

COMPORTAMENTO ALIMENTAR E PERFIL PSICOLÓGICO DE MULHERES OBESAS

EATING BEHAVIOR AND PSYCHOLOGICAL PROFILE OF OBESE WOMEN

Maria do Desterro de Figueiredo¹
Darlene Rezende Cunha²
Ana Isabel Gomes de Araujo³
Carlos Maurício C dos Santos⁴
Henrique Lacerda Suplicy⁵
Cesar Luiz Boguszewski⁶
Rosana Bento Radominski⁷

RESUMO

A obesidade é considerada um problema de saúde pública, cuja prevalência tem aumentado rapidamente em todo mundo. Sua etiologia é multifatorial, resultante das interações genética, ambiental, social e psicológica. O objetivo deste trabalho é avaliar o comportamento alimentar e as características psicológicas de mulheres obesas, com Índice de Massa Corporal (IMC) entre 30 a 40kg/m². Estudo transversal, envolvendo 180 mulheres, com idade média de 36,6 e IMC inicial de 34,4±3,7 Kg/m² que participaram de um ensaio clínico randomizado. Os aspectos biopsicossociais e psicológicos foram avaliados, com uso de entrevistas semiestruturadas e instrumentos psicométricos. Aproximadamente 39% das mulheres apresentavam depressão, 43% ansiedade e 38% episódios de compulsão alimentar. A maioria (93,3%) afirmou ter hábitos alimentares irregulares. Observou-se o perfil alimentar do tipo **comedor noturno** em 77 casos (42,8%), **beliscador** em 58 (32,2%), **comedor de final de semana** em 27 (15,0%) e **comedor diurno** em 17 (9,4%). Houve associação negativa entre humor e hábito alimentar ($p=0,04$). A maioria das participantes relatou insatisfação da imagem corporal (62,2%), 137 (76,1%) percebem-se feias, 103 mulheres (57,2%) relataram insatisfação na vida sexual e 113 (62,8%) apresentavam humor instável. Conclui-se que a maioria das mulheres obesas relatou comportamento alimentar irregular, insatisfação com a imagem, acompanhado de angústia e culpa. O ato alimentar esteve diretamente ligado com o estado emocional e com o peso atual.

Palavras-chave: Obesidade. Aspectos Psicológicos. Comportamento Alimentar. Imagem Corporal.

¹ Mestra em Medicina Interna e Ciências da Saúde (UFPR). Psicóloga especialista em transtornos alimentares e obesidade (USP). Professora assistente no curso de Psicologia da FAE Centro Universitário. *E-mail*: mariadisterro@gmail.com.

² Mestra em Medicina Interna e Ciências da Saúde (UFPR). Especialista em Terapia Nutricional com Treinamento em Serviço (UFPR). Nutricionista clínica do SEMPR Pesquisas Clínicas. *E-mail*: darlene_cunha@yahoo.com.br.

³ Especialista em Filosofia e Psicanálise (UFPR). Psicóloga graduada pela PUCPR. *E-mail*: anaisaga@hotmail.com.

⁴ Mestre em Medicina Interna (UFPR). Médico Endocrinologista. *E-mail*: cmauricios@gmail.com.

⁵ Mestre e doutor em Medicina Interna (UFPR). Médico Endocrinologista (SEMPR-UFPR). Professor Associado I da UFPR. *E-mail*: hsuplicy@gmail.com.

⁶ Doutor em Endocrinologia pela Universidade de Gotemburgo, Suécia. Chefe da Unidade de neuroendocrinologia do SEMPR. Editor associado do European Journal of Endocrinology. Membro Scientific and Educational Committee do The Endocrine Society. Professor associado III de endocrinologia do Departamento da Clínica Médica da UFPR. *E-mail*: cesarluz@hc.ufpr.br.

⁷ Doutora em Endocrinologia pela USP. Médica endocrinologista (UEP/SEMPR-UFPR). Membro dos cursos de Pós-graduação em Medicina Interna e Segurança Alimentar do Departamento de Nutrição (UFPR). *E-mail*: rosanaradominski@uol.com.br.

ABSTRACT

Obesity is considered a public health problem and its prevalence has increased rapidly around the world. Its etiology is multifactorial, resulting from genetic, environmental, social and psychological interactions. The aim of this study was to evaluate the eating behavior and the psychological characteristics of obese women with body mass index (BMI) between 30 and 40kg/m². Cross-sectional study, involving 180 women, with a mean age of 36.6 and initial BMI 34,4±3,7 Kg/m², who participated in a randomized clinical trial. The psychosocial and psychological aspects were evaluated, using semi-structured interviews and psychometric instruments. At baseline, 38.9% of women had depression, 43.3% anxiety and 38.3% episodes of binge eating. The majority (93.3%) had irregular eating habits. Observed food profile of type "nightly eater" in 77 cases (42.8%), "binges" in 58 (32.2%), "eater weekend" in 27 (15.0%) and "day eater" 17 (9.4%). There was a negative association between mood and eating habits ($p = 0.04$). Most participants reported dissatisfaction of body image (62.2%), 137 (76.1%) perceive themselves ugly, 103 women (57.2%) reported dissatisfaction in sexual life and 113 (62.8%) had unstable mood. The results show that the majority of obese women reported irregular eating behavior, dissatisfaction with the image, accompanied by distress and guilt. The food act was directly linked with the emotional state and the current weight.

Keywords: Obesity. Psychological Aspects. Eating Behavior. Body Image.

CONCEITOS GERAIS SOBRE OBESIDADE

Sob o ponto de vista clínico, a obesidade é uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, de difícil tratamento e recidivante. As inúmeras complicações, tais como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemias, alguns tipos de câncer, problemas respiratórios, osteoartrite, problemas emocionais e pior qualidade de vida são responsáveis pela alta morbimortalidade (ROSSNER, 2002; GUH et al., 2009).

É compreendida como doença multifatorial que envolve componentes genéticos, psicológicos, sociais, metabólicos e endócrinos que está atingindo proporções alarmantes, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (POPKIN & DOAK, 1998). Dentre as causas da obesidade é importante ressaltar o papel dos distúrbios psicológicos, pois sua manifestação, por meio de conflitos emocionais, traz no ato de comer uma expressão da dinâmica psíquica e não somente um problema de excesso alimentar e sedentarismo (BERNARDI et al., 2005).

É fato que a obesidade na sociedade atual tem uma conotação epidêmica, que traz prejuízos incontáveis à saúde física e emocional. No entanto, durante toda a história da humanidade, a percepção do peso corporal foi diferente, de acordo com cada período da evolução do homem.

Historicamente observa-se que cada grupo social cria seus preceitos. No período Paleolítico, mais especificamente no período que vai de 30 mil a 20 mil anos a. C., vê-se a admiração pela figura feminina robusta e obesa, representada pela escultura de Vênus de Willendorf. Ser obeso nas sociedades gregas, babilônicas e egípcias era tido como escultura de desejo, principalmente as mulheres, com abdomens amplos, seios fartos e quadris largos. Estas esculturas simbolizavam, no imaginário coletivo, a abundância, divindade, feminilidade e fertilidade da época (ASSUMPÇÃO, 2004; MAGALHÃES, 2005).

Na Idade Média, a imagem feminina é de fragilidade, brancura e pureza, refletindo o autosacrifício. Com o advento do Renascimento, o corpo feminino retoma suas curvas e formas robustas, cinturas finas e pernas roliças, bem opostas às dos homens. No século XIX a mulher burguesa é bem alimentada, cintura grossa, seios generosos e pescoços poderosos. O alimento é visto como sinônimo de fartura e boas condições sociais. Em contrapartida, ainda neste século, é identificado o período inicial das anoréxicas, mulheres santas, em sacrifício, com a imagem da fragilidade e pureza. Finalmente, a partir do século XX, as mudanças tornam-se paradoxais entre o extremo da magreza e da obesidade (ASSUMPÇÃO, 2004).

Para Nakamura (2004), a cultura determina certos comportamentos e hábitos alimentares, havendo uma representação do corpo e dos padrões estéticos que são marcados nos indivíduos, como estigmas sociais.

Atualmente, o símbolo do feminino, é a mulher magra, com o corpo musculoso e definido. Enfim, entra-se em um novo século, em que o corpo é cultuado e valorizado pela mídia e pela moda, com grande impacto, sobretudo, nas classes média e alta (FERREIRA; MAGALHÃES, 2005; CASTRO, 2007).

O corpo vem tomando frente da cena social, ele está em alta, em produção e, em investimento. Não se pode deixar de observar os progressos tecnológicos da medicina e da genética que vêm reformulando, de maneira acelerada, a relação do homem com seu próprio corpo. O corpo é hoje **supervalorizado**, seguindo um ideal de perfeição que muitas vezes vem acompanhado de frustração e sofrimento, expressando um mal-estar contemporâneo (FERNANDES, 2005).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA OBESIDADE

Não é possível apontar um tipo de personalidade para os obesos, porém estudos evidenciam que nestes indivíduos, prevalecem os traços de impulsividade, menor autocontrole alimentar e perfeccionismo (MYSLOBODSKY, 2003). São muitas as associações entre comorbidades psíquicas e físicas, advindas do aumento do peso, tais como transtornos alimentares, transtornos de humor e pior qualidade de vida (MANNUCCI et al., 2010). Aproximadamente 25% de distúrbios emocionais, depressão e ansiedade são encontradas em indivíduos obesos (SIMON et al., 2006). Estas dificuldades de natureza psicológica podem estar presentes entre os fatores determinantes da obesidade ou entre as suas consequências. Independente disto, é certo que a insatisfação com o peso e suas consequências emocionais diminuem após perda de peso (PALMEIRA et al., 2010; SUPLICY et al., 2014).

Nesta perspectiva, não se pode desconsiderar a relação existente entre o corpo e a psique, ou seja, a interação entre a doença física e o estado psicológico, como defendia Jung (2011, p. 194):

Um funcionamento inadequado da psique pode causar tremendos prejuízos ao corpo, da mesma forma que, inversamente, um sofrimento corporal pode afetar a psique; pois a psique e o corpo não estão separados, mas são animados por uma mesma vida. Assim sendo, é rara a doença corporal que não revele complicações psíquicas, mesmo quando não seja psiquicamente causada.

O comportamento alimentar em obesos é bem particular. A compulsão alimentar, ou *binge eating*, é o termo utilizado para descrever os atos impulsivos de indivíduos que comem de forma desenfreada e sem controle, seguidos de sentimentos de culpa, conhecidos como **ressaca moral**, sofrimento psíquico e angústia. A palavra *binge*, de origem inglesa, não encontra uma tradução literal em português. Na interpretação literária, significa festa, ajuntamento social e farra, com conotação de indulgência excessiva. O Transtorno de Compulsão Alimentar consiste na recorrência de episódios de ingestão significativamente maior de alimentos em um curto período de tempo, comparados a maioria das pessoas sob circunstâncias similares, mesmo sem fome (DSM-V, 2014).

A presença de compulsão alimentar é mais comum entre os obesos do que entre os indivíduos com peso normal. Em diferentes centros especializados para tratamento da obesidade foram encontradas frequências em torno de 30% de transtorno da compulsão alimentar e de 60% de episódios de compulsão alimentar, quando a prevalência destes transtornos na população em geral é de aproximadamente 2% (SPITZER et al., 1992).

A fome, enquanto mecanismo fisiológico e instinto de autopreservação e a sua relação com o comportamento humano já eram evidenciadas por Jung (2009, p. 237) ao afirmar que:

A fome, como expressão característica do instinto de autoconservação é sem dúvida um dos fatores mais primitivos e mais poderosos que influenciam o comportamento humano. A vida do homem primitivo, por ex., é mais fortemente influenciada por ele do que pela sexualidade. A este nível, a fome é o A e O da própria existência.

As consequências psíquicas do comer compulsivo podem ser múltiplas e variadas, podendo chegar a “desnaturadas” e parecer como algo metafórico. A fome pode assumir os mais diversos aspectos, manifestar-se como cobiça, desejo ou insaciabilidade incontrolável (JUNG, 2009).

Segundo Woodman (1980), quando a comida preenche as necessidades emocionais do indivíduo, a saciedade pode não ser reconhecida ou ser ignorada fisiologicamente.

Estudos recentes observam em mulheres a relação entre o aumento do estresse com o maior consumo de alimentos não nutritivos e dos episódios compulsivos (GROESZ, 2012).

Sabe-se que outro fator psíquico que contribui para a piora do quadro de obesidade é a ansiedade. Em obesos, a prevalência da ansiedade e dos transtornos de humor é 25% maior do que em não obesos (SCHOLTZ; MORGAN, 2009). Barry, Pietrzak, Petry (2008) investigaram diversos transtornos de humor, em pacientes com diferentes valores de IMC. Constataram que os indivíduos obesos, principalmente os do sexo feminino, têm maior prevalência de transtornos ansiosos, do que os com IMC normal. Altos níveis de ansiedade podem cursar com a obesidade, a qual possivelmente mascara dificuldades emocionais e relacionais, requerendo ajuda psicológica. Estudos sobre o comportamento alimentar observam no ato de comer de pacientes obesos uma forma de se acalmar, referem utilizá-la como um “ansiolítico”, uma compensação ou uma possível maneira de localizar a ansiedade e a angústia no corpo, o que demonstra a dificuldade que têm para lidar com frustrações e limites (KAHTALIAN, 1992; LOLI, 2000).

Pacientes extremamente ansiosos têm dificuldade de perceber suas preocupações como “excessivas” e relatam sofrimento subjetivo frente à falta de controle emocional. Este tipo de psicopatologia gera transtornos sociais e ocupacionais. Já a ansiedade não patológica é uma condição humana e se diferencia do Transtorno de Ansiedade Generalizada pela menor frequência e menor interferência na vida do paciente. A sensação, nesse transtorno, caracteriza-se pelo sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente, acompanhado de sintomas como cefaleia, palpitações, inquietação, aperto no peito e desconforto abdominal que podem variar entre as pessoas (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

A relação entre obesidade e depressão é bem estabelecida na literatura, principalmente entre as mulheres (FABRICATORE; WADDEN, 2006; WIT et al., 2010). Carpenter e colaboradores (2000) demonstraram que as mulheres obesas têm o aumento de 37% na probabilidade de desenvolver depressão quando comparadas a não obesas. Estudo americano evidencia que quanto maior o grau de obesidade maiores são os níveis de depressão (ONYIKE et al., 2003). As estimativas são negativas, principalmente para as adolescentes obesas, com maior tendência a serem adultas deprimidas e ansiosas (ANDERSON et al., 2007).

O impacto negativo da obesidade na qualidade de vida dos indivíduos tem sido motivo de muita discussão e da ampliação de estudos sobre o tema (SILVA et al., 2006). A relação entre o sofrimento psíquico e a pior qualidade de vida em obesos graves foi evidenciada ao se demonstrar que o risco de depressão e de outras psicopatologias é maior nesta população (WADDEN; PHELAN, 2002; MANNUCCI et al., 2010).

Em adultos, quanto maior o grau de obesidade, pior é a qualidade de vida, principalmente em mulheres com prejuízos nos domínios somáticos e emocionais (função física e vitalidade) (FONTAINE et al., 1996; MANNUCCI et al., 2010).

Outro tema marcante nessa população é a influência dos aspectos socioculturais em nossa sociedade que tanto valoriza o corpo belo e magro. Com a pressão social, muitos esforços são envolvidos em tratamentos e dietas milagrosas. Trava-se a guerra entre corpo e mente, podendo dar abertura ao sofrimento psíquico (BERNARDI et al., 2005).

Ainda nesta perspectiva, a “condição de obeso” é vista como uma espécie socialmente não indicada. Cada vez mais as mulheres sentem que não pertencem a um padrão da beleza determinado, considerando-se fracassadas ou defeituosas, tendo no corpo uma insatisfação inicial que pode chegar a um distúrbio mais grave. Além disso, o problema torna-se maior quando essa inadequação pessoal ganha um respaldo sociocultural com a discriminação e o julgamento coletivo (RAMOS; CAMPOS, 2008).

O preconceito com a obesidade é identificado desde tenra idade, nas escolas pelos amigos e educadores e até mesmo dentro de casa pelos familiares. Estudos têm mostrado as consequências negativas desse sentimento no desenvolvimento psicológico destes jovens. Em 2008, Greenleaf e colaboradores sugerem que novas estratégias educativas e preventivas são necessárias para o melhor entendimento da doença e para a mudança do estigma da obesidade.

A obesidade também acarreta implicações socioeconômicas. Segal e colaboradores (2002) relataram que, geralmente, os obesos cursam menor número de anos escolares, encontram maior preconceito escolar, apresentam menor salário e também apresentam os maiores problemas afetivos. Mulheres desempregadas, por exemplo, são propensas ao excesso de peso (FERREIRA; MAGALHAES, 2005).

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal em 180 mulheres, com idade entre 18 e 45 anos que participavam do ensaio clínico, randomizado para o tratamento de redução de peso. Os aspectos depressão e ansiedade foram avaliados por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). O comportamento alimentar foi investigado por meio da Escala de Compulsão Alimentar (BES) e para o perfil biopsicossocial foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. A aplicação dos instrumentos aconteceu no Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (SEMPR-UFPR). A pesquisa foi aprovada pelo do Comitê de Ética da Universidade Federal Paraná (CEP-UFPR) e todas as pacientes foram devidamente informadas sobre os objetivos e procedimentos do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados obtidos para esta análise foram registrados em protocolo de dados eletrônico elaborado para a pesquisa em Access (Microsoft Office Access 2007®) e exportado para o *software* Statistica (Stasoft®). Foi realizada a análise descritiva e as variáveis categóricas foram expressas em média e porcentagem.

RESULTADOS

A maioria das participantes era da raça branca (85,0%), com média de idade de $36,6 \pm 7,2$ anos, nível de escolaridade \geq ao 2º grau (82,8%). A renda média familiar foi R\$ 2.243,00, com prevalência maior

das classes econômicas B2 (31,7%) e B1 (21,1%). Sessenta e um por cento das participantes eram casadas, e 60,1%, católicas. Apenas 13,8% estavam desempregadas ou realizavam atividades domésticas. Cento e vinte e seis mulheres (70,0%) relataram história familiar de obesidade, 78 (43,3%) perceberam significativo aumento de peso com gestação e 118 (65,5%) relataram pelo menos um tratamento anterior para obesidade. Quinze eram tabagistas (8,3%), com uso em média de 10 cigarros ao dia e 22 eram ex-fumantes (12,2%), em média por 4 anos. Sessenta e nove pacientes (38,3%) referiram consumo ocasional e leve de álcool, as demais negaram consumo de bebida alcoólica. Cento e quarenta e quatro pacientes (80,0%) eram sedentárias e as demais realizavam atividade física irregular.

Considerando as medidas antropométricas das participantes, a média da estatura foi de $160,5 \pm 6,5$ cm, o peso de $89,3 \pm 9,7$ kg, o IMC de $34,4 \pm 3,7$ kg/m² e a CA de $105,8 \pm 7,8$ cm.

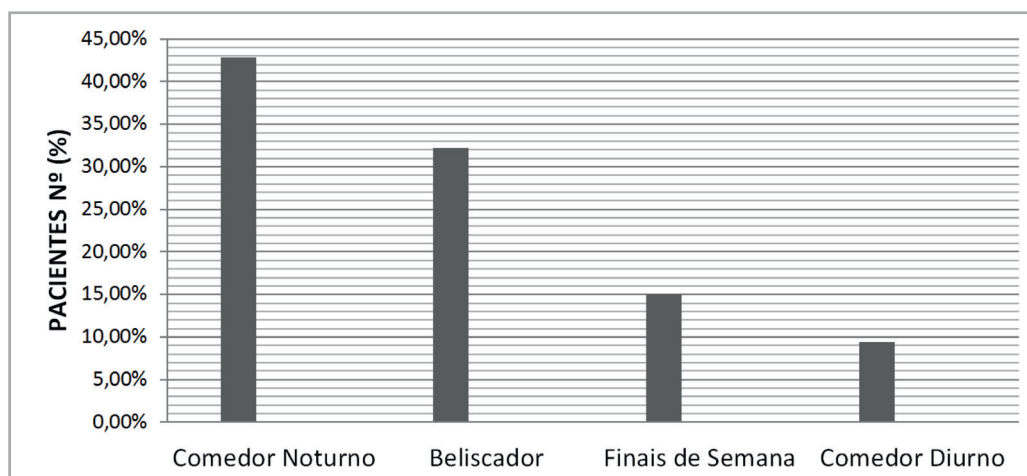
Em relação aos motivos para participação do estudo, as voluntárias responderam de forma não excludente às opções classificadas como: preocupação com a saúde, referida por 144 (80,0%), problemas estéticos por 92 (51,1%) e baixa autoestima por 92 (51,1%) mulheres. Cento e sessenta e oito pacientes (93,3%) apresentavam hábitos alimentares irregulares. Doze pacientes (6,7%) relataram hábitos regulares, sem descontroles ou exageros.

Das 180 participantes, 70 (38,9%) apresentavam depressão (nível leve, moderado e grave), 78 (43,3%) apresentavam ansiedade (nível leve, moderado e grave) e episódios de compulsão (nível moderado e grave) foram relatados por 69 participantes (38,3%).

Em relação ao comportamento alimentar, conflitos pessoais influenciaram no consumo calórico em 94 casos (52,2%). Os principais conflitos apontados foram: angústia em 40 casos (42,5%), problemas familiares em 25 casos (26,7%), estresse no trabalho em 19 casos (20,2%), conflitos conjugais em 10 casos (10,6%).

Observou-se hábito alimentar do tipo “comedor noturno” em 77 casos (42,8%), seguido do comportamento “beliscador” em 58 casos (32,2%), “comedor de final de semana” em 27 casos (15,0%) e “comedor diurno” em 17 casos (9,4%) (GRÁF. 1).

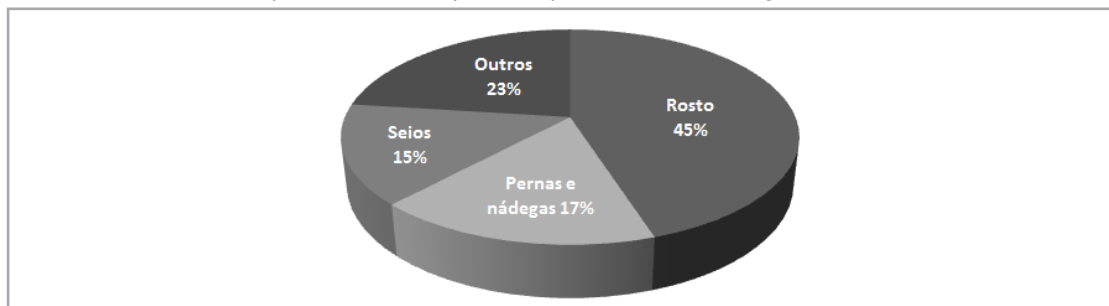
GRÁFICO 1 – Comportamento alimentar de 180 mulheres com obesidade graus I e II



FONTE: Figueiredo (2012)

Em relação à autopercepção, as pacientes relataram grande insatisfação com a imagem corporal e com o peso atual. A maioria das mulheres escolheu o rosto como a parte do corpo que mais gostava (45,0%), seguida dos seios (17,0%), pernas e nádegas (15,0%). A parte do corpo menos apreciada foi a barriga (73,3%), conforme GRÁF. 2. O peso médio desejado pelas participantes foi de aproximadamente 65,5 kg (50,0 – 90,0).

GRÁFICO 2 – Parte do corpo referida como preferida por mulheres obesas grau I e II



FONTE: Figueiredo (2012)

Cento e três mulheres (57,2%) relataram insatisfação na vida sexual (TAB. 1). Não se observou diferença entre os grupos, nos parâmetros analisados ($p > 0,05$).

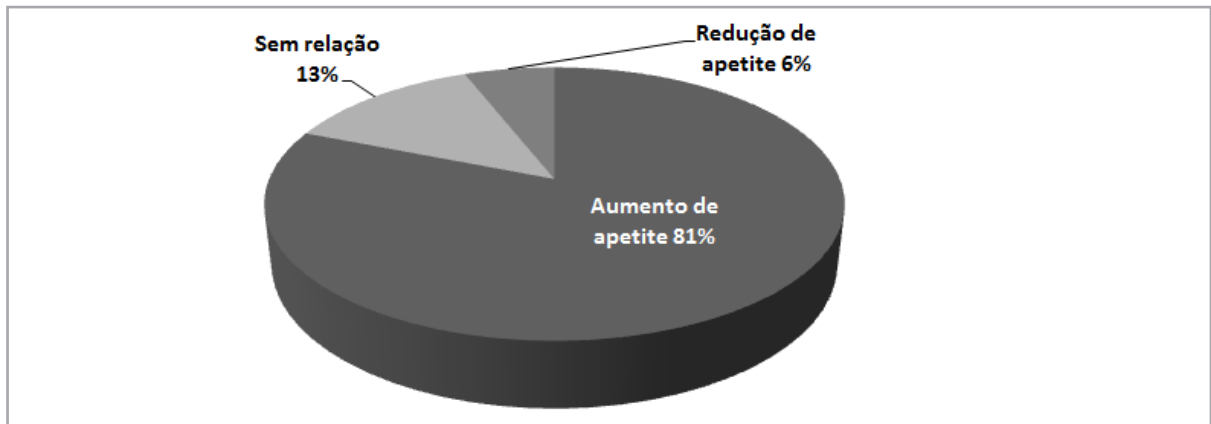
TABELA 1 – Aspectos psicológicos das 180 mulheres com obesidade graus I e II

Aspectos avaliados	n(%)	Positivos	n(%)	Negativos
Autopercepção da imagem corporal	43 (23,9%)	Bonitas	137 (76,1%)	Feias
Insatisfação com a imagem corporal	68 (37,8%)	Não	112 (62,2%)	Sim
Humor	67 (37,2%)	Estável	113 (62,8%)	Instável
Vida sexual	77 (42,8%)	Satisfatória	103 (57,2%)	Insatisfatória

FONTE: Figueiredo (2012)

Observou-se associação significativa entre humor e hábito alimentar. Nas mulheres com humor instável houve maior frequência de hábitos alimentares irregulares ($p = 0,04$). A oscilação do humor foi associada ao aumento do apetite em 145 mulheres (80,5%), a redução do apetite em 11 (6,1%) e 24 (13,3%) não percebeu essa relação, conforme GRÁF. 3.

GRÁFICO 3 – Relação entre a mudança de humor e os hábitos alimentares percebidos por mulheres obesas grau I e II



FONTE: Figueiredo (2012)

DISCUSSÃO

Devido à complexidade da obesidade, para o entendimento do tema, devemos levar em conta toda a vivência do indivíduo. O modelo biopsicossocial proporciona uma visão integral do ser e do adoecer, que compreende as dimensões física, psicológica e social.

Ao analisar o perfil da amostra ficou evidente a relação do comportamento alimentar com os aspectos emocionais. Mais de 80% das participantes relataram haver alteração do apetite, quando se percebiam estressadas ou angustiadas e mais da metade relacionaram o aumento calórico com a influência de conflitos pessoais. Essa tendência já é revelada na literatura, quando pesquisadores observavam o comportamento de mulheres depois da Primeira Guerra Mundial que, após grande espera ou incertezas sobre a vida de seus entes queridos aumentavam significativamente de peso. Até mesmo a utilização da palavra do vernáculo germânico era observada, a *kummerspeck*, o que queria dizer “gordo de tristeza” (LOLI, 2000).

A preocupação com o peso, apesar de tão antiga é ao mesmo tempo tão moderna. Esse paradoxo traz características próprias que não podem ser desconsideradas no estudo do comportamento alimentar. Não são apenas os prejuízos na qualidade de vida e na saúde física que a obesidade ocupa. Nesta amostra ficou evidente a insatisfação, a angústia e o sofrimento psíquico que permeia nesta condição corpórea. Esse sofrimento também fora evidenciado já nos estudos de Woodman (1980) ao discorrer, em alguns casos clínicos, que o próprio corpo era vilão e se tornava o maior inimigo das mulheres.

Como descrito anteriormente, não podemos classificar mulheres obesas em um só tipo de personalidade, isso seria incompatível com a singularidade e complexidade humana. No entanto, é evidente que nesta população há características que nos permite pensar em um perfil que auxilia, didaticamente, nesse entendimento. Estudos revelam que indivíduos obesos apresentam maiores dificuldades nas relações sociais, isolamento, autodepreciação e hábitos alimentares irregulares (BERNARDI, 2005). No grupo de obesos depressivos há maior sofrimento psíquico, tais como ansiedade, transtornos alimentares, maior preocupação com o corpo e baixa autoestima, quando comparados aos grupos de obesos não depressivos (WERRIJ et al., 2006).

O perfil da amostra é de mulheres jovens, na maioria ativas no mercado de trabalho, porém sedentárias e com várias outras tentativas ineficazes para emagrecer. Aproximadamente 40% delas apresentam sintomas de depressão, ansiedade e compulsão alimentar. O comportamento alimentar irregular foi maciçamente

encontrado nas participantes, que apresentaram maior consumo calórico no período de final de tarde, classificadas como “comedores noturno” e durante o dia todo, classificadas de perfil “beslicador”.

A insatisfação e a preocupação com a imagem corporal também foi identificada em grande parte da amostra, ao perceberem-se feias e com baixa autoestima. A sexualidade também foi referida como insatisfatória.

De forma geral, o indivíduo, independente do gênero ou do peso, necessita encontrar um padrão e um modelo como uma forma de sentir-se pertencente a um grupo, condição que parece natural e esperada. No entanto, o risco psíquico ocorre com a distorção e ilusão de uma condição corporal irreal que não lhe faz sentido. Essa falta de sentido pode justificar as recaídas, o descontrole alimentar, as flutuações de peso e a eterna insatisfação com seu corpo, respondendo apenas a demanda social. Os sintomas, as exigências culturais e a projeção do belo no mundo externo devem ser percebidas e integradas para uma maneira mais saudável de se relacionar com a comida.

A busca insaciável pelo belo não precisa ser da ordem sintomática. Deve consistir na possibilidade de uma mudança que além de real sugere uma diferente maneira de agir, sentir e atuar no cenário “obesogênico” que os impulsiona para o perigo das degustações emocionais. É preciso acreditar, integrar, desejar e continuar consciente que emagrecer é um ato de percepção, coragem, dedicação, determinação e, muitas vezes, um abrir mão de alguns prazeres que podem resultar em culpa e arrependimento. Considerar a obesidade inserida na complexidade emocional do indivíduo é dar oportunidade a novas atuações terapêuticas. A dimensão psíquica deve ser considerada em qualquer etapa do tratamento, desde o primeiro acolhimento, com estabelecimento de vínculo e planejamento terapêutico, até mesmo em sua manutenção. A saúde emocional leva a uma melhor qualidade de vida e uma relação mais saudável com o alimento.

CONCLUSÃO

Os resultados sugerem, nesta amostra, que mulheres obesas apresentam sofrimento psicológico diante da condição corpórea, o que as influencia negativamente no comportamento alimentar. O comportamento alimentar irregular e desenfreado pode indicar uma dificuldade de lidar com emoções e frustrações, resultando num possível alívio para os seus problemas. A maioria das participantes relatou um perfil alimentar de “comedor noturno” e “beliscador”, seguidos de sentimento de culpa e arrependimento. Percebe-se grande insatisfação com a imagem corporal, dificuldades de se reconhecer apesar do peso, baixa autoestima, impulsividade, ansiedade e desvalorização social. A obesidade interfere, não somente nos problemas físicos, mas também nos aspectos biopsicossocial.

A busca incessante e arriscada pela beleza pode levar o indivíduo a certos riscos que devem ser tratados e identificados para que haja uma mudança saudável e real. O alimento precisa ser considerado como uma via de transformação ao invés de sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, A. S. et al. Adolescent obesity and risk for subsequent major depressive disorder and anxiety disorder: prospective evidence. **Psychosomatic Medicine**, Baltimore, Md., v. 69, n. 8, p. 740-747, 2007.
- ASSUMPCÃO JUNIOR, B. F. A questão da beleza ao longo do tempo. In: BUSSE, S. R. (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. São Paulo: Manole, 2004. p. 1-12.
- BARRY, D; PIETRZAK, R .H.; PETRY, N. M. Gender differences in associations between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Annals of Epidemiology**, New York, v. 18, n. 6, p. 458-466, 2008.
- BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85-93, jan./jun. 2005.
- CASTRO, A. L. **Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo**. 2. ed. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2007.
- CARPENTER, K. M. et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. **American Journal of Public Health**, New York, v. 90, n. 2, p. 251-257, Feb. 2000.
- FABRICATORE, N. A.; WADDEN, T. A. Obesity. **Annual Review Clinical Psychology**, Palo Alto, Calif., v. 2, p. 357-377, 2006.
- FERNANDES, M. H. **Corpo: clínica psicanalítica**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- FERREIRA, V. A.; MAGALHAES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo; um estudo com mulheres da Favela da Rocinha. Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1792-1800, nov./dez.2005.
- FIGUEIREDO, M. D. **Avaliação dos aspectos depressão, ansiedade, compulsão alimentar e qualidade de vida de mulheres obesas, submetidas a tratamento medicamentoso antiobesidade**. 2012. 128f. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.
- FONTAINE, K. R.; CHESKIN, L. R.; BAROFSKY, I. Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. **Journal of Family Practice**, Stamford, Conn., v. 43, n. 3, p. 265-270, 1996.
- GREENLEAF, C.; MARTIN, S. B.; RHEA, D. Fighting fat: How do fat stereotypes influence beliefs about physical education? **Obesity**, Silver Spring, Md., v. 16, Suppl. 2, p. 53-59, 2008.
- GROESZ, L. M. et al. What is eating you? Stress and the drive to eat. **Appetite**, London, v. 58, n. 2, p. 717-721, 2012.
- GUH, D. P. et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight. A systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/88>>. Acesso em: 25 nov. 2014.
- JUNG, C. G. **A natureza da psique**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. (Obras completas, v. 8, pt. 2)
- _____. **Psicologia do inconsciente**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. (Obras completas, v.7, pt. 1)
- KAHTALIAN, A. Obesidade: um desafio. In: MELLO, J. et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 273-277.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria: ciência, comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LOLI, M. S. A. **Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica**. São Paulo: Vetor, 2000.
- MANNUCCI, E. et al. Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. **Health Quality Life Outcomes**, London, v. 8, n. 90, p. 1-9, 2010.
- MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM, 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

- MYSLOBODSKY, M. Gourmand savants and environmental determinants of obesity. **Obesity Review**, Oxford, v. 4, p. 121-128, 2003.
- NAKAMURA, E. Representação sobre o corpo e hábitos alimentares: o olhar antropológico sobre aspectos relacionados aos transtornos alimentares. In: BUSSE, S. F. (Org.). **Anorexia, bulimia e obesidade**. São Paulo: Manole, 2004. p. 12-29.
- ONYIEK, C. U. et al. Is obesity associated with major depression? Results from the third national health and nutrition examination survey. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, Md, v. 158, n. 12, p.1139-1147, Dec. 2003.
- PALMEIRA, A. L. et al. Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. **Body Image**, Amsterdam, v. 7, p. 187-193, 2010.
- POPKIN, B. M.; DOAK, C. M. The obesity epidemic is a worldwide phenomenon. **Nutrition Review**, v. 56, n. 4, p. 106-114, 1998.
- RAMOS, T. V.; CAMPOS, D. T. F. O sofrimento psíquico na condição obesa e a influência da cultura. **Estudos**, Goiânia, v. 35, n. 5, p. 967-979, 2008.
- ROSSNER, S. Obesity: the disease of the twenty-first century. **International Journal of Obesity**, New York, v. 26, n. 4, p. 2-4, Apr. 2002.
- SCHOLTZ, S; MORGAN, J. F. Obesity and psychiatry. **Psychiatric**, Abingdon, Oxford, v. 8, n. 6, p. 198-202, 2009.
- SEGAL, A.; CARDEAL, M. V.; CORDÁS, T. A. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 81-89, 2002.
- SILVA, M. P. et al. Obesidade e qualidade de vida. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, v. 19, p. 247-250, 2006.
- SIMON, G. E. et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, Ill., v. 63, n. 7, p. 824-830, 2006.
- SPITZER, R. L. et al. Binge eating disorder: a multiside field trial of the diagnostic criteria. **International Journal Eat Disorder**, New York, v. 11, n. 3, p. 191-203, 1992.
- SUPLICY, H. L. et al. A comparative study of five centrally acting drugs on the pharmacological treatment of obesity. **International Journal of Obesity**, London, v. 38, p. 1097-1103, 2014.
- WADDEN, T. A.; PHELAN, S. Assessment of quality of life in obese individuals. **Obesity Research**, Silver Spring, Md.,v. 10, supl., p. 50-57, 2002.
- WERRIJ, M. Q. et al. Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. **Patient Education and Counseling**, Amsterdam, v. 62, n. 1, p. 126-131, 2006.
- WIT, L. et al. Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 178, n. 2, p. 230-235, 2010.
- WOODMAN, M. **A coruja era filha do padeiro**: obesidade, anorexia nervosa e o feminino reprimido. 2. ed. São Paulo: Pensamento Cultrix, 1980.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing and managing the global epidemic. **Report of a WHO Consultation on Obesity**. Geneva: WHO, 1998.