimentados em terapia ao longo da vida, conseqüentemente já tinham um relato mais trabalhado e detalhado de seus sintomas, relações familiares e hipóteses psicológicas; tratando-se de consultório psiquiátrico o grupo observado trazia consigo frequentemente a presença de transtornos mentais, que poderiam ser o fator com relação efetiva com minhas observações e não a obesidade.

A monografia deu-me então a oportunidade de buscar na literatura quais seriam as relações já estudadas e estabelecidas no referencial teórico sistêmico entre obesidade e a terapia familiar sistêmica.

Conceituada como acúmulo de gordura corporal acima do normal, abordei a obesidade em seus aspectos epidemiológicos e etiológicos multifatoriais e interdependentes, com ênfase nos fatores psicológicos no âmbito da família à luz da terapia familiar sistêmica, e expus como a obesidade e certas dinâmicas familiares se associam de modo complexo de forma tal que uma modula a outra de diversas formas.

Partindo da observação empírica pessoal, busquei referencial teórico sistêmico para efetuar reflexões sobre a interação dos fatores psicológicos com a obesidade. Vale citar que estas reflexões aqui realizadas tiveram como limitação eu ter encontrado, na bibliografia consultada, estudos realizados em contextos específicos (análise de obesidade infantil ou em grupos pequenos muitas vezes sem simetria de idade ou sexo) e parte dos escritos ser mais antiga, com mais de dez anos. Nesse referencial teórico pesquisado, me deparei com associações entre obesidade e dinâmicas e vivências familiares específicas, a saber: emaranhamento familiar, rigidez, superproteção, aversão à resolução de conflito, isolamento social, baixa

assertividade, mecanismos de comunicação patológica, triangulações, experiências estressoras do ciclo familiar e transgeracionalidade.

Explorei as conexões entre esse conhecimento e a experiência empírica que motivou o trabalho tecendo conexões possíveis, inclusive discutindo brevemente o papel da terapia familiar no contexto complexo e multifatorial da obesidade.

Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5**. 5.^a edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APOVIAN, C. M., **Obesity: Definition, Comorbidities, Causes, and Burden**. *The American Journal of Managed Care*. V. 22, Suppl. 7, 02 de junho de 2016. Disponível em: <https://www.ajmc.com/view/obesity-definition-comorbidities-causes-burden>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DE OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>.

BAUMEISTER, H. , HÄRTER, M. **Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands**. *International Journal of Obesity*. V. 31, p.1155-64, 13 de fevereiro de 2007. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/0803556/>. Acesso em: 06 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019 - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: 2020. 138 p.

CARTER, B., MCGOLDRICK M. et al, **As mudanças no ciclo de vida familiar**. In: CARTER, B., MCGOLDRICK M. et al. *As mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2.^a edição. Porto Alegre: Artmed, 1995. Reimpressão 2011.

CORADINI, A. O.; MORÉ, C. L. O. O.; SCHERER, A. D. **Obesidade, família e transgeracionalidade: uma revisão integrativa da literatura**. *Nova perspectiva sistêmica*. v. 26, n. 58. São Paulo: agosto de 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000200003

FANTAPPIÉ, M. **Epigenética e memória celular**. *Revista Carbono*. Rio de Janeiro, v. 3, 2013. Disponível em: <http://revistacarbono.com/artigos/03-epigenetica-e-memoria-celular-marcelofantappie/>. Acesso em: 05 de junho de 2021.

GANLEY, R. M. **Epistemology, Family Patterns, and Psychosomatics: The Case of Obesity**. *Family Process*, v. 25, n. 3, p. 437–451. 1986. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1545-5300.1986.00437.x>

GARCIA, M. I. A., FRAGA, D. M. **A Produção de Sentido Hipertextual Constituída pelas Tecnologias Móveis de Informação e Comunicação**. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ESTUDOS DE GÊNEROS TEXTUAIS, 5., 2009, Caxias do Sul. Anais... v.5. Disponível em: https://www.uces.br/ucs/extensao/agenda/eventos/vsiget/portugues/anais/arquivos/a_producao_de_sentido_hipertextual_constituída.pdf

GARIEPY, G., NITKA, D., SCHMITZ, N. **The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis**. *International Journal of*

Obesity. V. 34, p. 407-19, 2010. Disponível em:
<https://www.nature.com/articles/ijo2009252>. Acesso em: 06 de junho de 2021.

GELIEBTER, A., AVERSA, A. **Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals**. *Eating Behaviors*, v. 3, n. 4, p. 341-47. Janeiro de 2003.

Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471015302001009>

GRANDESSO, M. A. **Desenvolvimento em terapia familiar: das teorias às práticas e das práticas às teorias**. In: OSORIO, L. C., VALLE, M. E. P et al., Manura de Terapia Familiar. 1.^a ed. Porto Alegre: Artmet, 2009.

KAHTALIAN, A., **Obesidade: um desafio**. In: MELLO FILHO, J., BURD, M. et al., *Psicossomática hoje*, 2.^a edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

KAPLAN, S. G et. al. **Family Systems Theory and Obesity Treatment**. *Infant, Child, and Adolescent Nutrition*. V. 6, n. 1, p 24-29, fevereiro de 2014. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3979546/>

KOG, E.; WALTER V.; VERTOMMEN, H. **The psychosomatic family model**. A critical analysis of family interaction concepts. *Journal of Family Therapy*. V. 7, p 31-44, 1985.

Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j..1985.00663.x>

LIMA, A. C. R., Oliveira, A. B. **Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental**. Revista *Mudança – Psicologia da Saúde*. São Paulo, v. 24, n. 1, 2016. Disponível em:

<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/6465>. Acesso em: 06 de junho de 2021.

LIMA, M.F.C. **Interações em famílias com crianças obesas**. São Paulo, 2000. Monografia. Pontifícia Universidade Católica.

LOOS, R. J. F; BOUCHARD, C. **Obesity – Is it a genetic disorder?** *Journal of Internal Medicine*. Los Angeles, USA, 02 de outubro de 2003. Disponível em

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-2796.2003.01242.x>. Acesso em 05 de junho de 2021.

LORDELO, R. A., MANCINI, M. C., CERCATO, C., HALPERN, A. **Eixos hormonais na obesidade: causa ou efeito?** *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. V. 51, N. 1, fevereiro de 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/abem/a/WSqdm8Gy7cqhpNBfj7vYssF/?lang=pt#>

LUPPINO, F. S., WIT, L. M., BOUVY, P. F., STIJNEN, T., CUIJPERS, P., PENNINX, B. W. J. H., ZITMAN, F. G. **Overweight, Obesity, and Depression – A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies**. *Archives of General Psychiatry*. V. 67, n. 3, março de 2010. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/210608>. Acesso em: 06 de junho de 2021.

LUZ, F. Q., HAY, P., TOUYZ, S., SAINSBURY, A. **Obesity with Comorbid Eating Disorder: Associated Health Risks and Treatment Approaches**. *Nutrients*. V. 10, n. 7, julho de

2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6073367/#B16-nutrients-10-00829>. Acesso em: 06 de junho de 2021.

MINUCHIN, S et al. **A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy.** Archives of General Psychiatry, v. 32, p. 1031-38. Agosto de 1975. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/491403>

MINUCHIN, S. (1974). *Famílias: funcionamento e tratamento* (J.A. Cunha, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Reimpressão 1982).

OBESITY. In: **Online Etymology Dictionary.** Lancaster: Douglas Harper, 2021. Disponível em: <https://www.etymonline.com/word/obesity>. Acesso em: 29 set. 2020.

OTTO, A. F. N.; RIBEIRO, M. A. **Unidos em torno da mesa: a dinâmica familiar na obesidade.** *Estudos de psicologia (Natal)*. V. 17, n. 2, agosto de 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/j/epsic/a/X54x4MSZjKCs7wh6F5Gw3pg/?lang=pt>

PALAVRAS, M. A., KAIO, G. H., MARI, J. J., CLAUDINO, A. M. **Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica.** *Brazilian Journal of Psychiatry*. V. 33, supl. 1, maio de 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000500007&nrm=iso&tlnq=pt. Acesso em: 06 de junho de 2021.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compendio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** 11.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SEIDELL, J. C. **The Epidemiology of Obesity.** In: BJONTORP, P. *International Textbook of Obesity*. 1. ed. New York, USA: Willey-Blackwell, 2001. P. 23-39.

SEIXAS, L. S.; MATTOS, R. S. **Obesidade e modos de subjetivação na atualidade.** In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 14. 2007, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Rio de Janeiro: UERJ, 2007. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_62.pdf

SOBAL, J. **Social and Cultural Influences on Obesity.** In: BJONTORP, P. *International Textbook of Obesity*. 1. ed. New York, USA: Willey-Blackwell, 2001. P. 305-22.

TASSARA, V., Norton, R. C., Marques, W. E. U. **Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas.** *Revista Paulista de Pediatria*, v. 28, n. 3, p. 309-14. São Paulo, 2010.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Cibernética e terapia familiar: que relação distinguimos hoje?** In: OSORIO, L. C., VALLE, M. E. P. et al., *Manual de Terapia Familiar*. 1.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

VILLAREJO, C. et al. **Lifetime obesity in patients with eating disorders: Increasing prevalence, clinical and personality correlates.** *European Eating Disorders Review*. V. 20, n. 03, p. 250–54, maio de 2012. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510304>. Acesso em: 06 de junho de 2021.

YOUNGSTEDT, S. D.; GOFF, E. E.; REYNOLDS, A. M. ; KRIPKE, D. F.; IRWIN, M. R. ; BOOTZIN, R. R. ; KHAN, N.; JEAN-LOUIS, G. **Has adult sleep duration declined over the last 50+ years?** *Sleep Medicine Review*. V. 28, p. 69-85, agosto de 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769964/>. Acesso em: 05 de junho de 2021

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática de comunicação humana**. 1. Ed., 16.^a reimpressão. São Paulo: Cultrix, 2007. Tradução de Álvaro Cabral.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)**. Versão maio de 2021a. Disponível em <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases Country Profiles**. Geneva: 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization**, 2021b. Sessão fact sheets. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em 05/06/2021.