



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA- PRAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA E INTERAÇÃO SOCIAL**

**OBESIDADE INFANTIL: INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO, NA
PERSPECTIVA DOS PAIS.**

PRISCILLA MACHADO MORAES

Recife- PE, 2010.

PRISCILLA MACHADO MORAES

**OBESIDADE INFANTIL: INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO, NA
PERSPECTIVA DOS PAIS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa:

Família e Interação Social

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria de Souza Brito Dias.

Recife- PE, 2010.

M827o Moraes, Priscilla Machado

Obesidade infantil : instalações e manutenção, na perspectiva dos Pais / Priscilla Machado Moraes ; orientador Cristina Maria de Souza Brito Dias, 2010.

124, [2] f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP. Pró-reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, 2010.

1. Psicologia clínica. 2. Obesidade em crianças - Aspectos psicológicos. 3. Obesos - Relações com a família. 4. Obesidade em crianças - Aspectos sociais. 6. Crianças - Nutrição - Aspectos psicológicos. 7. Medicina e psicologia. 8. Interação social em crianças - Aspectos psicológicos. 9. família. I. Título.

CDU 159.9:61

Nome: Machado, Priscilla Moraes

Título: Obesidade infantil, instalação e manutenção, na perspectiva dos pais.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof^ª Dr^ª Cristina Maria de Souza Brito Dias

(Orientadora- UNICAP)

Prof^ª Dr^ª Albenise de Oliveira Lima

(UNICAP)

Prof^ª Dr^ª Eulália Maria Chaves Maia

(UFRN)

Recife

2010

Às amáveis e eternas pessoas da minha primeira família: os meus pais **Eudas e Silvia** e as minhas irmãs **Bianca e Lorena**; às preciosidades que compõem a minha atual família: o meu marido **Henrique** e a nossa querida filha **Gabriella**.

Agradecimentos

Aos meus pais, Eudas e Silvia, que me ensinaram a amar e a quem devoto o meu profundo respeito, admiração, inspiração e meu eterno amor.

Ao meu marido Henrique, por fazer-me sentir uma mulher especial, pelo amor, paciência, amizade, e pelas incansáveis horas de demonstração de companheirismo e cumplicidade.

À minha filha Gabriella, luz da minha vida, que me investe de afetos positivos. Sem você eu não teria o desafio de me tornar uma pessoa melhor.

Às minhas irmãs Bianca e Lorena, pelos momentos que vivemos juntas e com as quais posso dividir minha história de vida.

Às minhas sobrinhas, Catarina e Giovanna, que com muita ternura alimentam o meu olhar infantil.

À minha querida Vovó Carmélia: especial, inestimável e inesquecível.

Ao meu Tio Sinval, sempre me ensinando novos conceitos de vida.

À minha orientadora, Dra. Cristina Maria de Souza Brito Dias, pelo acolhimento na minha chegada em Recife, confiança, paciência, ensinamentos e valiosas contribuições na realização desse trabalho.

Às Profs. Dras. Albenise Lima e Eulália Maia, pelas relevantes sugestões e considerações que deram suporte à conclusão dessa pesquisa.

Ao meu querido Professor Eduardo Mendonça, que acreditando nas minhas potencialidades, proporcionou-me ensinamentos relevantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Meu eterno apego.

A amigas que deixam histórias: Marília Dias, Juliana Monteiro e Fernanda Pereira.

Ao Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira (IMIP), pela oportunidade na realização desse trabalho. Em especial, à nutricionista Isabel Pinto, que me recebeu de maneira muito atenciosa, dividindo comigo seu espaço nos atendimentos clínicos.

Às famílias que participaram como sujeitos, despendendo um tempo de suas vidas por acreditarem na seriedade desse trabalho.

À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), pela concessão da bolsa de mestrado para realização desta pesquisa.

A Deus, que me rodeia de oportunidades e pessoas tão especiais.

“Quando vejo uma criança, ela me inspira dois sentimentos: ternura pelo que ela é e respeito pelo que poderá ser.”

Piaget

RESUMO

Machado, P. M. (2010). *Obesidade infantil: instalação e manutenção, na perspectiva dos pais*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Esta dissertação tem como objetivo compreender o funcionamento das famílias com crianças acometidas pela obesidade na instalação e manutenção da doença, na perspectiva dos pais. Nesta circunstância, foram considerados os sentimentos e dificuldades expressos pelas mães frente à obesidade dos filhos; estratégias utilizadas para enfrentar o problema e indicadores no contexto familiar que pudessem estar contribuindo para a manutenção do quadro de obesidade infantil. O trabalho está dividido em três artigos, sendo um teórico e dois empíricos. O primeiro apresenta um breve histórico da necessidade humana de alimentação que mostrou as mudanças ocorridas que culminaram na proliferação da obesidade e, nesse cenário, as transformações que a família enfrenta para adaptar-se ao meio permeado de tantas ofertas e constantes modificações, em articulação com a Teoria Sistêmica. O segundo artigo identifica no contexto familiar à luz da Teoria Sistêmica, os indicadores da dinâmica familiar que podem estar contribuindo para a instalação e a manutenção da obesidade na infância. O terceiro artigo considera elementos presentes na história familiar das crianças com obesidade, os sentimentos expressos pelas famílias e as consequências físicas e psíquicas da evolução da doença. A pesquisa é de natureza qualitativa levando em consideração a experiência dos participantes em relação ao tema. Foram entrevistadas seis mães e uma avó de crianças, na faixa etária entre 8 a 10 anos incompletos, que se encontravam em atendimento no ambulatório de Obesidade Infantil do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), na cidade do Recife. Utilizamos uma entrevista com roteiro previamente estabelecido e, posteriormente, os resultados foram discutidos com base na análise de conteúdo temática. Os resultados indicaram que todos os membros do sistema estão implicados na instalação da obesidade, através da rejeição materna, compensada por superproteção alimentar, conflitos conjugais, interferência das avós na alimentação dos netos, o que demonstra confusão na hierarquia. As dificuldades de intercâmbio com o meio demonstraram que as famílias consomem alimentos com alto teor de gordura; a falta de coesão acerca das normas alimentares e de limites à criança são elementos que podem estar contribuindo para a manutenção da obesidade na infância.

Palavras-chave: Obesidade infantil; Família; Teoria Sistêmica.

ABSTRACT

Machado, P. M. (2010). *Childhood obesity: installation and maintenance, from the perspective of parents*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

This dissertation aims to understand the functioning of families with children affected by obesity in the installation and maintenance of the disease from the perspective of parents. In this circumstance, we considered the feelings expressed by mothers and difficulties facing the obesity of children, strategies used to address the problem in the family context and indicators that could be contributing to the maintenance of the obese children. The work is divided in three articles, one theoretical and two empirical. The first presents a brief history of the human need to feed that showed the changes that led to the proliferation of obesity and, in this scenario, the changes that the family faces in adapting to the environment permeated with so many offers and constant changes, in conjunction with Systemic Theory. The second article identifies the family context under the light of the Systemic Theory, indicators of family dynamics that may be contributing to the installation and maintenance of obesity in childhood. The third article considers elements in the family history of children with obesity, the sentiments expressed by the families and the physical and psychological consequences of disease progression. The research is qualitative in nature, taking into account the experience of participating in the issue. Six mothers were interviewed and a grandmother of children, aged between 8-10 years old, who were in the outpatient clinic of Childhood Obesity Institute of Medicine Professor Fernando Figueira (IMIP) in the city of Recife. We used an interview with previously established questions, and subsequently the results were discussed based on thematic content analysis. The results indicated that all members of the system are involved in the installation of obesity, through the maternal rejection, overprotection offset by food, marital conflicts, and interference from the grandparents in the feeding of grandchildren, which shows confusion in the hierarchy. The difficulties of exchange with the environment showed that families consume of food with high contents of fat, lack of cohesion about food standards and limits are the child elements that may be contributing to the maintenance of childhood obesity.

Keywords: Childhood obesity, Family, Systemic Theory.

SUMÁRIO

Introdução.....	11
Artigo Teórico- Obesidade Infantil A Partir de Um Olhar Histórico Sobre Alimentação.....	15
Resumo.....	15
Abstract.....	16
Introdução.....	17
Remontando à história.....	18
Sociedade e transição alimentar.....	22
Hábitos alimentares no Brasil e suas implicações.....	28
Considerações finais.....	37
Referências.....	40
Artigo Empírico I – Teoria Sistêmica Aplicada à Família com Criança Acometida pela Obesidade Infantil.....	43
Resumo.....	43
Abstract.....	44
Introdução.....	45
Teoria sistêmica aplicada à obesidade Infantil.....	48
Método.....	52
Análise e discussão dos resultados.....	53
Obesidade e propriedades dos sistemas.....	54
Considerações finais.....	66

Referências.....	68
Artigo Empírico II – “Nem Só de Pão Vive o Homem”: A Voz das Mães na Obesidade Infantil.....	70
Resumo.....	70
Abstract.....	71
Introdução.....	72
Repercussões orgânicas da obesidade infantil.....	75
Repercussões psíquicas da obesidade infantil.....	79
Método.....	86
Análise e discussão dos resultados.....	87
Considerações finais.....	100
Referências.....	103
Considerações Finais.....	107
Referências.....	112
Anexos.....	119
Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética.....	120
Anexo 2-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	121
Anexo 3- Roteiro de Entrevista.....	123
Anexo 4- Dados Sócio- Demográficos dos Participantes.....	125
Anexo 5- Dados Sócio- Demográficos e Nutricionais das Crianças.....	126

INTRODUÇÃO

O comportamento humano não está isolado do social, mas toma parte interagindo com suas instituições em um mecanismo de retroalimentação. O ato de se alimentar é considerado muito mais do que uma simples ação nutricional. As diferentes misturas de sabores são o resultado da miscigenação cultural que guarda, em cada prato, sinais de uma cultura como também da evolução de uma sociedade. O tema da obesidade tornou-se um problema endêmico mundial, atingindo todos os países, e com um impacto econômico cada vez mais significativo. Nesse cenário, o excesso de peso na infância alcança índices preocupantes, tornando-se um grave problema de saúde pública, visto que existe uma grande probabilidade da criança se tornar um adulto obeso (Peres, 2005).

A obesidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode prejudicar a saúde. Em 2005 pelo menos 20 milhões de crianças abaixo de cinco anos encontravam-se com excesso de peso no mundo (OMS, 2006). Na literatura médica, é resultado de um desequilíbrio permanente e prolongado entre a ingestão calórica e o gasto energético. Na infância, considera-se sobrepeso o índice de massa corpórea (IMC) entre os percentis 85 e 95, e obesidade, acima do percentil 95 (Tumas et al, 2010).

Do ponto de vista etiológico, a obesidade é considerada uma patologia multifatorial, na qual problemas genéticos, ambientais, comportamentais, psicossociais encontram-se presentes. Está relacionada a uma alta taxa de mortalidade, pois o indivíduo se defronta com uma expectativa de vida reduzida e há um grande índice de morbidade relacionado às doenças crônicas não transmissíveis como é o caso da hipertensão, *diabetes mellitus* tipo 2, doenças cardiovasculares, dermatites, osteoartrite, doenças hepatobiliares e alguns tipos de câncer. Além disso, as repercussões psicológicas associadas a ela também são de extrema importância, visto que é na infância que se dá a estruturação da personalidade, como é a

ocorrência do preconceito, estigmatização, ansiedade, mudanças de humor, depressão, auto-estima baixa, angústia e culpa (Gonçalves, Gorayeb, Liberatone & Domingos, 2005., Halpern & Rodrigues, 2006).

É sabido que a alimentação ocupa papel importante na relação entre pais e filhos pois, além de ser um modo de manter vivo e aplacar a fome, o ato de comer é um meio de troca de afeto, comunicação, interação e, por vezes, também é um meio de oposição (Spada, 2005). A família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança por meio de uma aprendizagem social, sendo os pais os primeiros educadores nutricionais. Desta maneira, como outros ambientes socialmente influentes, o núcleo familiar interage com as predisposições genéticas e psicológicas à obesidade infantil (Wilhelm, Lima & Schirmer, 2007).

O pensamento sistêmico reconhece a família como uma unidade de funcionamento que é maior do que à soma das partes individuais. Portanto, pode-se considerá-la como um organismo dinâmico, onde movimentos de auto-regulação ocorrem dependendo das modificações que incidam sobre ela (Lidchi & Eisenstein, 2004). Elas se constituem de eventos intra e inter sistêmicos que alteram os padrões de interação (hierarquias) entre subsistemas: espaços, limites, ligações afetivas e conexões (Minuchin, 1982).

Bruch (1977) utilizou os estudos da teoria sistêmica para entender o funcionamento que prevalecia nas famílias com crianças obesas e declarou que não havia dúvidas de que a obesidade era um estado indesejável de vivência para uma criança, no qual, mesmo em condição leve, o excesso de peso poderia atuar como uma barreira prejudicial em uma sociedade como a nossa, obcecada pelo culto da silhueta magra.

O referencial teórico adotado nesse estudo foi a Teoria Sistêmica, por ser uma teoria de princípios universais aplicáveis aos sistemas em geral, e no campo da Psicologia se inseriu especialmente na Terapia Familiar e Psicologia das Instituições. Isto possibilitou também uma

articulação com outros campos do saber na compreensão da referida temática e abordagens psicológicas.

Nesta dissertação, buscou-se compreender o funcionamento das famílias de crianças acometidas pela obesidade na instalação e na manutenção da doença, sob perspectiva das mães e de uma avó. Inicialmente esta pesquisa estava direcionada para abordar pais de ambos os sexos das crianças em atendimento no ambulatório, no entanto, devido ao não comparecimento do genitor no local, que em certos casos aconteceu pela não convivência da criança com o mesmo, a entrevista foi realizada com seis mães e uma avó responsável pela criança.

Este trabalho encontra-se dividido em três artigos: o primeiro teórico e os dois subsequentes empíricos. O primeiro aborda a Obesidade Infantil A Partir de Um Olhar Histórico Sobre a Alimentação, fazendo um percurso sobre as modificações nos hábitos alimentares e as transformações ocorridas no meio familiar para adaptarem-se às demandas da sociedade contemporânea, em articulação com a Teoria Sistêmica.

O segundo artigo, Teoria Sistêmica Aplicada à Família com Criança Acometida Pela Obesidade, identifica no contexto familiar, à luz da Teoria Sistêmica, os indicadores que pode estar contribuindo para a instalação e a manutenção da obesidade na infância.

O terceiro, intitulado “Nem só de Pão Vive o Homem”: A Voz das Mães na Obesidade Infantil, focalizado na interação familiar, analisa os elementos presentes na história familiar das crianças com obesidade; os sentimentos expressos pelas famílias frente ao problema; as consequências físicas e psíquicas da evolução da obesidade e as expectativas da família frente ao tratamento.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir na compreensão de alguns fatores de risco aos quais as crianças acometidas pela obesidade estão expostas; promover esclarecimento às famílias quanto a sua responsabilidade no processo de tratamento e

manutenção dos resultados; cooperar com os profissionais de saúde, comunidade e escolas no planejamento de estratégias de prevenção contra a obesidade bem como subsidiar a elaboração de projetos sociais pelas Secretarias de Saúde estaduais e municipais.

OBESIDADE INFANTIL A PARTIR DE UM OLHAR HISTÓRICO SOBRE A ALIMENTAÇÃO

Priscilla Machado Moraes

Cristina Maria de Souza Brito Dias

Universidade Católica de Pernambuco

Resumo

A obesidade é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma das complicações mais antigas vividas pelo homem havendo relatos de sua ocorrência desde a pré-história, quando enormes quantidades de alimentos eram ingeridas com o objetivo de armazenar energia para períodos de escassez. As modificações referentes aos hábitos alimentares estão relacionadas com os desenvolvimentos econômicos, tecnológicos, culturais e demográficos de cada nação. As mudanças no consumo alimentar evidenciadas nos diversos países estão fortemente relacionadas à rápida industrialização e urbanização ocorridas, principalmente, a partir do século XX. O presente trabalho trata-se de um artigo teórico de abordagem qualitativa, no qual foi realizada uma revisão bibliográfica. Pode-se concluir que o Brasil vem sofrendo essas transformações ao longo da sua história dado o intenso processo de metropolização, acompanhado pela rápida expansão da rede urbana e pela imigração da população rural para cidades maiores. Sedentarismo, redução da atividade física, diminuição das brincadeiras ao ar livre e aumento da ingestão calórica contribuem para a obesidade infantil. No mundo contemporâneo, a televisão desempenha um papel importante na construção do comportamento consumidor das crianças e nesse âmbito a parcela mais afetada é a população de baixa renda que encontra nessa atividade uma forma de lazer. Postula-se que a escola, como local privilegiado de desenvolvimento cognitivo das crianças, pode desenvolver projetos, juntamente com as famílias e a comunidade, que visem à busca de promoção para saúde dos escolares.

Palavras-chave: Alimentação; obesidade infantil; mídia; família; escola.

Abstract

Obesity is a serious public health problem in Brazil and worldwide. It is one of the oldest complications experienced by the man and there are reports of its occurrence since prehistoric times, when huge quantities of food were ingested in order to store energy for periods of scarcity. Changes related to eating habits are related to economic, technological, cultural and demographic characteristics of each nation. Changes in food consumption shown in the various countries are strongly related to rapid industrialization and urbanization occurred mainly from the twentieth century. The present work it is a theoretical paper with a qualitative approach, which was performed a literature review. Can be concluded that Brazil is experiencing such transformations throughout its history given the intense process of urban, accompanied by the rapid expansion of the network urban and rural population by immigration to bigger cities. Sedentary lifestyle, decreased physical activity, decrease in outdoor play and increased caloric intake contribute to childhood obesity. Nowadays, television plays an important role in building the consumer behavior of children, in this area the most affected portion is the low-income people who has in this activity a mean of entertainment. It is postulated that the school, as an excellent forum for children's cognitive development, can develop projects together with families and community, aiming to promote students' health.

Keywords: Feeding; childhood obesity, media, family, school.

Introdução:

Entre todas as alterações do nosso organismo, possivelmente a obesidade é a situação mais complexa e de difícil entendimento. Ela é definida como o anormal ou excessivo acúmulo de gordura, como uma doença, uma síndrome, um aspecto do nosso metabolismo ou a falta de controle sobre o comer (OMS, 2006; Fisberg, 2004). É sabido que se vive em um mundo no qual se define o normal como um conceito estatístico, em que os extremos são vistos como diferentes e com preconceito. Altos e baixos, magros e gordos, toda disparidade é arriscada. Os indivíduos que se inserem nestas categorias enfrentam problemas diários (Fisberg, 2004).

Hoje os obesos são um problema não somente de países industrializados, mas também de países em desenvolvimento que passaram a enfrentar, junto com a desnutrição, a obesidade. Esta última é, provavelmente, uma das enfermidades mais antigas do homem. Os relatos sobre ela remontam aos tempos de Hipócrates (460-377 a. C.). Entre as citações do médico referido anteriormente, estão a obesidade, descrita como doença, e suas sugestões de medidas terapêuticas são iguais às de hoje: trabalho, exercícios, caminhadas e ingestão menor de alimentos (citado por Setian, 2007).

As escolhas alimentares do homem e sua diversidade são únicas entre os primatas; isto revela a importância da compreensão sobre as transformações ocorridas no decorrer dos tempos. Segundo Perlès (1998), embora os historiadores estejam em condições de reconstituir e interpretar em detalhes os gestos mais sutis na fabricação de uma ferramenta de pedra, por exemplo, não podem traçar, no que se refere à história da alimentação, mais que um panorama muito geral e hipotético.

Acredita-se que a modificação dos hábitos alimentares ocorre através de um processo sistêmico, no qual a evolução da humanidade teve um papel importante e complexo sobre as demandas da alimentação na contemporaneidade. As tribos nômades dos povos primitivos

seguiam de lugar a lugar em busca de alimento. O processo de seleção natural favoreceu aqueles que conseguiam sobreviver com um suprimento alimentar reduzido, que apreciavam os alimentos com taxa alta de calorias, podiam sentir de longe o cheiro do alimento e suportar temperatura fria. À medida que as épocas passaram, os humanos desenvolveram características genéticas múltiplas, as quais lhes permitiram sobreviver com uma quantidade limitada de alimento e favorecer o desenvolvimento da gordura subcutânea (Collipp, 1977).

Hoje, a maioria dos descendentes modernos desses bem-aventurados sobreviventes dispõe de um suprimento generoso de alimentos, roupas adequadas e sistemas de aquecimento. Portanto, segundo o autor acima citado, aqueles traços que há muito tempo favoreceram a sobrevivência são agora inúteis, e provavelmente arriscados, visto que podem conduzir à obesidade. Para entender essas transformações far-se-á um percurso pela História na tentativa de compreender as mudanças ocorridas no que se refere à alimentação. Este é o objetivo do presente capítulo.

Remontando à História

A Pré- História pode ser dividida em três fases:

Paleolítico ou Idade da Pedra Lascada - durante esse período a principal atividade do ser humano era a caça de animais para sua alimentação e produção de vestimentas, bem como coletar frutos e raízes para complementar sua alimentação. Já tinha domínio sobre o fogo e mostrava uma articulação da linguagem. Foi um período marcado pelo nomadismo, ou seja, elevada atividade em busca dos meios de sobrevivência.

A carne e os alimentos estocados eram consumidos secos ou reidratados através da fervura: pela ebulição que se processava em recipiente de madeira, de cascas ou de pele, nos quais se jogavam, de quando em quando, pedras aquecidas, cujos vestígios foram perfeitamente preservados junto às fogueiras; ou pela ebulição direta no fogo, no estômago ou em peles de animais. Além disso, assava-se grandes pedaços de carne em espetos, costume

que pode ser observado nos tempos atuais caracterizado pelo tipo de comida conhecida como churrasco. Os pedaços menores podiam ser assados diretamente sobre as pedras usadas na maioria dos fogos que se acendiam nesse período (Perlès, 1998; Franco 2004).

Mesolítico: neste período intermediário, o homem conseguiu dar grandes passos rumo ao desenvolvimento humano e à sobrevivência de forma mais segura. O domínio do fogo foi o maior exemplo disto. A alimentação, em contraste com a do final do paleolítico, distinguiu-se por uma grande variedade de espécies vindas de *habitats* diferentes, que podiam ser explorados a partir do espaço geográfico no qual fixavam suas moradias, como peixes, moluscos, pássaros. O consumo de carne diminuiu pela substituição dos animais maiores pelos menores, uma vez que aqueles são mais difíceis de capturar na profundidade da floresta. Outros dois grandes avanços foram o desenvolvimento da agricultura e a criação de animais. Cultivando a terra e criando animais, o homem conseguiu diminuir sua dependência com relação à natureza. Este período foi marcado pelo início do sedentarismo, pois a habitação tornou-se fixa. Surgiram as comunidades e houve também a divisão do trabalho por sexo em que, o homem ficou responsável pela proteção e sustentação da família, enquanto as mulheres ficaram encarregadas da criação dos filhos e cuidados da casa (Perlès, 1998; Franco 2004).

Neolítico: aqui o homem atingiu um importante grau de desenvolvimento humano e estabilidade nos instrumentos da caça. Com a sedentarização, a criação de animais e a agricultura em pleno desenvolvimento, as comunidades puderam trilhar novos caminhos. Os principais alimentos cultivados eram: trigo, cevada, milho, arroz, mandioca e batata-doce. Houve o desenvolvimento e a criação de objetos de metais, tais como lanças, ferramentas e machados. Os homens puderam caçar melhor e produzir com mais qualidade e rapidez. A produção e a armazenagem de alimentos garantiam o sustento necessário para os momentos de seca ou inundações. Com o crescimento agrícola, as comunidades foram crescendo e houve

uma necessidade de troca entre vilas e pequenas cidades variando o consumo de produtos (Perlès, 1998; Franco 2004).

Percebe-se que desde o período paleolítico as escolhas alimentares se diversificaram e orientaram as estratégias econômicas, ao mesmo tempo em que eram influenciadas por elas. Para os autores acima citados muitos são os alimentos que permitem atender às necessidades dietéticas do homem e é provável que, desde essa época, as preferências culturais, gostos transmitidos de geração a geração, tenham se manifestado. Assim, o que se percebe é que mesmo a alimentação pré-histórica, não responde exclusivamente às necessidades nutricionais, mas também às necessidades individuais. A alimentação tornou-se, progressivamente, elemento essencial da estruturação dos grupos, de expressão de uma identidade própria e origem de um pensamento simbólico (opções por determinados alimentos, maneira de consegui-los, modalidades de preparação e receitas culinárias).

Simultaneamente ao desenvolvimento da espécie humana, se desenvolvia o sistema familiar. Ariès (2006) assinala que, na Idade Média, a família cumpria uma função de assegurar a transmissão de vida, dos bens e dos nomes, mas não havia ainda um sentimento de família e infância, com suas particularidades distintas que se conhece hoje, de espaço privado, de intimidade. A vida social, ou seja, o espaço coletivo era o lugar onde se desenrolavam as principais formas de relacionamentos e trocas. A família era uma realidade moral e social, mais do que sentimental.

Ainda, segundo o autor, foi a partir do século XVII que a expressão da infância começou a adquirir o sentido que hoje se lhe atribui e foi somente no século XVIII que a família tornou-se um sistema fechado, onde seus membros deveriam permanecer. Antes dessas transformações, as crianças participavam da vivência coletiva e sua criação não se dava no seio da família, sob a responsabilidade dos pais. Quando tinham aproximadamente sete anos, meninos e meninas eram afastados de sua família de origem e enviados a outras

casas para que realizassem e aprendessem trabalhos domésticos e, dessa forma, eram inseridos no mundo adulto.

A família transformou-se profundamente na medida em que modificou suas relações internas com a criança. Começou a se produzir um sentimento de família, em lugar da tão privilegiada vida coletiva. Assim, além de servir de veículo de transmissão dos bens e do nome, a família assumiu uma função moral e espiritual, adquirindo uma responsabilidade maior em relação a suas crianças (Áries, 2006).

Dessa época em diante, a educação passou a ser fornecida pela escola e, juntamente com a família, a criança foi sendo retirada, gradativamente, do mundo adulto e a ela foi reservado um espaço específico dentro da sociedade, no qual se delimitam as diferenças e as necessidades da fase da infância. Assim, a nova sociedade destina a cada etapa da vida um espaço reservado (Áries, 2006).

Hoje, a família encontra-se como a principal responsável pelo desenvolvimento da criança, no qual assegura a transmissão de afetos, acolhimento, bem estar e promove segurança aos integrantes do sistema familiar. Nesse contexto, a infância que passou a ser contemplada como um estágio mágico de alegrias e divertimento do ciclo vital começou a ser ameaçada pelas patologias contemporâneas, como é o caso da obesidade e suas conseqüências. Nesse cenário, a epidemia da obesidade infantil surge como um desafio do século XXI, não somente para as famílias que lidam com o problema, as quais necessitam de constantes adaptações, mas também para toda comunidade científica que se dedica ao entendimento desse fenômeno.

Sociedade e Transição Alimentar

Devido à dificuldade em encontrar literatura que fizesse um percurso no desenvolvimento da alimentação infantil, será realizado um panorama geral do ato de alimentar, atrelada aos aspectos culturais de toda população.

De acordo com a Teoria Sistêmica, pode-se compreender a sociedade como um conjunto de pessoas que formam um sistema semi-aberto, no qual suas inter-relações são feitas com indivíduos pertencentes ao mesmo grupo, mantendo um contínuo intercâmbio com o meio. Ou seja, pode-se considerar uma sociedade como uma comunidade interdepende.

Refletindo sobre as mudanças sociais, a aparência feminina, na Idade Média, estava direcionada à mulher branca e pura, com o corpo virginal e delicado, esguio e gracioso, com ombros ligeiramente caídos, busto comprido, membros longos, pés grandes, quadris arrebitados, ventre arredondado e proeminente sob uma cintura fina. Esta é a mulher das cantigas de amor e dos romances cortesões que permearam o período. Por outro lado, datam do século XIII os níveis extremos de magreza, refletindo auto-sacrifício, com ingestão somente da Eucaristia, considerada com um profundo significado espiritual, que caracterizam as santas medievais (Assumpção, 2004).

No Renascimento alteram-se as concepções do belo e o novo olhar traz de volta a mulher em um corpo glorificado como o mais esplêndido da criação, dada a harmonia de suas proporções. Privilegiava-se o corpo feminino com formas arredondadas, matronais e sensuais ao mesmo tempo. No entanto, com o passar dos séculos, as migrações, a capacidade de organização humana, o fim do nomadismo, determinam mudanças na aparência corporal. A causalidade circular dos acontecimentos como as guerras, períodos de carência, fixação no campo, contribuíram para determinar uma maior proporcionalidade nas características corporais do ser humano (Fisberg, 2004).

Com a Revolução Industrial, o desenvolvimento das indústrias alimentícias acarretou novos rumos modificando definitivamente os comportamentos sociais e os hábitos alimentares das pessoas. O que era desenvolvido artesanalmente como farinha, óleos, açúcar passou a ser fabricado por grandes usinas que se expandiram por todo o mundo. As mulheres passaram a fazer parte da força do trabalho, o que levou a modificações na vida doméstica (Ramos & Storel, 2001).

No ano de 1830, os primeiros colonos europeus constataram que nas colônias americanas os indivíduos eram bem mais alimentados do que os seus da pátria mãe; assim começaram a imigrar para os Estados Unidos. Os progressos consideráveis dos transportes, estradas, canais e navios a vapor e da agricultura começaram a transformar a economia de subsistência, que tinha caracterizado a maioria das fazendas do país, em economia de mercado, e a estimular o rápido crescimento do comércio e da indústria. Daí em diante, uma variedade de gêneros alimentícios estava disponível por períodos do ano muito mais longos e surgiu também a primeira reforma alimentar com conselhos pseudocientíficos para se evitar alguns alimentos aos quais a ciência atribuía efeitos nocivos (Levenstein, 1998).

Os europeus que chegam aos Estados Unidos pela primeira vez ficam impressionados com o número de obesos que encontraram nesse país e não deixam de observar que os americanos são, aparentemente, nutridos demais. Se a aversão pela corpulência é um fenômeno bastante recente, a imagem da América na qual reina a abundância alimentar não o é. Desde o início, os americanos consideraram-se com orgulho o “povo da abundância”, e, especialmente, da riqueza nutricional. A América foi também a pátria de inúmeros métodos que visavam limitar o consumo dessa profusão de alimentos, desde as manias alimentares mais bizarras (“vitaminomania”: equivalência química entre todas proteínas em substituição do consumo de carne) até as teorias científicas mais sensatas e respeitáveis (“*Negative Nutrition*”: advertências contra o consumo exagerado de certas categorias de alimentos a fim

de se evitar prejuízos a saúde, como as gorduras- elevação do colesterol; o sal- prejudicial a pressão arterial; o açúcar- desencadeador da diabetes) (Levenstein, 1998).

Nesse panorama, a segunda revisão dos hábitos alimentares aconteceu com o movimento da reforma dietética que se manifestou na transição do século XIX para o XX e apoiava-se em novas idéias científicas que, supostamente, deveriam contribuir para a melhoria da saúde e, ao mesmo tempo, da moralidade do país. A preocupação inicial dos reformadores sociais e especialistas em economia doméstica não estava direcionada à burguesia, classe média ou fazendeiros, e sim em convencer as famílias da classe operária a gastar menos do orçamento com alimentos e, com isso, reservar mais para alojamento e vestuário, visto que viviam em condições precárias, empilhados em moradias insalubres e mal aquecidos (Levenstein, 1998). O que se percebe aqui é que a transição nutricional esteve correlacionada, primeiramente com mudanças sociais, econômicas e demográficas e, posteriormente, com interesses na saúde.

O século XX foi marcado por duas grandes guerras e a divisão dos países por blocos econômicos. A fome atingiu diversas sociedades e a entrada dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial gerou uma preocupação no país em relação à penúria alimentar e ao racionamento, visto que impedir ou racionar a compra dos alimentos preferidos pelos americanos era esbarrar de frente com a imagem da sua pátria como o verdadeiro país da abundância. O ressentimento surgido durante o conflito persistiu por alguns anos (Levenstein, 1998).

Ao mesmo tempo, alguns problemas de saúde começaram a ser relacionados à falta ou ao excesso de nutrientes como a ausência de ferro, que produz anemia, ou o excesso de sal, que favorece a hipertensão arterial. O aleitamento materno e a inclusão de outros alimentos na dieta alimentar das crianças começam a ser apontados como maneiras de se evitar o óbito

infantil. Com isso, inicia-se uma preocupação pela qualidade de vida da criança e do adolescente (Espaço Ciência Viva, 2010).

Após 1948, uma aparência de ordem foi restaurada nos mercados e as pessoas voltaram a ter a impressão de que estavam vivendo na abundância. Assim, as preocupações com a higiene dietética foram relegadas para o segundo plano. Entre 1946 e 1963, a era do *baby boom*, foi marcada pela formação de várias famílias americanas preocupadas em se adaptar à nova realidade; no plano alimentar as questões de saúde e gastronomia cederam lugar à comodidade, marcando o início do que os fabricantes de alimentos industriais designaram de “comida pronta a servir” (Levenstein, 1998).

O referido autor salienta que foi nesse momento que os produtores e especialistas na transformação alimentar aperfeiçoaram uma grande quantidade de métodos de cultivo, criação de gado, preparação prévia, conservação e embalagem dos alimentos. Aproximadamente entre 1949 e 1959, os químicos apresentaram, por sua conta, mais de 400 novos aditivos para permitir que os alimentos ficassem em condições de resistir a tais procedimentos. Nesse período iniciava-se então, pela modernização e fecundidade do espírito americano, a era dos condimentos químicos, tão controvertidos e, por vezes, combatidos pelos profissionais da saúde nos dias atuais.

O século XIX trouxe em seu bojo a mulher burguesa, bem alimentada, roliça, com costas gordas, ombros caídos, cintura grossa, coxas redondas, seios generosos, caracterizando a mãe de família e mulher honesta. A primeira década do século XX correspondeu a uma extensão do século anterior, ou seja, persistiram as silhuetas rechonchudas, redondas. Nos anos posteriores se estruturaram as modificações da beleza estética através dos padrões culturais influenciados pela busca incessante de um corpo magro, atlético e de formas definidas. Foi nesse cenário que os obesos passaram à condição de homens e mulheres

rejeitados pela sociedade, ou seja, de padrão de beleza a figura obesa hoje se constitui em vilã (Fisberg, 2004). Segundo Tardivo e Falcão (2006, p. 118):

A modernização é concebida como a passagem de uma sociedade tradicional, na qual predominam relações familiares, particulares, difusas com grupos locais, limitada mobilidade social e pouca diferenciação ocupacional, a uma sociedade moderna, caracterizada por normas universalísticas, pela valorização do desempenho, pela alta mobilidade social, pelo desenvolvimento do sistema ocupacional, pelo sistema de classe menos rígido, entre os laços.

Foi nesse contexto de profundas transformações sociais que, após a Segunda Guerra Mundial, ocorreram mudanças no perfil epidemiológico dos países que propiciaram a prevalência de algumas doenças não transmissíveis como a obesidade e ampliaram-se as correlações causais com a alimentação, redução da atividade física e outros aspectos vinculados à vida urbana. Em termos econômicos, o período após 1945 caracterizou-se como “os anos dourados do capitalismo”, marcados pela criação de novos mercados e repetidos ganhos de produtividade industrial (Tardivo & Falcão, 2006). Privilegiava-se o atendimento do mercado de massas com produtos padronizados, produzidos em grandes quantidades e garantidos ganhos em escala financeira aliados à redução de custos, configurando-se, assim, o modelo econômico chamado “fordista”.

O modelo fordista pode ser compreendido através da articulação entre produção e o consumo em massa, com a padronização dos equipamentos e produtos, com ganhos de economia de escala (Harvey, 1996). Ou seja, a industrialização, a racionalização e a funcionalidade estavam presentes nesse modelo econômico, no entanto, duas preocupações existiam: a primeira estava vinculada às consequências que a alimentação procedente desse modelo poderia gerar à saúde, como é o caso das doenças coronarianas e da própria obesidade (Fischler, 1998).

A segunda preocupação, de acordo com o autor acima citado, referia-se à identidade cultural. Países como França, Itália, Espanha, e em outras regiões de tradição católica, passaram a temer o término da identidade cultural. Para entender essa preocupação é só pensar que a alimentação, entre suas características, tem o prazer como mola propulsora. É nesse sentido que a população desses países receava o fim da relação privilegiada que a alimentação cotidiana possuía como o ato de sociabilidade, fonte de prazer e comunicação, pela substituição da praticidade dos *fast-foods*.

Assim, com o avanço da industrialização e da economia de troca em um mercado sistematicamente global, surgiram as redes de *fast-food* de inspiração norte americana, tratando-se de verdadeiros centros comerciais de alimentação num espaço único. Nele é proposta toda espécie de fórmulas rápidas: pizzas ou o trio refrigerante-hambúrguer- batata-frita. Fischler (1998, p. 852) descreveu o momento do almoço dos americanos no início do século XX:

É hora de almoçar. De novo, as ruas ficam repletas. Em Nova York ninguém volta para casa ao meio-dia: as pessoas comem no lugar onde se encontram, seja nos escritórios, ao mesmo tempo em que trabalham, seja nos clubes ou lanchonetes. Nas cantinas populares, milhares de seres alinhados devoram com o chapéu na cabeça, numa única fila, como no estábulo, alimentos frescos e apetitosos por preços inferiores. Avançam para seus pratos repletos de pedaços de carne; atrás deles, outras pessoas esperam a sua vez.

Segundo o referido autor, a rentabilidade do *fast-food* deveu-se à presença de jovens somados à “modernidade” como a eliminação dos talheres e pratos, substituindo-os por embalagens de papelão e sacos de papel. Outro triunfo é que, transformou-se em lugar apropriado não somente para os jovens, mas também para as famílias e crianças, está última tornou-se logo a clientela mais assídua, arrastando atrás de si os adultos.

Depois dos Estados Unidos o *fast food* começou sua expansão mundial, com uma aceitação diferenciada. No entanto, as maiores críticas se direcionaram para as redes de MacDonald's que caracterizavam o "imperialismo americano", uma ameaça às tradições culinárias da Europa. O hambúrguer foi visto como uma ameaça para os jovens e responsável por toda desordem nutricional, sendo que a pizza já tinha atingido seu apogeu na Europa, sendo comercializadas em padarias, mercearias e por vendedores ambulantes, mas ainda assim, escapava da maioria das críticas (Fischler, 1998).

Em sentido oposto, Franco (2004) defende que o *fast food* não pode ser considerado mero indício de regressão alimentar, pois apresenta um aspecto funcional inegável: satisfaz a necessidade atual de rapidez e responde à demanda de relações impessoais decorrentes da cultura urbana e do seu ritmo. Para o autor, sua proliferação se justifica também pela emancipação e autonomia financeira da juventude, pela distância entre a casa e os locais de trabalho, estudo e lazer, como pela dificuldade em conciliar horários em que todos os membros da família possam realizar as refeições juntos. Além disso, o referido autor considera que, para o jovem comer fora de casa é sinal de independência.

O que fica claro dentro desse panorama do processo de modernização e ampliação das transformações sociais e práticas alimentares é que, tanto os sistemas familiares, como a sociedade em geral, tiveram que utilizar funções de auto-organização para adaptarem-se ao movimento histórico. Desse modo, pelo dinamismo de todo processo social uma regressão ao estágio anterior do desenvolvimento seria irreversível.

Hábitos alimentares no Brasil e suas implicações

Até agora ficou evidente que a alimentação é uma necessidade básica permeada por processos históricos referentes ao desenvolvimento econômico, cultural e demográfico de cada nação. Assim, o ato de comer não representa apenas o fato de reunir elementos nutritivos

importantes para o organismo, mas antes de tudo, é um ato social que expressa o mundo da necessidade, da liberdade e da dominação (Tonial, 2001).

Para Philippi (2008) os hábitos alimentares podem ser entendidos como as preferências alimentares que fazem parte da cultura de um povo e são estabelecidos na infância, tornando-se comuns no decorrer da vida. Fischler (1998) também acredita que a socialização alimentar começa na infância, através da família, onde o bebê é estimulado a experimentar alimentos dentro da cadeia alimentar da cultura na qual está inserido. Ou seja, a constituição dos hábitos alimentares tem seu começo no momento em que as práticas de alimentação familiares começam a ser percebidas pela criança. O crescente acesso das mulheres, nos países desenvolvidos do Ocidente, à atividade profissional tornou o tempo doméstico precioso. Além disso, o homem de maneira geral, não tem uma participação maior do que anteriormente nas tarefas de casa (Jablonsky, 2007). Simultaneamente, os equipamentos das cozinhas evoluíram, como as geladeiras, forno microondas, liquidificadores, batedeiras e panelas de pressão, simplificando o trabalho. A mecanização dos trabalhos domésticos refletiu-se nos atuais tipos de hábitos alimentares e na estrutura da vida familiar e social moderna.

A atitude frente ao alimento deve ser orientada para uma escolha acertada, plena aceitação e consumo consciente. O comportamento alimentar é um processo que constitui um conjunto de ações realizadas com relação ao alimento. Este tem início no momento da decisão, disponibilidade, modo de preparo, tipos de utensílios utilizados, horários e divisão da alimentação nas refeições ao dia, encerrando com o alimento sendo ingerido (Philipp, 2006).

O avanço da economia no Brasil é um marco importante na história da alimentação no país, pois o primeiro salário mínimo instituído em 1940, por Getúlio Vargas, teve como base de cálculo o que se convencionou em chamar de cesta básica. Na economia brasileira o processo de industrialização teve seu crescimento a partir da década de 70. Acrescenta-se ao

contexto econômico atual e do final do século XX o Plano Real, que deu início a fortes mudanças na economia e propiciou um aumento real do poder de compras. O sistema capitalista de produção, a economia de mercado e a urbanização induziram uma mudança nos padrões de vida e comportamentos alimentares das populações, principalmente devido à rapidez e à facilidade com que o brasileiro absorve itens das culturas americanas e européias por serem considerados modos de vida “superiores” (Tardivo & Falcão, 2006; Ansaloni, 2008).

No Brasil, com base nas Pesquisas de Orçamento Familiar (2004), do IBGE, realizadas em 1960, 1980 e 2004 verificou-se que as mudanças no padrão alimentar do brasileiro, nos últimos 30 anos, abrangeu toda a população urbana do país. A taxa de obesidade e sobrepeso na população brasileira atinge 40,6% da população adulta, sendo 11% desses (10,5 milhões) de obesos. A incidência de indivíduos com sobrepeso ou obesos é maior em pessoas com menor ou nenhuma escolaridade.

Isto se explica porque, nos países em desenvolvimento, o tipo de alimento consumido na zona rural apresenta-se diferente daqueles consumido na zona urbana, numa relação diretamente proporcional ao poder aquisitivo ou ao nível socioeconômico. A população urbana de baixa renda apresenta uma ingestão calórica inferior quando comparada à população rural. A população urbana de baixa renda acaba consumindo maior quantidade de alimentos processados, como é o caso da salsicha e da linguiça, ou seja, elege os alimentos que conferem uma sensação máxima de saciedade, sendo palatáveis e ao menor custo. Deve-se também considerar os avanços na tecnologia de conservação, armazenamento e transportes de alimentos que, superando as fronteiras, distribui pelo mundo enlatados, conservas, refrigerantes, ketchup, hambúrgueres, pizzas (Tardivo & Falcão 2006).

De acordo com Garcia (2003, p.4) a empresa de pesquisa de mercado *Datamark Ltda-Market Intelligence*, a qual se utiliza de embalagens para fazer suas estimativas, diz que

houve um incremento importante na produção dos embutidos, principalmente a salsicha e a linguiça que, durante a década de 80, tiveram sua produção duplicada. Até 1996 foi multiplicada por 2,8 e 2,3, totalizando uma produção anual de 221.588 toneladas de salsichas e 238.866 toneladas de linguiça. Os alimentos congelados cresceram 126% no período de 1990 a 1996 (totalizando, em 1996, uma produção de 46.141 toneladas). Em 1980, eram produzidas 20.095 toneladas de salgadinhos industrializados; em 1996 esta produção foi 6,2 vezes maior. A produção de refrigerante cresceu nos últimos dez anos 90%; e de 1990 a 1996 a produção de biscoitos aumentou 108%.

É nesse contexto que o aumento da prevalência da obesidade no Brasil torna-se ainda mais preocupante, ao se verificar que este aumento, apesar de estar distribuído em todas as regiões do país e nos diferentes extratos socioeconômicos da população, é proporcionalmente mais elevado entre as famílias de baixa renda (Monteiro & Conde, 1999). Embora a concentração de renda no Brasil não permita falar em mercado homogêneo, nas duas últimas décadas houve predomínio no consumo de alimentos industrializados, comprados em supermercados, em todas as classes de rendas (Tardivo & Falcão, 2006).

Ansaloni (2008) fez uma tentativa de explicar o aumento da obesidade na classe social de menor renda ao considerar que o contexto em que está inserida uma grande parcela da população infantil brasileira permanece menos horas por dia em escolas públicas, enquanto seus responsáveis passam mais tempo fora de casa, entre trabalho e longos deslocamentos. Assim, os riscos da vida moderna mantêm essas crianças em casa, com pouca atividade física, suscetíveis às influências de uma TV que se tornou uma espécie de babá e professora.

As mudanças ocorridas também contaram com a colaboração dos interesses das grandes indústrias em aumentar sua lucratividade, proporcionando um investimento maior no cenário de produtos voltados para a clientela infantil. McNael (1990) assinalou que uma pesquisa, em 1984, com os maiores varejistas dos EUA, revelou que somente 1/3 dos

entrevistados buscavam atrair crianças como consumidores e aplicavam políticas e práticas de *marketing* aos clientes infantis. Em 1991, o estudo foi reaplicado e os resultados revelaram um aumento significativo nos interesses e investimentos desses varejistas para clientela infantil.

Ainda nesse cenário, em 1984, 32% dos empresários do setor de supermercados foram considerados orientados para o público infantil ou com ações diretamente voltadas a atender esse mercado. Em 1991, 78% desses empresários foram classificados como orientados inclusive para o mercado infantil (McNael, 1990). Embora não existam estatísticas sobre a situação no Brasil, indicadores como renda per capita, população e PIB fornecem uma idéia próxima a quatro bilhões de dólares destinados somente a compras diretas infantis e 120 bilhões em produtos adquiridos sob sua influência (Ansaloni, 2008).

O mesmo autor afirmou que as crianças possuem um inegável prazer ao assistir comerciais de televisão. Portanto, quanto mais jovem a criança, menos ela se cansa com a repetição desses comerciais e mais acredita no que está vendo, tentando cumprir o que o anúncio lhe sugere. Assim, repetir por diversas vezes o comercial de TV aumenta sua preferência pelo produto anunciado. Na mesma linha de análise, comerciais de TV aos quais as crianças são favoráveis podem alterar substancialmente suas preferências por categoria de produto e, assim, suas escolhas.

Estudo conduzido por McNeal (1990) salientou que crianças entre 6 e 11 anos assistem à televisão por três horas diárias, em média, que consiste em uma porção considerável de seu tempo livre. Crianças pertencentes a famílias de renda mais baixa assistem mais à TV em relação às crianças de famílias de classes média e alta. Ainda assim, deve-se reconhecer a importância das preferências individuais passíveis da influência de experiências alimentares positivas e negativas vividas no cotidiano, na gênese da obesidade.

À medida que a criança amplia seu leque de socialização, também se multiplicam as influências advindas dos tempos atuais.

Dentre as possíveis influências, a mídia é considerada um meio de comunicação importante na formação dos hábitos alimentares infantis. No Brasil, um estudo realizado em São Paulo, em 2002, revelou que 27,5% dos comerciais no horário classificado como apropriado para o público infantil abordavam gêneros comestíveis industrializados, na seguinte ordem de distribuição do conteúdo: gorduras, óleos, açúcares e doces: 57,8%; pães, cereais, arroz e massas: 21,2%; leite, queijos e derivados: 11,7%; carnes, ovos e leguminosas: 9,3% (Almeida, 2002).

Halpern (2004), em outra pesquisa realizada em 2004, gravou a programação de três emissoras de televisão aberta durante exibição de desenhos animados, programas de auditório e novelas por 30 dias. Os comerciais de alimentos constituíram a maioria dos anúncios (22%), à frente até das propagandas de brinquedos (15%). Entre os alimentos anunciados, guloseimas como bolachas, doces e balas figuravam em primeiro lugar.

Em um dos seus trabalhos, na década de 1970, Piaget afirmou que crianças entre 2 e 7 anos de idade são mais sensíveis às influências externas e mais receptivas à propaganda, visto que suas estruturas cognitivas estão em formação. Nesse período são fortemente influenciadas por imagens e processos simbólicos, inclusive a propaganda, e começam a fazer julgamentos sobre produtos que elas usariam no futuro (Piaget, 1970).

Para compreender melhor o intercâmbio que a família estabelece com o meio, McNeal (2000), explicou as cinco etapas do desenvolvimento do comportamento de consumidor nas crianças que justificam o investimento das empresas neste público:

Etapa	Média de idade	Características
Observação	Dois meses	Por meio dos sentidos e da influência dos pais, a criança começa a formar suas próprias impressões sobre o mundo mercantil como fonte de produtos que satisfazem suas necessidades. Destacam-se os produtos essencialmente comestíveis.
Pedido	Dois anos	Desenvolvimento da capacidade de pedir artigos de consumo, principalmente produtos alimentícios.
Seleção	Três anos e cinco meses	Por seus próprios esforços, as crianças passam a querer produtos que satisfaçam suas necessidades de uma fonte comercial.
Co- aquisição	Cinco anos e cinco meses	Primeiras compras (intercâmbio) de um produto sem a efetiva ajuda dos pais.
Aquisição	Oito anos	Completa independência no ato de comprar

Compreendendo as etapas de desenvolvimento acima descritas por McNael (2000), ficam evidenciadas as razões dos investimentos nos produtos direcionados para a infância. A criança se insere no meio social e passa a influenciar o consumo da família numa via de mão dupla. As dificuldades do sistema familiar nesse intercâmbio com o meio acontecem quando o direcionamento do consumo se dá através da sedimentação de hábitos inadequados, formando, estrategicamente, consumidores fiéis por longos períodos de tempo.

Complementando o poder da mídia e da propaganda, Wiecha (2006, p. 438) falou do impacto da televisão na vida da criança, dizendo:

Assistir à TV é um fator de risco para o excesso de peso por dois motivos: (1) uso sedentário do tempo e (2) eficácia da TV em fazer as crianças comerem

alimentos que são anunciados, aumentando seu consumo total de calorias. Cada hora diante da televisão pode ser associada a um aumento de 167 kcal no consumo diário, o mesmo que as calorias de um copo de refrigerante ou de uma porção de salgadinhos.

Soma-se às questões discutidas até agora na instalação da obesidade, a redução da atividade física. De acordo com Bracco (2008), os seres humanos tiveram uma drástica redução do gasto calórico devido ao progresso tecnológico. Ainda, segundo a autora, vários estudiosos das áreas de biologia e antropologia concordam que, nos últimos 50 mil anos, o genoma humano apresentou mínimas alterações. Verificaram também que civilizações ancestrais de caçadores e agricultores apresentavam uma média de ingestão calórica de 3.000 kcal contra 1.000 kcal, despendidas sob a forma de atividade física. Após o processo de industrialização, a média de ingestão caiu para 2.100 kcal e de gasto energético para 300 kcal diariamente.

Acredita-se que tal alteração no estilo de vida das populações contribui para o aumento do acúmulo de gordura nos indivíduos. As pessoas trocaram o caminhar e subir escadas pelo uso de automóveis, elevadores e escadas rolantes. A isto, alia-se a falta de segurança e de espaços públicos para o relacionamento e a recreação, gerando uma estrutura que provoca a exclusão, levando, cada vez mais, as pessoas para dentro de suas casas buscando opções de lazer como o videogame, o computador e a televisão, proporcionando o aumento da vida sedentária, afetando não somente os adultos, mas principalmente, as crianças.

Molina e Zanella (2005) acreditam que a prática da atividade física pode colaborar para o equilíbrio da massa corpórea evitando o acúmulo ou excesso da mesma. Como benefício salientam a redução do risco cardiovascular, muito comum na população de obesos. A prática de exercícios melhora o controle glicêmico e a sensibilidade à insulina contribuindo,

assim, para a redução da pressão arterial e para prevenção do diabetes tipo 2. No outro eixo, um dos fatores de risco são as lesões musculoesqueléticas, pois o excesso de peso impõe maior carga sobre as articulações, ossos e outras partes. Portanto, os mesmos autores sugerem uma avaliação médica que adapte cada indivíduo e suas limitações a uma atividade recomendada.

Outro ponto para reflexão é o papel da escola no ensino-aprendizagem das práticas alimentares. Estudo realizado por Gaglianone (1999) demonstrou que o âmbito educacional estava caracterizado pela má qualidade de ensino e pela falta de acesso correto ao uso social da informação, no qual os conteúdos de educação nutricional, nos currículos das escolas fundamentais, encontravam-se incompletos e desatualizados, fornecendo conceitos errados sobre alimentação e o papel preventivo das doenças. Já em outro estudo realizado por Megid e Fracalanza (2003), os mesmos observaram que, no campo da alimentação, há uma inadequação dos livros didáticos em não tratar de forma contextualizada o novo perfil de dieta da população brasileira, além de gerar informações incorretas em relação aos conceitos básicos dos grupos alimentares para uma dieta saudável dos escolares. Acredita-se que o material escolar deve ser coerente com a proposta pedagógica do ensino e levar a comunidade escolar a se sentir motivada a refletir sobre o significado da saúde, discutindo sobre prevenções, causas e possíveis soluções para uma vida de qualidade.

Outro fator importante que faz parte desse panorama alimentar ao qual a família encontra-se exposta são as contradições sociais presentes na cultura. Enquanto se estabelecem programas incentivando hábitos alimentares e estilo de vida saudável, não se deixa de comemorar os finais de semana com a feijoada do sábado e o churrasco do domingo, sem contar que todo prazer e desprazer de um acontecimento na vida das pessoas, pode ser compensado com uma bebida, um doce ou um chocolate (Freitas, 2004).

Diante do que foi exposto, observa-se que o ser humano é descendente de uma espécie que se alimentava em demasia por conta dos longos períodos de jejuns. Com a evolução da espécie e dos modos de vida, os indivíduos tiveram que adaptar-se as novas maneiras de existência, que por um lado já não oferece períodos de carência alimentar e, por outro, tem que conter a ingestão dos excessos. A proliferação dos *fast-foods*, maus hábitos alimentares, o papel da mídia que cada vez mais atua como propagadora de estímulos excessivos e prejudiciais, vinculados ao estilo de vida urbano e moderno contribuem para a manifestação da epidemia da obesidade. Nesse contexto, as crianças são mais suscetíveis a influências, principalmente quando inseridas em um sistema familiar e social de poucos estímulos saudáveis que favoreçam o seu desenvolvimento.

Considerações Finais

Não há dúvida que a alimentação é essencial à sobrevivência do homem. É um ato inscrito na origem cultural humana desde os registros remotos da civilização. Apesar da existência de relatos a partir da fase Paleolítica sobre a prevalência da obesidade, a mesma nunca se apresentou em grau epidêmico como na atualidade. Hoje, tanto os países desenvolvidos como os países em desenvolvimento apresentam uma crescente preocupação acerca da prevalência da obesidade.

Os modos de vida foram modificados profundamente pelo progresso da urbanização, industrialização, profissionalização das mulheres, elevação do nível de vida e de educação. Outras mudanças sociais também contribuíram para o avanço da obesidade, como a transição alimentar que atingiu seu apogeu através do aumento da renda média *per capita* e diminuição dos preços de alimentos ricos em gorduras e açúcares.

Nesse contexto, o sistema familiar teve que se adaptar às modificações geradas pelos novos modos de viver, como foi o caso da emancipação feminina, bem como o trabalho fora de casa em que o tempo de preparo à disposição para aprontar os alimentos reduziu-se,

levando ao aumento das ofertas e da demanda por comidas já prontas ou de preparação rápida, baratas e saborosas. Desse modo, ocorreu uma simplificação e homogeneização dos processos culinários e dos alimentos servidos acarretando em uma desritualização dos elementos de comunicação e intercâmbio humano às refeições.

A indústria, sabidamente, assumiu uma posição crescente na oferta de produtos na área alimentar, condicionando as exigências dos consumidores através da publicidade e de técnicas de mercado persuasivas, principalmente de produtos referentes à população infantil. Elas perceberam que as crianças são mais receptivas a incorporar comportamentos aos quais estão expostas e, em um movimento de causalidade circular, acabam influenciando as escolhas da família.

Percebe-se que o papel da escola é importante no desenvolvimento de uma alimentação adequada, visto que ela é peça fundamental por exercer o papel de educadora. Mesmo diante do conhecimento de informações desatualizadas presentes nos livros didáticos no Brasil, no que se refere aos alimentos, a escola e seus atores sociais continuam constituindo um espaço com condições de inspirar mudanças no comportamento e atitudes das crianças e de suas famílias.

Os hábitos sedentários também encontram papel importante na instalação da obesidade e, no que se refere às crianças, observa-se, cada vez mais, a tendência por divertimentos sedentários. O desenvolvimento tecnológico trouxe uma diminuição da necessidade de se mexer, gastar energia, e as classes desfavorecidas socialmente acabam sendo mais afetadas devido ao tempo gasto diante da televisão por ser um divertimento mais acessível. Isto não quer dizer que a obesidade não afete também as classes média e alta da população.

Nesse cenário, o lazer ativo que promova gasto de energia em praças e locais estruturados e com segurança aparece como um problema das cidades maiores pois, para promover uma melhoria nas condições sociais e ambientais, é sabido que há uma necessidade

de investimento de políticas públicas eficazes e isto não depende apenas do querer das famílias.

No entanto, acredita-se que famílias, escolas, comunidades e profissionais de saúde são capazes de desenvolver ações integradas de conhecimentos e habilidades para a vida, proporcionando atuações de baixo custo e com amplo acesso a todas camadas sociais, orientando reflexões críticas que possam auxiliar na prevenção da obesidade infantil.

REFERÊNCIAS

- Almeida, S. S. (2002). Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira [Versão eletrônica]. *Revista de Saúde Pública*, 36 (3), 353- 355.
- Ansaloni, J. A. (2008). Propaganda, transição nutricional e segurança alimentar na sociedade brasileira. In: Taddei, J. A. A. C. (org.). *Jornadas científicas do NISAN: Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional 2006/2007*. (pp. 19- 32). Barueri, São Paulo: Minha Editora.
- Ariès, P. (2006). *História social da criança e da família* (2a ed.). (D. Flaksman. Trad.). Rio de Janeiro: LTC. (Obra original publicada em 1960).
- Assumpção, F. B. J. (2004). A questão da beleza ao longo do tempo. In: Salvador, B. R. (Org.). *Anorexia, bulimia e obesidade*. (pp. 01-12). São Paulo: Manole.
- Bracco, M. M. (2008). Atividade física como instrumento de promoção de saúde e cidadania. In: Taddei, J. A. A. C. (org.). *Jornadas científicas do NISAN: Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional 2006/2007*. (pp. 251- 263). Barueri, São Paulo: Minha Editora.
- Collip, P. J. (1977). Diagnóstico diferencial de obesidade infantil. In: Collip, P.J (Org.) *Tratamento da criança obesa*. (pp. 27-46). (Arantes, U. C. Trad.). São Paulo: Manole.
- Espaço Ciência Viva (2010). *Quando a alimentação vira um problema de saúde pública*. Recuperado em 06 de setembro, 2010, de <http://www.cienciaviva.org.br/arquivo/cdebate/003nutricao/index.html>
- Fisberg, M. (2004). Primeiras palavras: uma introdução ao problema de peso excessivo. In Fisberg, M. (Org.) *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. (pp. 01-09). São Paulo: Editora Atheneu.
- Fischler, C. (1998). A “Mcdonaldização” dos costumes. In: Flandrin, J.L., & Montanari, M. (Orgs.) (Machado, L. V., & Texeira, G. J. F. Trad.). *História da alimentação*. (pp.841-862). São Paulo: Estação Liberdade.
- Franco, A. (2004). *De caçador a gourmet: uma história da gastronomia* (3ª ed.). São Paulo: Editora Senac.
- Freitas, K. M. C. (2004). *Obesidade, mulher e família*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
- Gaglianone, C. P. (1999). *Estudo do conteúdo relacionado à nutrição em livros didáticos de ciências utilizados no ensino médio fundamental brasileiro*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Garcia, R. W. D. (2003). Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana [Versão eletrônica]. *Revista Nutrição*, 16 (4), 483-492.

- Halpern, G. (2004). *Comerciais veiculados em programação infanto-juvenil de canais abertos de TV e sua relação com escolha de alimentos em amostras de escolares*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Harvey, D. (1996). *Condição pós-moderna* (6a ed.). São Paulo: Layola.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004). *Pesquisa de orçamento familiar* (Comunicação social do IBGE/2004). Recuperado em 06 de setembro, 2010, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=171
- Jablonsky, B. (2007). O cotidiano do casamento contemporâneo: a difícil e conflitiva divisão de tarefas e responsabilidades entre homens e mulheres. In: Feres, C. T. (Org.). *Família e Casal: saúde, trabalho e modos de vinculação*. (pp. 203-228). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Levenstein, H. A. (1998). Dietética contra gastronomia: tradições culinárias, santidade e saúde nos modelos de vida americanos. In: Flandrin, J.L., & Montanari, M. (Orgs.) (Machado, L. V., & Texeira, G. J. F. Trad.). *História da alimentação*. (pp. 825- 840). São Paulo: Estação Liberdade.
- Megid, J. N., & Fracalanza, H. (2003). O livro didático de ciências: problemas e soluções [Versão eletrônica]. *Ciência & Educação*, 9 (2), 147-157.
- Molina, S. J., & Zanella, M. T. (2005). Atividade física no tratamento da obesidade. In: Claudino, A. M., & Zanella, M. T. (Orgs.). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. (pp. 253- 258). São Paulo: Manole.
- Monteiro, C. A. & Conde, W. L. (1999). A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997 [Versão eletrônica]. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia*, 43, 186-194.
- McNael, J. (1990). *Children as consumers: insight and implications*. Lexington: Lexington Books.
- McNael, J. (2000). *Children as consumers of commercial and social products*. Washington: OPAS.
- Perlès, C. (1998). As estratégias alimentares nos tempos pré-históricos. In: Flandrin, J.L., & Montanari, M. (Orgs.) (Machado, L. V., & Texeira, G. J. F. Trad.). *História da alimentação*. (pp. 36- 53). São Paulo: Estação Liberdade.
- Piaget, J. (1970). *O nascimento da inteligência da criança* (Cabral, A. Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Philippi, S. T. (2008). Estratégias de intervenção nutricional para promoção da saúde e redução do risco de anemia carencial- o papel da educação nutricional. In: Taddei, J. A. A. C. (Org.). *Jornadas Científicas do NISAN: Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional 2006/2007*. (pp. 125- 140). Barueri/São Paulo: Minha Editora.

- Ramos, P. & Storel, A. O. J. (2001). O açúcar e as transformações nos regimes alimentares [Versão eletrônica]. *Cadernos de Debate*, 8, 36-55.
- Setian, N. (2007). Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento. In Setian, N. (Coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 01-05) São Paulo: Rocca.
- Tardivo, A. P. & Falcão, M. C. (2006). O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade [Versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21 (2), 117-124.
- Tonial, S. R. (2001). *Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância*. [Cartilha] Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).
- Wiecha, J. L. (2006). When children eat what they watch: impact os television viewing on dietary intake in youth. *Arh Peditr Adolesc Med*, 160, 436-442.
- Organização Mundial de Saúde (2006). *Obesidade e Sobrepeso*. Recuperado em 31 de Agosto de 2010 em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

TEORIA SISTÊMICA APLICADA À FAMÍLIA COM CRIANÇA ACOMETIDA PELA OBESIDADE INFANTIL

Priscilla Machado Moraes

Cristina Maria de Souza Brito Dias

Universidade Católica de Pernambuco

Resumo:

A obesidade infantil vem aumentando significativamente em nossa sociedade. É considerada uma doença multifatorial e vem chamando cada vez mais a atenção da população devido ao impacto que causa na vida dessas crianças. Acreditando que a organização e a dinâmica familiar são fundamentais no desenvolvimento do indivíduo, o objetivo desta pesquisa foi, portanto, identificar no contexto familiar, à luz da Teoria Sistêmica, indicadores da dinâmica familiar que podem estar contribuindo para a instalação e a manutenção da obesidade na infância. Participaram seis mães e uma avó de crianças, na faixa etária entre 8 a 10 anos incompletos, que se encontravam em atendimento no ambulatório de Obesidade Infantil do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), na cidade do Recife. Foi utilizada uma entrevista com roteiro previamente estabelecido e, posteriormente, os resultados foram discutidos com base na análise de conteúdo temática. Pôde-se concluir que todos os membros do sistema estão implicados na instalação da obesidade, através da rejeição materna, compensada por superproteção alimentar, conflitos conjugais, e interferência das avós na alimentação dos netos, o que demonstra confusão na hierarquia. Sua manutenção está relacionada à dificuldade de resistir ao consumismo alimentar advindo do meio; a não adesão ao tratamento por parte de alguns familiares e a falta de limites presente na educação das crianças.

Palavras chaves: Obesidade Infantil; Família; Teoria Sistêmica.

Abstract

Childhood obesity has increased significantly in our society. It is considered a multifactorial disease and is drawing increased attention from the population due to the impact they cause on these children. Believing that the organization and family dynamics are crucial in the development of the individual, the objective was therefore to identify the family context, in light of the Systemic Theory, indicators of family dynamics that may be contributing to the installation and maintenance of obesity in childhood . The participants were six mothers and one grandmother of children, aged between 8-10 years of age, who were in the outpatient clinic of Childhood Obesity Institute of Medicine Professor Fernando Figueira (IMIP) in the city of Recife. We used an interview with previously established questions, and subsequently the results were discussed based on thematic content analysis. It can be concluded that all members of the system are involved in the installation of obesity, through the maternal rejection, overprotection offset by food; marital conflict; interference from grandparents in the feeding of grandchildren, which shows confusion in the hierarchy. Their maintenance is related to the difficulty of resisting consumerism food coming from the middle; to non-adherence to treatment by some relatives and the lack of limits in the education of children.

Keywords: Childhood Obesity; Family; Systemic Theory.

Introdução:

Os questionamentos a respeito da ciência positivista começaram a surgir no início do século XX. Assim, os princípios da ciência clássica baseados na simplicidade (analisar ou separar em partes o objeto complexo), estabilidade (a crença em que o mundo é estável e, portanto, previsível, reversível e controlável) e objetividade (a crença de que é possível conhecer objetivamente o mundo tal como ele é na realidade e a declaração da objetividade como critério de cientificidade), já não davam mais conta de explicar os acontecimentos, sendo considerados insuficientes para o conhecimento da natureza do fenômeno (Dias, 2009).

A Teoria Geral dos Sistemas (TGS) surgiu como a primeira tentativa de desenvolvimento das idéias sistêmicas como um novo quadro de referência do conhecimento científico. Elaborada, no início da década de 20 pelo biólogo alemão Ludwid Von Bertalanfly, mas somente divulgada em 1940. Foi concebida não para ser uma nova disciplina e sim uma nova perspectiva geral para as ciências. Possui suas bases na biologia, em formulações acerca da organização e do funcionamento dos sistemas vivos contemplada pela teoria dos sistemas abertos, isto é, sistemas em processo constante de trocas com o meio ambiente (Vasconcellos, 2009).

Aun, Vasconcellos e Coelho (2005) consideram o pensamento sistêmico como o novo paradigma da ciência contemporânea emergente, uma vez que ultrapassa os pressupostos acima citados da ciência tradicional, do pensamento linear, simplificador das complexidades, para um pensamento no qual o mundo passa a ser encarado em termos de sistemas, um conjunto de elementos em interação. O novo paradigma assume três novos pressupostos:

a) *Paradigma da complexidade*: considerado um importante pressuposto epistemológico, pelo seu reconhecimento dentro da ciência e sua utilização constante, neste início de século XXI. Durante muito tempo, a meta do conhecimento científico era a de dissipar a aparente complexidade dos fenômenos, a fim de revelar uma ordem simples a que eles obedeceriam,

no entanto, esse modelo simplificador encontrou seus próprios limites. De acordo com Morin (1990), a palavra complexidade refere-se a um conjunto cujos constituintes heterogêneos são inseparavelmente associados e integrados, sendo ao mesmo tempo uno e múltiplo. b) *Paradigma da instabilidade*: a crença num mundo estável, ordenado, em que os fenômenos se repetem com regularidade foi revista e hoje teóricos que adotam o pensamento sistêmico pensam em um mundo instável, em transformação contínua e formado por constante auto-organização. A tendência à desordem trouxe o reconhecimento do devir, que significa vir a ser, ou seja, um mundo em processo de tornar-se (Vasconcellos, 2009). Dessa maneira, a instabilidade dos fenômenos no mundo e o dinamismo de suas relações, nos levam a conviver com situações que não podemos prever e com acontecimentos cuja ocorrência não podemos controlar, assumindo a instabilidade, a imprevisibilidade e a incontrolabilidade do sistema c) *Paradigma da intersubjetividade*: é condição de construção do conhecimento do mundo e o reconhecimento da impossibilidade de um conhecimento objetivo deste. Aqui a realidade passa a ser considerada uma construção de um grupo de observadores, quando eles compartilham suas experiências individuais e definem, por consenso, o que vão tomar como realidade, ou seja, múltiplas versões da realidade em um espaço consensual com diferentes domínios linguísticos de explicações.

Partindo dessa perspectiva, Aun et al (2005) pontuam que o cientista ou profissional é novo-paradigmático ou sistêmico quando assume sua forma de estar e agir no mundo pensando suas próprias distinções que fazem emergir a realidade com que trabalha. Ele distingue a complexidade ao colocar o foco nas conexões e fazer surgir a realidade; a instabilidade assumindo ser impossível prever ou controlar seu funcionamento e a intersubjetividade com a crença em que a realidade é construída por nós, no entrecruzamento de nossas subjetividades.

Trata-se de uma epistemologia que traz definitivamente para o âmbito da ciência o observador, o sujeito do conhecimento. Adotar uma visão sistêmica e ultrapassar a visão de mundo tradicional implica rever uma única convicção possível: a da inexistência da realidade e da verdade (Vasconcellos, 2009). Assim, além de influir sobre as percepções, os paradigmas também influenciam as ações auxiliando na formação ou modificação da forma de pensar.

A maneira de pensar o mundo e as relações torna a Teoria Sistêmica de grande valor para as ciências humanas, especialmente no trabalho com as famílias. Nesta, o foco do trabalho clínico deixa de ser o intrapsíquico apenas e passa para o entendimento do que se passa a nível inter-relacional. É interessante ressaltar que, no campo da psicologia, a teoria sistêmica foi apresentada e introduzida a partir da terapia familiar.

A Teoria Sistêmica privilegia a compreensão dos indivíduos através do estudo das suas relações com o meio social e o familiar, entendendo a família como uma organização, a partir dos seguintes elementos: a) conexões entre as pessoas (o que é chamado de fronteiras), b) padrões de funcionamento familiar, c) regras implícitas e explícitas, que orientam as interações, bem como a natureza dos limites. De acordo com esta teoria, é possível identificar as habilidades e a eficácia de cada família para resolver os conflitos e para criar regras (Osorio, 2004).

Osorio e Valle (2002) consideram a família uma unidade sistêmica, mantida pela interação mútua entre suas partes, sendo constituída e responsável pelo desenvolvimento de três tipos de subsistemas que estruturam e definem suas funções: conjugal, parental e fraternal ou filial. Eles operam através de padrões transacionais nos quais as transações repetidas estabelecem protótipos de como, quando e com quem interagem os indivíduos.

Considerando o sistema como um conjunto de elementos em estado de interação, as fronteiras (limites, regras e padrões decorrentes de negociações) entre os subsistemas são concebidas como um aspecto da relação do sistema com seu ambiente, elas são dinâmicas e

permitem traçar com precisão os limites do sistema. De acordo com Vasconcellos (2009, p. 127), elas não são entendidas como barreiras, mas como um “lugar de relação” ou o “lugar de trocas” entre sistema e ambiente.

Desta maneira, o grupo familiar pode, então, ser assimilado a um conjunto que funciona como uma totalidade onde as particularidades dos seus membros não bastam para explicar o comportamento do conjunto familiar. Nesse sentido, Mello e Tavares (2004) ressaltam a importância da complementaridade dos comportamentos no grupo familiar, através da qual o estado de um membro considerado “doente” não pode destacar-se do contexto familiar, salientando que qualquer agravamento ou melhora no seu estado acarreta reações na saúde dos outros membros da família. Assim, pensar a instalação e a manutenção da obesidade na infância demanda uma compreensão em torno de como essas famílias se organizam diante do problema.

Teoria Sistêmica aplicada à obesidade infantil

Todo indivíduo possui uma necessidade de diferenciação, de auto-expressão dentro do sistema familiar. Para tanto, é importante que este sistema seja acolhedor e esteja coeso nas suas relações para que seus membros, aos poucos, se tornem independentes em seu funcionamento psíquico e social. Isto vai permitir que cada um tenha condições de formar seu próprio sistema familiar.

Autores como Andolfi, Angelo, Menghi e Corigliano (1984, p. 18), descrevem uma progressão gradual no desenvolvimento psicológico do indivíduo, que vai de um estado de fusão/indiferenciação para um estado de separação e individuação cada vez maior. Esta rota é determinada não apenas por estímulos biológicos e pela interação mãe-filho, mas também pelos processos interativos no interior do sistema familiar (Mahler 1952, como citado em Andolfi et al. 1984).

Minuchin (1982) acredita que esses processos interativos no interior da família são provenientes dos seus padrões transacionais; estes regulam os comportamentos dos membros da família reforçando o sistema. Sendo a família o primeiro grupo social do qual se faz parte não se pode esquecer que ela encontra-se inserida dentro de um contexto sociocultural maior e que enfrenta, a cada tempo, os problemas inerentes à sociedade da qual faz parte.

Acredita-se que em algumas famílias as dificuldades relacionais possam gerar impasses no vínculo entre pais-filho(a), acarretando a instalação e a manutenção da obesidade. Parece que ter um filho(a) é uma questão muito importante para muitos casais, o que não significa que não existam dificuldades e sentimentos ambíguos com relação à maternidade e/ou paternidade. Eles podem se originar e se desenvolver na relação inicial dos futuros pais, com seus próprios pais, principalmente se houver conflitos e questões não elaboradas entre eles.

Por isso, a marca familiar será determinante no desenvolvimento do indivíduo e na sua autonomia individual que pode ser influenciada desde a infância. Como também, o percurso do seu futuro poderá ser analisado de acordo com a diferenciação dos pais e do clima emocional predominante na família de origem destes (Bowen, 1978, como citado em Andolfi et al. 1984).

Os autores acima citados acreditam que a ligação estrutural que ajuda a determinar a autonomia individual em cada membro da família é caracterizada pela relação triangular entre os pais e a criança, ou seja, relacionamentos importantes que são encobertos por um terceiro participante, servindo de confrontação para transações entre as outras suas partes. A partir das interações familiares é que cada indivíduo experimentará o que é possível dentro dessa relação e assim é criada a base da unidade sistêmica (Dias, 2009).

McDaniel, Hepworth e Doherty (1994) salientam que, em algumas famílias, o excesso de peso do indivíduo se incorpora aos padrões de interação familiar sem problemas e, nessa

situação, a família tende a ser apoiadora, não se sentindo ameaçada. Em outros casos, a família organiza-se em torno da obesidade de modo disfuncional, acarretando problemas psicológicos, como a incapacidade para efetuar transições na vida.

Como resultado da convivência e das negociações entre seus membros, a família desenvolve padrões e regras de interação de comportamentos que são as fronteiras, podendo variar da rigidez à permeabilidade. Bem definidas, ajudam a manter uma separação, porém, também um senso de “pertencer”, ao tornar claros os papéis e as expectativas. As denominadas **nítidas** significam que a família é funcional, e que os subsistemas se comunicam entre si, cumprem suas funções e não interferem nos espaços uns dos outros (Minuchin, 1982). No tratamento da criança obesa toda família auxilia no suporte à criança incentivando as investidas de perda de peso e melhora na qualidade de vida.

Ao contrário, nas fronteiras muito **rígidas** ou **desligadas**, podem ocorrer desconexões, pois os membros têm um senso de sua individualidade, mas pouco senso de pertencer a um grupo familiar. Desse modo, a comunicação fica difícil e as funções protetoras prejudicadas (Minuchin, 1982). Na família com uma criança obesa enquanto os demais irmãos estão dentro do peso desejável, estes podem não querer colaborar com as modificações dos alimentos, dificultando assim a adesão da criança obesa a novos hábitos alimentares.

Por outro lado, algumas famílias giram em torno de si mesmas para se desenvolver, ou seja, todos se misturam em seus próprios papéis. Minuchin (1982) nomeou essas fronteiras de **difusas** ou **emaranhadas**. Os integrantes da família se tornam preocupados e envolvidos com todos e com cada um, levando a uma superproteção e dificuldades de separação. Por exemplo, a obesidade pode se repetir numa família e por várias gerações servindo como forma de autodefinição e lealdade a seus membros.

Bruch (1973) e Minuchin (1982) descrevem as características de uma perturbação interacional nas famílias com organização psicossomática como: pais superprotetores, muito

ambiciosos, preocupados com o êxito e a aparência externa, apresentando alianças encobertas, alternância de culpabilização, falha na resolução dos conflitos e distorções na comunicação. Existe uma tendência nessas famílias para apoiar a expressão somática de conflitos em função do seu tipo de organização e funcionamento.

Burd (2004, pp. 304-305) indica algumas funções da obesidade nas famílias como:

a) *Lealdade à família*: a obesidade pode se repetir em várias gerações e servir a um senso de autodefinição. Nessas famílias, perder peso pode ser percebido como uma afronta a outros membros familiares. A lealdade é preservada se, na tentativa de perder peso, o indivíduo acaba fracassando; b) *Conluio na família*: um filho pode inconscientemente escolher um peso para corresponder a um dos pais, quando um tem excesso de peso e outro é magro, mas há similaridades deste com a forma e problemas de peso. Aqui temos a situação de triangulação na família; c) *Adiamento do ingresso no mundo adulto*: as crianças obesas são estigmatizadas, na escola, na sua vida de relação, e frequentemente se mantêm muito unidas à família para obter dela apoio emocional. d) *Pais/famílias que identificam obesidade com saúde e magreza com doença*: apoiando-se no simbolismo saúde-gordura, alguns pais se opõem ao emagrecimento de seus filhos obesos e prejudicam o tratamento deles; e) *Oposição dos filhos obesos ao membro parental magro*: certos filhos se opõem aos pais magros, por terem elaborado inconscientemente uma imagem que está baseada em suas características de obesidade. Esta rivalidade existente entre os membros da família pode acarretar em fronteiras rígidas e alianças, esta última é definida como o modo de um membro se aliar ao outro ou contra outro, para qualquer atividade.

Todas as famílias são concebidas como incidindo, em algum momento do seu desenvolvimento, nesses dois pólos: rígida e difusa. No entanto, acredita-se que as famílias

que possuem crianças obesas podem adquirir a capacidade de ser afetuosas, com boa comunicação, regras flexíveis, porém com limites e fronteiras claros, dando aos seus membros os recursos necessários ao crescimento individual e apoio diante das dificuldades da vida ou doenças intercorrentes.

Neste artigo será examinada a aplicabilidade das propriedades do sistema à família que possui uma criança acometida pela obesidade. Especificamente, busca-se uma compreensão acerca das relações familiares que podem desempenhar um papel importante na instalação e manutenção da obesidade infantil.

Método

A pesquisa foi realizada no ambulatório de referência em Obesidade Infantil do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Neste ambulatório, atendem-se crianças não somente da comunidade, como também oriundas de outras localidades. No que se refere aos encaminhamentos, estes são feitos aos nutricionistas da instituição, tanto pelos próprios profissionais do IMIP, como por outros profissionais que conhecem o trabalho desenvolvido no ambulatório.

Participaram do estudo seis mães e uma avó, com idades entre 29 e 59 anos, de crianças, de ambos os sexos, na faixa etária entre 8 a 10 anos incompletos. Quanto aos critérios de inclusão na pesquisa, as crianças deveriam apresentar o Índice de Massa Corporal (IMC) acima do percentil 95, diagnosticadas com obesidade pelos nutricionistas do ambulatório, não apresentar distúrbios endocrinológicos como causa do excesso de peso e estar na faixa etária entre 6 e 10 anos incompletos. Para obtenção das informações foi utilizada uma entrevista com questões relacionadas aos objetivos da pesquisa e os dados sócio-demográficos dos participantes (Anexos 3, 4 e 5).

O projeto de pesquisa nº 1646 foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição que apoiou a pesquisa (Anexo 1). Antes de cada entrevista foi apresentado e assinado pelas

participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) (Anexo 2). O local para realização das entrevistas foi uma sala de atendimento cedida pelo IMIP. As entrevistas foram realizadas individualmente e tiveram duração de aproximadamente uma hora. Foram dados nomes fictícios para preservar a identidade dos participantes.

Foi utilizado um gravador, com a autorização das entrevistadas, a fim de trabalhar as temáticas abordadas durante a entrevista. Os resultados foram transcritos e analisados de acordo com a técnica da análise de conteúdo temática, seguindo os passos adotados por Minayo (2007): pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados obtidos. A pré-análise consiste na primeira etapa em que há a organização do material a ser analisado. Nesta fase, foi realizada a leitura exaustiva das falas das entrevistadas, buscando as informações que estivessem em concordância com os objetivos da pesquisa. Na exploração do material, foi realizado um recorte em suas unidades de registro, identificando-se as categorias que foram trabalhadas. Por fim, na interpretação dos resultados, as falas das entrevistadas foram analisadas com base no corpo teórico pesquisado.

Análise e Discussão dos resultados

Perfil sócio-demográfico das crianças

Das sete crianças, três (Jaime, Marcos e Joana) moram com a mãe e seus avós maternos, duas (Caio e Paulo) moram com os pais e são vizinhos dos avós maternos e as outras duas (Edna e Laura) moram com suas mães. Laura convive com o padrasto, depois do falecimento do pai, e Edna vivencia o relacionamento amoroso do pai com a mãe apenas em alguns finais de semana, visto que o mesmo mantém outra família também. Quatro deles (Caio, Paulo, Marcos e Joana) são filhos únicos.

Das sete entrevistadas, seis relataram que a gravidez não tinha sido planejada. Apenas Lurdes, mãe de Paulo, relatou que a gravidez foi programada e que havia sofrido alguns

abortos espontâneos antes de conseguir finalizar a gestação dele. Das crianças atendidas, quatro (Edna, Jaime, Marcos e Joana) estavam em seu primeiro tratamento de obesidade. Os demais estavam na seguinte condição: Caio fez seu primeiro tratamento aos cinco anos na própria instituição, mas já havia interrompido; Paulo já tinha feito um acompanhamento com nutricionista no posto de sua comunidade e Laura começou a fazer acompanhamento aos três anos de idade em sua comunidade e desde o segundo semestre de 2009 havia sido encaminhada ao IMIP.

Através das informações coletadas verificou-se que, das crianças que estavam em condição de retorno de consultas anteriores, Marcos, Edna e Jaime não haviam conseguido perder nem manter seu peso; Paulo e Joana conseguiram perder peso, sendo que Paulo necessitou ficar internado durante duas semanas para perda urgente de peso e normalização da pressão arterial. Já Laura não perdeu, mas conseguiu manter seu peso e com o crescimento corpóreo seu quadro melhorou um pouco. Caio estava na sua primeira consulta. É interessante salientar que mesmo com algumas melhoras apresentadas por algumas crianças nenhuma delas conseguiu sair do quadro da obesidade infantil.

Obesidade e propriedades dos sistemas

A propriedade da *globalidade ou totalidade* postula que a interação que constitui o sistema torna os elementos mutuamente interdependentes. Dessa forma, cada parte estará de tal forma relacionada com as demais que uma mudança numa delas acarretará mudanças na totalidade do sistema (Vasconcellos, 2009). Assim, considera-se o sistema como um conjunto de elementos em inter-relações mútuas e para compreender o comportamento das partes torna-se indispensável levar em consideração o todo.

Mesmo acreditando que o sistema familiar representa um todo deve-se levar em consideração que os membros da família possuem suas singularidades e que, neste sentido, o adoecimento de um dos seus integrantes repercute no grupo familiar. A fala de Lúcia

exemplifica como a gestação de Laura não foi uma decisão conjunta do casal e como a obesidade da filha afeta sua relação com a criança marcada pela rejeição:

Ainda hoje, eu não me conformo de ter engravidado. Eu nunca quis ser mãe, nunca veio um desejo de dentro. O pai dela queria, eu não aceitava e até hoje nem sei se aceito [...] Eu vejo esse problema dela (obesidade) como algo enorme e tem horas que eu não aguento olhar para Laura. Eu a vejo dessa grossura (faz gesto de abrir os braços), e isso está me matando. Eu nem sei mais o que fazer. Estou tomando remédio controlado para ver se não faço uma loucura (Lúcia, 32 anos, mãe de Laura, 8 anos).

A propriedade da *interdependência ou não-somatividade* diz que um sistema não pode ser entendido como a soma de suas partes, que examinadas isoladamente não permitiriam a compreensão do sistema como um todo (Osorio, 2004). Conseqüentemente, a descrição dos comportamentos possíveis de um elemento é inadequada se não se descreverem as coerções exercidas sobre essas possibilidades pelo sistema de que ele faz parte. É impossível descrever o sistema considerando apenas características específicas de cada um dos seus elementos individuais. É imprescindível que se coloque o foco nas relações (Vasconcellos, 2009).

Quando ela tinha um ano já comia um pacote todo de Nissin Miojo, o pai era quem dava. Chupava seis laranjas com ele [...] Ia para a casa da avó e comia na vendinha. Ela dava muita comida para Laura, pois dizia que criança tinha que comer mesmo (Lúcia, 32 anos, mãe de Laura, 8 anos).

O relato de Lúcia mostra como cada família, por meio de sua forma particular de organização e dinâmica, desempenha papel decisivo na educação formal e informal dos seus filhos. Qualquer mudança nas relações entre as partes constituintes de um sistema familiar

implica uma mudança no funcionamento do todo. Em relação às crianças obesas, Wilhelm, Lima e Schirmer (2007) salientam a importância da família como agente para a prevenção ou manutenção da condição de obesidade. Ela desempenha importante papel na educação alimentar no sentido de ter ou não hábitos saudáveis em seu cotidiano. Observa-se que nessa família a avó identifica obesidade com saúde, o que confirma a existência do que Burd (2004) considera como uma das funções da doença. Assim, regras, mitos, influências e vivências das gerações anteriores também devem ser levados em consideração. Afinal, todos na família possuem responsabilidades e funções que se relacionam com os demais.

A propriedade do *equilíbrio ou homeostase* é essencial ao funcionamento do sistema, pois ele não pode estar em permanente mudança; necessita de estabilidade, ainda que esta seja considerada como inadequada, ou seja, trata-se da manutenção do sistema (Dias, 2009). Ainda segundo a autora, equilíbrio não significa sanidade, uma vez que a família pode se encontrar equilibrada tendo um membro com algum transtorno ou vivendo no maior conflito. O exemplo a seguir mostra que mesmo Paulo estando com um IMC = 40,6%, quando questionada acerca de alguma dificuldade emocional da criança, sua mãe diz o seguinte:

Não percebo nada não. Paulo faz amizades facilmente, é todo sorridente, gosta de conversar, assistir televisão. Ele brinca muito sozinho, não aprendeu a andar de bicicleta e nem jogar bola. Até nas aulas de educação física ele não jogava bola (Lurdes, 40 anos, mãe de Paulo, 9 anos).

Mesmo quando as evidências são claras de que a criança pode estar apresentando uma dificuldade emocional, sua obesidade pode servir para manter a família em equilíbrio e, por outro lado, a perda de peso pode ser percebida como uma ameaça. Lurdes passou por alguns abortos espontâneos antes de conseguir segurar a gravidez de Paulo. Isto pode mostrar que a falta de percepção da seriedade que é a situação do seu filho, deva-se ao fato de existir uma

história de perdas compensada pela superproteção da comida, o que não distancia os riscos de morbidade e mortalidade no sistema dessa família. De acordo com Minuchin (1982), o sintoma revela o modo como os membros da família se posicionam em relação a quem apresenta o sintoma e, por isso, põe à prova a estrutura da família.

Já a propriedade do *feedback*”, *retroação ou retroalimentação* define o enfoque circular que se baseia na reciprocidade dos fatores causais, ou seja, para compreender o que se passa num dos elementos do sistema é preciso ter uma visão circular das interações (Dias, 2009). Na fala a seguir, observa-se uma mudança nos padrões transacionais de Marcos a partir do momento em que este começa a ficar sob os cuidados da avó materna:

Marcos começou a engordar quando ficou com minha mãe, depois da minha separação, acredito que antes dos três anos, nesse período eu retornei ao trabalho. Com a avó, ele não mastigava, engolia. Tudo era passado no liquidificador. Estou tentando seguir as orientações dos profissionais, mas com minha mãe por perto é difícil. Antes quando eu proibia um biscoito recheado minha mãe ficava danada comigo e Marcos dizia para mim: “Vovó deixa!” (Marta, 33 anos, mãe de Marcos, 8 anos).

De acordo com Vasconcellos (2009), quando se diz que um sistema conta com um mecanismo de retroação ou de retroalimentação, isso quer dizer que, à medida que o sistema vai funcionando, vai também sendo informado dos resultados ou efeitos produzidos por seu funcionamento. Assim, uma parte do resultado (*output*) é enviada, como informação (*input*), para a entrada do sistema, constituindo o que se chama ciclo de retroação que é importante para garantir a estabilização do sistema.

Nesse sentido, considera-se que todo sistema é regulado pelo mecanismo de *“feedback”*, que pode ser positivo ou negativo. O *“feedback”* negativo ocorre quando, no

processo comunicacional não existem alterações, tudo permanece igual. Já o “*feedback*” positivo leva à perda do equilíbrio e mudança no sistema, permitindo-lhe alcançar um nível maior de complexidade (Dias, 2009).

É importante ressaltar que “negativo” e “positivo” não têm a conotação de valores de “mau ou indesejável” e “bom ou desejável”, mas apenas destacam o sentido contrário dos mecanismos referidos. Acredita-se que no sistema familiar com crianças obesas, uns são retroalimentadores das atitudes dos outros e essas influências acabam sendo recíprocas, permanentes e inevitáveis, não sendo fácil isolar o que sejam “causas” e “efeitos” das ações de cada um no comportamento alimentar da criança. Evidencia-se, através desse pensamento, o que Aun et al. (2005) consideram acerca do paradigma da complexidade, que ao contextualizar o fenômeno, deve-se observar que suas partes constitutivas interagem umas em relação às outras e que não se pode imaginar um fenômeno isolado, mas conectado com a complexidade do sistema de que faz parte.

A propriedade da *equifinalidade* postula que um estado final pode ser alcançado a partir de diferentes condições iniciais e por diversos caminhos (Osorio, 2004). Assim, diferentes condições iniciais podem levar a um mesmo estado final e vice-versa, ou seja, condições iniciais idênticas podem corresponder resultados diferentes (Dias, 2009). Entende-se que nas famílias com crianças obesas, cada um dos seus membros vivencia a situação de maneira diferente, tendo, como consequência, diversas repercussões em cada um que faz parte do sistema familiar. O relato de Jacira, avó de Joana, manifesta que a preocupação da mãe com a criança é mais com as perdas de roupas do que outras questões relacionadas com a doença.

Eu sei que ela é uma menina que perde muita roupa, perde roupa porque ela engorda muito. Aí é um aperreio, porque veja, tem meninos que uma roupa de um ano usa em três anos, só fica curta. Com Joana

não acontece isso. Desses anos para cá é só perdendo roupa e a mãe dela já disse que só compra outras quando ela emagrecer (Jacira, 59 anos, avó de Joana, 9 anos).

A propriedade da *hierarquia* assinala que o sistema é composto por uma série de níveis de crescente complexidade; assim, os sistemas complexos consistem em um número de subsistemas. A hierarquia pressupõe que uma mesma parte ou membro do sistema pode ser classificado de superior (independente) e, ao mesmo tempo, inferior (dependente), de acordo com o ponto de referência tomado (Dias, 2009).

Aborrecido, Marcos grita comigo, tem horas que meus pais não aguentam. Quando está ansioso ele come muito. Desde o final de 2008 que ele piorou bastante. Eu me preocupo com a saúde dele. Ele me chama de doida, que não precisa tanto (Marta, 33 anos, mãe de Marcos, 8 anos).

Na família, como em todo grupo social, há uma hierarquia de papéis que são desempenhados por seus membros. Nesse caso, a obesidade infantil pode servir como uma luta de “poder” que se mostra através de birras e implicâncias da criança a um dos seus pais, na tentativa de resistir efetivamente às investidas do tratamento e obter ganhos secundários à obesidade. Neste exemplo vê-se como Marcos detém a voz de comando na relação com a mãe, que acaba cedendo às suas brigas e gritos. É importante para a estrutura saudável das famílias que haja uma hierarquia e que seus membros definam claramente suas fronteiras (limites, regras e padrões decorrentes de negociações).

De acordo com a propriedade *intercâmbio com o meio*, o sistema afeta o meio e é por ele afetado, estabelecendo relações com outros sistemas. O homem estabelece vínculos com seus semelhantes, compartilhando objetivos e ações. Organizam-se socialmente formando

uma rede de relações interpessoais, constituindo famílias, grupos ou comunidades (E. Campos, 2004).

Ao pensar sistemicamente nas famílias com criança acometida pela obesidade, procura-se compreender os aspectos comportamentais que regem seu funcionamento, sua interação com o meio e o processo de inclusão e exclusão familiar.

Jaime me culpa muito pela separação com o pai dele. O pai me diz que deixei Jaime se envolver muito nas conversas de adultos, mas para mim é muito difícil falar alguma coisa sem que ele esteja por perto. Como ele se entende muito com o pai, peço para o pai que converse e explique as situações que não consigo, para que Jaime jogue menos culpa em mim. Eu tenho medo dele mais tarde se revoltar e ir morar com o pai, ficar agressivo comigo ou acontecer alguma coisa (Adriana, 33 anos, mãe de Jaime, 9 anos).

Pode-se perceber a dificuldade que essa mãe enfrenta em posicionar-se enquanto autoridade e conseguir determinar com coerência aquilo que deve ser respeitado e seguido como regras familiares. Também observa-se uma aliança de Jaime com seu pai. Afinal, não aceitando a separação dos mesmos, este culpabiliza a mãe desacreditando de tudo que ela diz como uma maneira de castigá-la. Essa situação caracteriza um impasse na interação familiar.

Outra dificuldade encontrada pela família referente ao intercâmbio com o meio são as ofertas de alimentos que cada vez mais vem crescendo em nossa sociedade, dando ênfase à eclosão dos “big” lanches, refrigerantes, salgadinhos, doces sempre ao alcance da criança, inicialmente em casa estendendo-se às cantinas escolares.

A propriedade denominada como *mudança e adaptabilidade* pontua que assim como o meio encontra-se em constante mudança o sistema familiar precisa se adaptar a ele. A coesão referente à ligação emocional entre seus membros e o nível de independência que os mesmos

sentem no sistema familiar contribui para a habilidade da família mudar em resposta a um estresse situacional e desenvolvimental. A família passa, necessariamente, por várias mudanças no decorrer do seu ciclo vital, que pode ser caracterizado por vários estágios. Cada estágio está associado com um número de diferentes tarefas e a transição de um estágio para outro implica numa mudança de estrutura e organização da família (Lidchi & Eisenstein, 2004).

As transições de um estágio ao outro são consideradas pelos referidos autores como *estressores horizontais*, os quais a família encontra no desenvolvimento do tempo e a maneira como a família lida com eles, incluindo crises por doenças, separações ou divórcios, viagens, perda de um dos membros. Por sua vez, isto é influenciado por padrões de relacionamentos, crenças, tabus que se denominam *estressores verticais*. Abaixo a fala de Lúcia relata o quanto o falecimento do pai de Laura influenciou seu estado de obesidade, confirmando o que Vasconcellos (2009) mostra acerca do paradigma da instabilidade, que não podemos prever nem controlar a ocorrência dos acontecimentos do sistema:

Ainda hoje eu não me conformo com o falecimento do pai de Laura. Ela era muito apegada ao pai. Quando ele faleceu em casa, ela praticamente assistiu tudo. Depois disso ela piorou porque começou a comer mais, descontou na comida. Já levei em uma psicóloga e ela disse que a falta do pai contribuiu para Laura chegar no peso que chegou (Lúcia, 32 anos, mãe de Laura, 8 anos).

Acredita-se que uma família acometida pela obesidade infantil sofre uma série de readaptações em termos de estrutura, papéis e habilidades para mobilizar seus membros com vistas à cooperação visando uma reestruturação ativa no seu funcionamento. Lúcia parece perceber que o falecimento do pai de Laura contribuiu para uma continuidade de ganho de

peso da criança, porém não consegue reverter à situação, que ainda se agrava pela não aceitação também da própria Lúcia quanto ao falecimento do esposo.

Assim, o fato de Lúcia nunca ter desejado filhos, faz pensar que ela se sinta traída pelo falecimento e desamparada em suas emoções e como a relação da mãe com a criança é marcada pela rejeição, uma das funções da obesidade de Laura pode estar relacionada com o que Burd (2004) chama de oposição ao membro parental magro, que, nesse caso, é a mãe. Gradualmente, é possível que a família realize mudanças e adapte seus membros à sua nova estrutura tendo sempre cuidado para que o desgaste emocional das mudanças não provoque uma desintegração entre seus membros.

É relevante salientar que as análises levam em conta o paradigma da intersubjetividade, que de acordo com o que diz Vasconcellos (2009) não existe uma realidade independente de um observador e de que o conhecimento científico do mundo é construção social, que ocorre em espaços consensuais, por diferentes sujeitos/observadores. Assim, tem-se de levar em conta que a descrição sobre esses acontecimentos citados aqui, são construções compartilhadas sobre essa realidade, e não a verdade pronta e acabada sobre ela.

A propriedade da *auto-organização* considera que a família é um sistema autônomo que trata as informações recebidas e regula todo o processo (Dias, 2009). Portanto, possui uma capacidade de decidir e organizar seu sistema. Muitas vezes os conflitos psicológicos e as disfunções familiares são manifestados na magreza auto-imposta, na purgação, nos ataques de comer. Nesse sentido, a obesidade infantil pode ser considerada uma expressão das dificuldades na comunicação familiar.

A mãe de Joana tem um pavio muito curto, não concordo com a maneira que ela lida com a menina. Tem horas que quer bater, diz para Joana que ela é burra, que ela não vai ficar magra. Acho isso negativo, temos

que incentivar, animar o negócio, mas a mãe dela não faz nada disso (Jacira, 59 anos, avó de Joana, 9 anos).

Diante do que a avó de Joana revela percebe-se como as expressões e respostas da mãe de Joana são negativas e severas, bloqueando qualquer tentativa de perda de peso devido à antecipação que a genitora faz do seu fracasso. A dificuldade de comunicação mencionada pela participante confirmou o que Bruch (1973) e Minuchin (1982) descreveram em seus estudos com famílias psicossomáticas, caracterizadas por uma perturbação interacional havendo falhas na resolução de conflitos e distorção na comunicação.

Segundo Spada (2005), os sintomas neuróticos, psicóticos ou psicossomáticos são criações, tentativas de autocura. Assim, o corpo possui uma linguagem que não saberia mentir; ele interpreta e reage com fineza ao desamparo psicológico por meio de manifestações psicossomáticas. A desarmonia nas relações familiares conduz a modos de funcionamento “desafetados” como meio de combater o sofrimento psicológico e as frustrações precoces que vão dar lugar a angústias insuportáveis.

A desafetação tem como objetivo tornar o indivíduo invulnerável ao sofrimento psíquico. Assim, os indivíduos não sofrem de uma incapacidade de sentir ou expressar emoção, mas sim de uma incapacidade de conter o excesso de experiências afetivas. Os processos de pensamento das somatizações procuram esvaziar a fala de sua significação afetiva e, neste sentido, na criança obesa, sua auto-organização afetiva se mostra por meio do seu corpo (Spada, 2005).

A propriedade da *causalidade* estabelece que o sistema apresenta uma causalidade circular, ou seja, não tem princípio nem fim, em oposição à causalidade linear em que o conhecimento do ponto inicial é imprescindível para saber o efeito. O conceito de causalidade circular enfatiza o “aqui e agora” em que o presente reedita o passado.

Em relação aos hábitos alimentares, os pais exercem influência fundamental nas escolhas dos filhos, assim como os filhos também a exercem nos pais quando iniciam uma reeducação alimentar, pois todos precisam modificar seus hábitos para estimular a continuidade de um tratamento.

Agora a gente não compra mais nada para ela não ter vontade de comer (Lúcia, 32 anos, mãe de Laura, 8 anos).

Tem dois meses que a gente não faz lasanha lá em casa (tom de insatisfação), até a idéia da Páscoa era uma lasanha, mas se cortou por causa de Joana. Joana não se atrai por uma saladinha, é muito chata para comer é igual à mãe que não gosta disso, não quer aquilo e a menina foi no mesmo ritmo (Jacira, 59 anos, avó de Joana, 9 anos).

Concordando com a hipótese da causalidade circular, em que a ordem dos fatores não altera o produto, um todo não possui começo nem fim. As partes unidas de um sistema estão em relação circular, numa rede de retroalimentação: cada pessoa afeta e é afetada pelo comportamento de outra pessoa e do contexto em que está inserido. Nas falas de Lúcia e Jacira percebe-se quanto o processo circular dos padrões de interação familiar e a obesidade das crianças se tornam complementares caracterizados por dificuldades em aceitar e promover mudanças.

Finalizando, a propriedade da *caixa preta* postula que a mente do indivíduo e do sistema familiar é como uma caixa preta que podemos examinar através dos seus “outputs” (sintomas, sonhos, atos falhos, associações livres, reações emocionais, atuações) e a relação destes com os “inputs” (atitudes dos familiares, realidade sócio-econômica, cultura) sem que precisemos ingressar na intimidade dos processos intrapsíquicos (estrutura interna) para alterar comportamentos (Osorio, 2004).

Joana mudou de turno na escola porque um menino a chamava de gorda e ela não gostava, fomos várias vezes conversar na secretaria da escola por conta dessas zombarias com ela. Em outro lugar, também aconteceu uma situação dessa e ela ficou chateada, mas não é mentira, que ela é gorda, não é? (risos) (Jacira, 59 anos, avó de Joana, 9 anos).

Wilhelm et al (2007), constataram diferentes comportamentos e sentimentos presentes em crianças com obesidade, tais como auto-estima baixa, ansiedade e culpa. No contexto educacional foram encontrados comportamentos de bater nos colegas durante o recreio escolar diante de possíveis “deboches e comentários maldosos”. Esta constatação mostra as reações e os sentimentos negativos da criança portadora de obesidade, tanto nos aspectos relacionados à esfera emocional quanto às próprias questões sociais às quais a mesma está exposta.

Esses aspectos puderam ser percebidos no relato de Jacira referente à Joana. A criança já apresenta uma dificuldade de interação com os coleguinhas. No entanto, o que se observa como um elemento intensificador é o fato da avó aprovar com risos esses deboches sofridos por Joana, sem que a mesma se dê conta de que está agravando o estado em que a criança se encontra. Este cenário possibilita refletir sobre os significados psíquicos que Burd (2004) atribui à obesidade nas famílias quando a doença é encorajada a fim de adiar o ingresso da criança no mundo adulto, protegendo assim os limites ou fronteiras da própria família.

Através do que foi apresentado, percebe-se que as famílias não se dão conta do quanto o seu funcionamento e comunicação encontram-se implicados no estado de obesidade das crianças. Cristalizadas em suas histórias, o ambiente familiar dificulta o aprendizado da criança acerca do seu corpo e das suas emoções o que gera a impossibilidade de lidar e tolerar frustrações, sentimento este, inerente à vida de todo ser humano.

Considerações finais

São muitos os fatores que contribuem para o desenvolvimento da obesidade infantil. Esta possui as seguintes bases: biológicas (organismo do indivíduo), sociais (contexto em que o indivíduo está inserido) e psicológicas (aspectos psíquicos de cada indivíduo e família) que interligadas, apresentará reações e condutas diversificadas.

Em virtude de toda complexidade que permeia o funcionamento da família, considera-se que a aplicação das propriedades da teoria sistêmica foi eficaz para se compreender os relacionamentos e as interações familiares, no que se refere à instalação e à manutenção da obesidade infantil. Nesta perspectiva, acredita-se que as crianças obesas podem estar servindo de representante circunstancial de um tipo de funcionamento familiar que expressa padrões inadequados de interação do sistema.

Percebe-se nos relatos das mães que a maioria não desejou a gravidez e mantêm relacionamentos conflitantes com os pais, estendendo-se às crianças. Identificou-se pouco encorajamento familiar para o crescimento pessoal delas, com fronteiras rígidas e difusas, tendo como conseqüências estilos de ligação e união instáveis. Evidenciou-se também a dificuldade de comunicação, acarretando uma indisponibilidade desses familiares para atenderem à demanda afetiva dos seus filhos e aderirem ao tratamento.

Considerando que diversos aspectos podem estar relacionados à obesidade infantil é necessário orientar essas famílias proporcionando uma maior clareza sobre a forma como suas histórias se constituíram, quais são seus estilos de comunicação, suas dificuldades no estabelecimento da hierarquia e das fronteiras entre seus membros, os fatores estressores e segredos e como se caracterizam seus vínculos afetivos.

Portanto, o alimento para essas crianças pode ser reconhecido como um componente substitutivo, a complementar, preencher as lacunas oriundas das falhas relacionais e ambientais. Nesse sentido, acredita-se que as crianças podem se comportar desta forma, a fim

de testar limites e a capacidade dessas famílias para suportar seus ataques, o que, num movimento recursivo, provoca nos adultos o mesmo tipo de reação.

Sugere-se realizar acompanhamentos com as famílias de crianças que apresentam obesidade, dando suporte e apoio, fortalecendo os vínculos familiares, esclarecendo dúvidas, fazendo reflexões sobre a temática, orientando como lidar em determinadas situações. Desse modo, promover hábitos e estilos de vida saudáveis, visando à prevenção de doenças nessas crianças, não envolve conhecer somente os fatores de risco para a doença, mas também a compreensão da dinâmica e estrutura familiar da qual fazem parte.

É importante salientar que o projeto desta pesquisa, inicialmente, estava voltado para entrevistar também os pais de crianças acometidas pela obesidade, no entanto, na concretização da mesma, isto tornou-se inviável pelo não comparecimento dos mesmos. Isto leva a pensar, mais uma vez, sobre a necessidade de um fortalecimento desse vínculo. É pertinente a realização de estudos que envolvam uma população diversificada no que se refere à faixa etária e a classe social; outra sugestão se relaciona à participação das próprias crianças, numa tentativa de compreensão dos seus comportamentos e sentimentos.

Espera-se que tenha sido possível contribuir, para um entendimento acerca do funcionamento dessas famílias que lidam com a obesidade infantil, e que aumente o interesse de futuras pesquisas na área, delineadas no compromisso de promover uma melhor qualidade de vida a todos que sofrem com a obesidade na infância.

REFERÊNCIAS

- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Corigliano, A. M. N. (1984). *Por trás da máscara familiar: um enfoque em terapia de família* (3ª ed. pp. 17-26) (M. C. R., Goulart, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aun, J. G., Vasconcellos, M. J. E., & Coelho, S. V. (2005). *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: fundamentos teóricos e epistemológicos*. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa.
- Burd, M. (2004). Obesidade e família. In: Filho, M. J., & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família* (pp.299-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brasil (1996). Ministério da Saúde: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 196. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Campos, E. P. (2004). Suporte social e família. In: Filho, M. J., & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família* (pp.141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, C. M. S. B. (2009). *Teoria dos sistemas aplicada à família*. [Apostila utilizada na disciplina: Intervenções na clínica com família- Mestrado de Psicologia Clínica]. (pp.04-08). Recife: UNICAP.
- Lidchi, V., & Eisenstein, E. (2004). Adolescentes e famílias no contexto médico. In: Filho, M. J. & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família* (pp.217-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mello, F. J., & Tavares, M. F. (2004). Comentários ao trabalho de Minuchin e colaboradores, "Psychosomatic Families". In: Filho, M. J., & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família* (pp.75-92). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. J. (1994). *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial as famílias com problemas de saúde*. (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minayo, M. C., (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias, funcionamento e tratamento*. (2ª ed.) (J. A., Cunha trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morin, E. (1990). *Introdução ao pensamento complexo*. (4ª ed.) (D., Matos, Trad.). Rio de Janeiro: Instituto Piaget.
- Osorio, L. C., & Valle, M. E. P. (2002). *Terapia de famílias, novas tendências*. Porto Alegre: Artmed.

- Osorio, L. C. (2004). A família como sistema. In: Filho, M. J., & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família* (pp.29-42). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spada, P. (2005). *Obesidade infantil: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Vasconcellos, M. J. E. (2009). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. (8ª Ed.). Campinas- São Paulo: Papyrus.
- Wilhelm, F. A., Lima, J. H. C. A., & Schimer, K. F. (2007). Obesidade infantil e a família: educadores emocionais e nutricionais dos filhos [versão eletrônica], *Psicologia Argumento*, 25(49), 143-154.

“NEM SÓ DE PÃO VIVE O HOMEM”: A VOZ DAS MÃES NA OBESIDADE INFANTIL

Priscilla Machado Moraes

Cristina Maria de Souza Brito Dias

Universidade Católica de Pernambuco

Resumo

A obesidade infantil tornou-se uma preocupação mundial não só devido à sua alta incidência, como também porque há a possibilidade das crianças tornarem-se adultos obesos, acarretando-lhes consequências irreversíveis nos âmbitos físico, psicológico e social. Embora cientes de que existem diversos fatores que predispõem à doença (biológicos, econômicos, pessoais, socioculturais e familiares), nesta pesquisa o objetivo geral foi focalizado na interação familiar. Especificamente examinaram-se os elementos presentes na história familiar das crianças com obesidade; os sentimentos expressos pelas famílias frente ao problema; as consequências físicas e psíquicas da evolução da obesidade e as expectativas com o tratamento. Participaram seis mães e uma avó de crianças, na faixa etária entre 8 a 10 anos incompletos, que se encontravam em atendimento no ambulatório de Obesidade Infantil do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), na cidade do Recife. Foi utilizada uma entrevista com roteiro previamente estabelecido e, posteriormente, os resultados foram analisados com base na análise de conteúdo temática. Pode-se concluir que as famílias demonstraram: consumo de alimentos com alto teor de gordura; falta de coesão na família acerca das normas alimentares e de limites à criança; conflitos familiares e conjugais; relacionamento oscilante (ora superprotetor, ora hostil) com a criança.

Palavras- Chaves: Obesidade infantil; Mães; Interação familiar.

Abstrac

Childhood obesity has become a worldwide concern due to its high incidence and also because there is the possibility of children becoming obese adults, causing them irreversible consequences in the spheres physical, psychological and social. Although aware that there are several factors that predispose to disease (biological, economic, personal, sociocultural and family), the overall goal in this research was focused on family interaction. Specifically, were examined the elements present in the family record of children with obesity, the feelings expressed by families facing the problem and the consequences of physical and psychological development of obesity and their expectations regarding the treatment. The participants were six mothers and one grandmother of children, aged between 8-10 years old, who were in the outpatient clinic of Childhood Obesity Institute of Medicine Professor Fernando Figueira (IMIP) in the city of Recife. We used an interview with previously established questions, and subsequently the results were analyzed based on thematic content analysis. It can be concluded that families showed: consume of foods with high contents of fat, lack of cohesion within the family concerning food standards and limits to the child; family and marital conflicts, relationship swinging (sometimes overprotective, sometimes hostile) with the child .

KeyWords: Childhood obesity; Mothers; Family interaction.

Introdução:

A obesidade é, provavelmente, uma das enfermidades mais antigas do homem. As recomendações quanto à manutenção e cuidados em relação ao peso corporal já apareciam nos escritos de Hipócrates e Platão. À medida que os séculos vão passando, as migrações, a capacidade de organização humana e o fim do nomadismo determinam mudanças na aparência corporal. Bem como guerras, períodos de carência e a fixação no campo contribuíram para uma maior proporcionalidade nos modos de viver e do corpo do homem (Setian, 2007).

A obesidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode prejudicar a saúde. Em 2005 pelo menos 20 milhões de crianças abaixo de cinco anos encontravam-se com excesso de peso no mundo. O excesso de peso e a medição da obesidade em crianças de 5 a 14 anos ainda é um desafio porque não há uma definição padrão da obesidade infantil aplicada em todo mundo (OMS, 2006).

O Centro Norte- Americano de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) desenvolveu um índice de massa corporal (IMC) para crianças, de acordo com o sexo e idade, baseado nos dados de três décadas de cinco estudos internacionais, no qual o percentil acima de 85 é indicativo de sobrepeso, e acima de 95 indica obesidade (Halpern & Rodrigues, 2006).

Hoje, a obesidade está sendo considerada uma doença crônica e epidêmica, pois vem apresentando um rápido aumento em sua prevalência nas últimas décadas, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, e está relacionada com uma alta taxa de morbidade e mortalidade. A incidência da obesidade infantil vem causando impacto em nossa sociedade e aumentando a preocupação devido às suas consequências e ao risco maior dessas crianças tornarem-se adultos obesos (Fisberg, 2004).

Vários fatores contribuem para a etiologia da obesidade: genéticos, culturais, econômicos, psicológicos e comportamentais que atuam, em diferentes combinações, nos indivíduos obesos. Assim, múltiplas etiologias, correlatos comportamentais, efeitos psicossociais e consequências médicas tornam a obesidade especialmente complexa. Estudos mostram que as síndromes genéticas e as alterações endocrinológicas são responsáveis por apenas 1% das causas endógenas; os 99% restantes são considerados de causa exógena, ou seja, resultantes de ingestão excessiva de alimentos, quando comparada ao consumo energético ideal do indivíduo (Gonçalves, Gorayeb, Liberatone & Domingos, 2005).

A tabela abaixo mostra alguns dados com o percentual de sobrepeso e obesidade infantil em pesquisas realizadas em algumas cidades do Nordeste, incluindo Recife.

Autor	Local	Idade	Sobrepeso	Obesidade
Badalan e Silva (2001)	Recife- PE	6 a 9 anos	34,3%	14,2%
Silva, Badalan e Motta (2005)	Recife- PE	2 a 6 anos	14,5%	8,3%
Leão et al. (2003)	Salvador- BA	5 a 10 anos	-	15,8%
Oliveira et al. (2005)	Feira de Santana- BA	5 a 9 anos	9,3%	4,4%

Fonte: Badalan & Silva (2001); Silva, Badalan & Motta (2005); Fisberg, Cintra, Costa & Santos (2007).

Esses resultados apontam que essa frequência de sobrepeso, continuando ao longo dos anos, pode acarretar e/ou ser um fator predisponente da obesidade infantil. Além disso, apesar de se esperar que o sobrepeso seja compensado pelo futuro crescimento da criança, não devemos ignorar as consequências deixadas pelo excesso de peso ainda muito cedo. É o caso das doenças físicas (síndrome metabólica e do sono, hipertensão arterial, dermatológicas, doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus* do tipo 2) e os aspectos psicológicos a ela associados (depressão, ansiedade, déficits de competência social, entre outros). Assim, a

obesidade está associada a algumas das mais prevalentes doenças crônicas não-transmissíveis na sociedade moderna (Halpern & Rodrigues, 2006).

A história mostra as diversas configurações que a família vem assumindo no decorrer dos tempos. Sua estrutura moderna evoluiu para o modelo conjugal e, na atualidade, as rápidas transformações econômicas forçaram o padrão conjugal ou nuclear a se reestruturar. O antigo modelo familiar, baseado na complementaridade de papéis, em que o pai era o único provedor e a mãe se dedicava a casa e aos filhos, deu lugar a uma significativa redefinição de papéis, já que a mulher sai do seu ambiente doméstico para o mercado de trabalho (Roz, 2007).

Outra questão que emerge são as modificações surgidas pelos divórcios e recasamentos, nos quais muitas vezes se assiste não somente à disjunção entre os papéis conjugais, mas também os parentais. Roz (2007) salienta que, embora haja críticas atribuindo muitos dos problemas comportamentais da infância a essa crise da família nuclear, na época em que prevalecia o modelo tradicional também se produzia sintomas psíquicos nos seus membros, embora diferentes dos que vemos na atualidade.

Spada (2005, pp. 07-08), apresenta alguns fatores associados à obesidade infantil:

Fator individual psíquico: estrutura que funciona em torno do excesso de alimentação. Pode-se pensar em indivíduos que, no primeiro desconforto emocional, recorrem a algum tipo de alimento para aliviar a tensão, ou que respondem prontamente aos estímulos internos por meio do aporte alimentar. A autora salienta que isto nada tem a ver com fome fisiológica e parece que, já acostumados a este tipo de alimentação, quanto mais comem, mais se estende o limiar de saciedade; Fatores precipitantes: conflitos, separações, enfermidade grave; Fatores biológicos: genéticos, regulações neuroendócrinas e metabólicas; Fatores familiares: relações mantenedoras de dependência e baseadas em cuidados

básicos que impedem a individuação dos membros, conflitos encobertos e regras muito fixas; Fatores socioculturais: alimentação realizada de forma rápida, preenchimento de vazios emocionais, associação de comida a sedentarismo, discriminação social por não corresponder ao ideal; Fatores perpetuadores: má integração de si mesmo, auto-estima baixa, angústia, fobia social, depressão, ansiedade, distímia e transtorno de pânico; Fatores ambientais e psicossociais: desagregação familiar, delegar a outros o cuidado com a criança, depressão materna, acompanhamento médico inadequado; Fatores econômicos: a obesidade vem aumentando de forma alarmante nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, e abrange todas as classes sociais.

Repercussões orgânicas da obesidade infantil

O hipotálamo é responsável pelas sensações de fome e saciedade, no núcleo arqueado hipotalâmico existem grupos de neurônios responsáveis por esse processo, assim, uma complexa e sofisticada rede de peptídeos (biomoléculas formadas pela ligação de dois ou mais aminoácidos) atua na estimulação ou inibição desses grupos de neurônios e contribui para o aumento ou manutenção do ganho de peso (Tumas et al, 2010).

Já o processo biológico responsável pela regulação do peso é conhecido como homeostase energética e pode ser descrita através do metabolismo energético total (MET) que é dividido nos seguintes componentes: taxa metabólica basal (TMB) corresponde a 60 e 70% do MET, é a energia gasta durante a inatividade; a termogênese, processo que aumenta o gasto energético em resposta ao consumo alimentar, alterações da temperatura ambiente, tensão psicológica ou alterações hormonais, responsável por 5 a 15% do MET; e atividade espontânea e física, componente mais variável do gasto energético obedecendo a 20 e 30% do MET (Carneiro, 2005).

Existe vasta literatura referindo-se às anormalidades endócrinas dos distúrbios do comportamento alimentar. Para Marum (2004) muitas das alterações hormonais não são específicas da obesidade, podendo ser consideradas secundárias, no entanto, uma vez manifestadas, tais alterações passam a compor uma rede de reforços, no qual aspectos psicológicos e somáticos interagem e mantêm a continuidade dos quadros estabelecidos.

Segundo os autores Bosello e Cuzzolaro (2010) o conceito de metabolismo quer dizer um conjunto e o ritmo dos processos através dos quais o corpo consome energia para a manutenção da vida. Assim, o que caracteriza os sistemas biológicos são os processos metabólicos, ou seja, o fluxo incessante de matéria e energia que, através de um circuito de reações químicas, permite que um organismo se desenvolva, funcione, regenere-se e se reproduza.

Para Setian (2007) já há alguns anos tem-se procurado unir em somente uma síndrome os fenômenos patológicos associados à obesidade, desta forma, surge o que se designa síndrome metabólica, descrita inicialmente como anormalidade metabólica, determinante de graves riscos para saúde e considerada própria do adulto, apresenta, atualmente, fortes evidências de que seu desenvolvimento esteja na infância e, nesse caso, a obesidade é um fator de risco para essas alterações. A síndrome metabólica está relacionada com um grande número de fatores de risco para doenças cardiovasculares e desenvolvimento da *diabetes mellitus* do tipo 2.

O número de casos da *diabetes mellitus* do tipo 2 (DM2) acompanhou o aumento da prevalência de obesidade na infância e evidências recentes mostram que a mesma não apresenta prognóstico favorável, acarretando um grande impacto físico, psicológico, econômico e social. De acordo com a fisiopatologia do DM2, a homeostase da glicose é mantida pela perfeita harmonia entre a secreção de insulina pelo pâncreas, a ação da insulina nos seus tecidos-alvo (músculo, tecido adiposo e fígado), a captação celular da glicose e a

produção endógena de glicose nos períodos de jejum. Os receptores de insulina no músculo, fígado e tecido adiposo são, via de regra, sensíveis à insulina (Manna, 2007).

Assim, em indivíduos normais, existe uma relação de *feedback* entre secreção de insulina pelas células pancreáticas e a sensibilidade à ação de insulina nos tecidos periféricos. Esta relação não é linear, isto é, quando a sensibilidade insulínica diminui, a secreção de insulina deverá aumentar para manter a homeostase da glicose. Portanto, o DM2 acontecerá quando a sensibilidade insulínica for incapaz de equilibrar os níveis glicêmicos dentro da normalidade nos seus tecidos-alvos. A obesidade está fortemente associada à resistência insulínica, que se desenvolve tanto por fatores genéticos quanto ambientais, representando o estágio inicial do DM2 e das doenças cardiovasculares e seu aumento em crianças parece resultar do aumento da obesidade visceral, tendo como uma forte consequência seu agravamento na idade adulta (Manna, 2007).

O aumento da prevalência de obesidade na criança transferiu a manifestação da hipertensão, tradicionalmente encontrada no adulto para a faixa etária pediátrica. Koch (2007, p. 103) relata que múltiplos estudos incluindo diferentes etnias confirmam a associação entre a obesidade e hipertensão, demonstrando uma prevalência de 2,4 a 4,5 vezes maior de hipertensão arterial em crianças obesas quando comparados a seus pares com peso adequado. Esta associação apresenta caráter linear e contínuo observando-se elevação dos valores medidos de pressão arterial paralelo ao aumento da adiposidade.

O mesmo autor ressaltou que a criança obesa e hipertensa pode apresentar hipertensão de causa não associada exclusivamente à obesidade. Afirmou também que nem todo obeso é hipertenso, mas todo hipertenso piora o controle da pressão arterial em vigência de ganho desproporcional de peso.

As doenças cardiovasculares (DCV) representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Tradicionalmente, grande parte das DCV é considerada típica da

meia-idade, no entanto, muitas delas têm seu início na infância. Um importante exemplo delas é a aterosclerótica (afecção de artérias de grande e médio calibre, caracterizada por lesões com aspecto de placas). Inicialmente, ocorre o depósito de colesterol nas artérias musculares, formando a estria de gordura que se acumula e começa a desenvolver uma capa fibromuscular, formando a lesão chamada placa fibrosa, cujas manifestações clínicas são infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica. Apesar de essas manifestações atingirem um índice significativo na idade adulta, o processo aterosclerótico se inicia décadas antes do surgimento das mesmas (Rabelo & Martinez, 2004).

Segundo os autores acima citados, a probabilidade de a obesidade persistir na vida adulta é maior quando a mesma está presente na infância. O excesso de peso dos pais também exerce influência na determinação do peso dos filhos e isso se deve tanto a fatores genéticos como a ambientais.

A obesidade infantil também favorece o aparecimento de várias alterações na pele, decorrente das grandes pregas de pele resultante da mesma, nas áreas de dobras onde há maior contato entre as superfícies de pele. Este fato predispõe à maior sudorese e maceração dos tecidos em contato, favorecendo o aparecimento de intertrigos, que são dermatites agudas ou crônicas e se manifestam por eritema e edema e leve descamação. A sintomatologia é de prurido, ardor e queimação, sendo as áreas mais acometidas axilas, inframamárias e a infra-abdominal (Oliveira & Rivitti, 2007).

Outros prejuízos causados pelo excesso de peso a saúde da criança é a osteoartrite, que se desenvolve nas articulações dos joelhos e tornozelos, tendo como causa traumas constantes dificultando a adesão das crianças a atividades de esportes. Também pode-se encontrar osteoartrite em articulações que não têm função na sustentação do peso corpóreo. As doenças hepatobiliares, como é o caso da esteatose hepática ocasionada por deposição do excesso de triglicerídeos nos hepatócitos, tendo como consequência o aumento do fígado podendo

evoluir para uma cirrose hepática. Por fim, em idade adulta alguns tipos de câncer podem ocorrer com uma prevalência maior na obesidade, nos homens estão os de próstata e estômago, ao passo que, nas mulheres o maior risco está nos que acometem a mama, útero, colo do útero e ovários (Peres, 2005).

Segundo Dichtchekenian (2007), apesar de a grande maioria dos casos de obesidade ser de origem exógena, uma parcela não desprezível possui como manifestações anormalidades do sistema endócrino. O mesmo autor considerou que em algumas situações a doença endócrina instalada pela obesidade pode ser reversível após a redução de peso, em outras a causa primária da obesidade é endócrina e quando tratada há redução e normalização do peso.

Repercussões psíquicas da obesidade infantil

Algumas pessoas conseguem manter o equilíbrio entre a energia vinda do alimento e a energia gasta com atividade física. Sabemos que a quantidade de alimento ingerida depende do apetite, o hipotálamo tem sido focalizado como o órgão regulador do equilíbrio energético, Setian (2007, pp 2-3) pondera que:

O encontro do hipotálamo como órgão-alvo do problema da obesidade não é único, uma vez que esse mecanismo de controle hipotalâmico pode alterar-se sob influências psicológicas, a exemplo do que pode ocorrer com uma criança mimada em excesso, em que as guloseimas são utilizadas como objetos de premiação ou castigo. As contrariedades e infelicidades levam a criança a buscar o alimento como consolo e gratificação.

Pensando o processo de formação da família, Houzel (2004) assinala que não basta ser genitor ou ser designado como pai/mãe para exercer a parentalidade; é necessário “tornar-se pais” e isso acontece por um processo complexo que o autor chama de experiência de

parentalidade, que se constitui pelo conhecimento subjetivo consciente e inconsciente de vir a ser pais e preencher os papéis parentais. O autor destaca dois aspectos desse processo: *a)* o desejo pela criança, que foi objeto de numerosas hipóteses psicanalíticas e sistêmicas e, de acordo com a última, corresponde à noção de “dívida de vida” que diz respeito ao fato da mulher grávida tornar-se mãe e ocupar o lugar da sua mãe, ou seja, o que foi recebido deve ser transmitido para restaurar a homeostase familiar; *b)* o processo de parentificação que é mais conhecido, sobretudo, pelas mulheres no desenvolvimento da maternidade. Durante a gravidez surge uma nova organização do psiquismo da mulher que tem duração variável indo até depois do nascimento da criança. Ela comporta um conjunto de tendências, sensibilidades, fantasias, medos e desejos.

Wagner & Mosmann (2009) acreditam que as características da relação conjugal se expressam na parentalidade de forma direta e têm consequências sobre o ajustamento dos filhos. Assim, as relações conjugais com bons níveis de satisfação podem atuar como fonte de apoio para os cônjuges em relação à parentalidade. Por outro lado, casais com altos níveis de conflito conjugal podem ser inconsistentes, não responsivos, indiferentes e não afetivos em proteger e monitorar seus filhos.

Menendez et al (2004) dizem que para o homem, a passagem do status de genitor ao de pai pode ser considerada um ato de nascimento social, no entanto é a representação que o homem faz de si mesmo como pai, que o transformará e fará que a função paterna comece. Os autores acreditam que há capacidades de interação no pai que irão facilitar a maternagem e uma delas seria a de embalar, descobrir a criança durante suas trocas afetivas e essa flexibilidade facilita a função materna, não no sentido de substituí-la, mas de complementá-la.

Para Missonnier (2004) outro componente importante no processo parental é a qualidade da presença dos avós, principalmente no que diz respeito a relação da jovem grávida com sua própria mãe. As relações marcadas por conflitos nesse período acarretam

uma vulnerabilidade desnecessária, visto que o momento é de receptividade para troca de informações e apoio possibilitando uma reaproximação maior, afinal, os interesses da mulher grávida nesse momento são dirigidos para sua mãe como mãe e menos na mãe como mulher, assim, ela pode sentir o desejo de amar e cuidar de sua criança como ela teria desejado ser amada.

Segundo Dias, Aguiar e Hora (2009) o aumento da expectativa de vida e as mudanças no contexto social e cultural, delinearão diferentes atribuições dos avós nas últimas décadas, saindo do papel tradicional de provedores de presentes e carinhos assumiram o papel de mediadores de conflitos proporcionando muito afeto e pouca repreensão aos netos e, atualmente com certa frequência os avós passam a desempenhar o papel de pais com todas as funções pertinentes, seja pelo fato de ambos os pais trabalharem fora de casa e não terem com quem deixar a criança ou pela convivência num mesmo lar.

Assim, no contexto de trocas afetivas e cuidados é que se formará o vínculo entre a criança e quem cuida dela. Quando há acolhimento e segurança no ambiente, a criança desenvolve uma ligação forte que proporcionará uma base segura para explorar o mundo que a cerca, e quando houver dificuldades ou sentir-se ameaçada, ela poderá retornar a esse refúgio emocional seguro. Quando esse vínculo não se desenvolve de forma adequada, há um potencial para problemas emocionais (Spada, 2005).

Os problemas emocionais e psicológicos podem afetar crianças obesas, no entanto, não há um perfil ou uma estrutura mental única para esses indivíduos, sendo arriscada a generalização dos problemas psicológicos para todos os casos de obesidade. Bruch (1973) diz que é preciso diferenciar desordens psíquicas que jogam papel importante no desenvolvimento da obesidade daquelas que sobrevivem do estado obeso, principalmente vivendo numa cultura hostil ao sobrepeso. Acredita-se ser delicada e difícil essa diferenciação devido aos vários fatores envolvidos na obesidade infantil. O que é mais evidente é que

determinadas dificuldades psicológicas estão sempre presentes, podendo estar entre os fatores determinantes da obesidade exógena ou ser consequentes à obesidade endógena.

Bruch (1977) considera que a obesidade é um prejuízo na vida social de uma criança, prejudica sua relação com os outros e as atividades compartilhadas. A autora salientou que a obesidade não possui a dignidade das outras doenças e nem sempre é levada a sério, mesmo pelos adultos, muitas vezes é considerada cômica. Assim, apesar das crianças serem “grandes”, raramente são bons lutadores ou conseguem se assegurar por outros meios.

Segundo Lemes (2004) os autores que trabalham com obesidade infantil são unânimes em afirmar que o estabelecimento de um vínculo ruim na infância poderá desencadear e atuar na manutenção da doença. Acrescenta que uma das explicações para isto seria a predisposição da criança em se tornar obesa. A outra poderia ser resultante de um comportamento compensatório dos pais, ou seja, diante da dificuldade para oferecer afeto ao filho, eles substituem por alimento.

De acordo com Cataneo, Carvalho e Galindo (2005), os aspectos psicológicos de pessoas obesas foram objeto de estudos, tendo-se como resultados que este fenômeno ocasiona uma carga psicológica em termos de sofrimento, que pode ser considerada como um dos maiores efeitos negativos da obesidade. Algumas crianças sofrem discriminação e estigmatização, o que prejudica seu desenvolvimento físico e psíquico, podendo causar um impacto negativo em sua qualidade de vida e demarcar obstáculos para efetivar mudanças no comportamento alimentar (Gonçalves, Gorayeb, Liberatone & Domingos, 2005). Segundo esses autores, as crianças acometidas pela obesidade são frequentemente importunadas pelos colegas e menos aceitas do que as crianças com peso normal, sendo que, ao longo da vida o excesso de peso traz outras dificuldades: mudanças de humor, menor índice de empregos, timidez, auto-estima baixa.

Lemes (2004) complementa que quando as crianças obesas sofrem discriminações, é muito comum vê-las se queixando para não ir à escola, desistindo de participar de esportes para evitar expor o corpo, recusando-se a ir a uma festa porque se acham diferentes e nenhuma roupa fica boa. O sistema familiar também acentua o problema quando os pais, num momento de fúria, podem usar um apelido pejorativo; o irmão “magro” pode agredir verbalmente com apelidos e piadas; os pais na ânsia de terem um filho(a) “magro” podem acabar exigindo muito da criança; os avós podem tomar partido da criança obesa e acreditar que ela tem que “comer mesmo”.

No que se refere à auto-estima, Bastos (2005) considera que a criança não nasce com auto-estima baixa, ela surgirá e se desenvolverá durante sua vida e nas relações estabelecidas com os demais. É desenvolvida a partir de modos de olhar significativos que as mesmas recebem desde os primeiros anos, em interação com seu contexto social. Também é composta pelos sentimentos de “amor a si mesmo, a visão de si mesmo e a autoconfiança”, que possibilitam desenvolver recursos que proporcionam condições para seu êxito ou seu fracasso. O mesmo autor acrescentou que dentre os vários fatores envolvidos no desenvolvimento da auto-estima, o mais relevante é o meio social onde a criança está inserida.

Em seu meio social, de acordo com Lemes (2004), de tanto serem tratadas como diferentes as crianças obesas começam de fato a se sentir diferentes. É como se elas não pertencessem a lugar nenhum, exceto quando encontram outra criança na mesma condição que a sua. Começam a se sentir incapazes para fazer qualquer coisa, ficam desmotivadas e acham que não adiantam tentar, afinal “elas não conseguirão mesmo”. Quando a auto-estima está muito baixa, elas começam a se achar insignificantes e, às vezes, acabam achando uma maneira de se relacionar com os colegas, sendo o “bonzinho” do grupo e a ela caberá fazer o que os demais não fazem.

Outro fator bastante citado como presente na dinâmica da personalidade do indivíduo obeso é a ansiedade. Andrade e Gorenstein (1998) afirmam que este é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsor do desenvolvimento. Torna-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia.

Os mesmos autores salientam uma diferenciação quanto à forma com que a ansiedade pode se apresentar: ansiedade-estado e ansiedade-traço. O estado de ansiedade é conceituado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos, e por um aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. Assim, os escores de ansiedade-estado podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo.

Já ansiedade-traço, segundo esses autores, refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, com intensificação do estado de ansiedade. Portanto, os escores de ansiedade-traço são menos suscetíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo.

A depressão infantil pode ser também sintoma de patologias orgânicas e se desenvolver na obesidade infantil. Isso se manifesta num apetite continuamente maior, sentimentos de tristeza, irritabilidade, agressividade, fadiga crônica apresentada como reclamações de cansaço, dependendo da intensidade e frequência, podem caracterizar sintomas depressivos e interferir na vida da criança acarretando dificuldades comportamentais no seu relacionamento social (Gonçalves, Gorayeb, Liberatone & Domingos, 2005).

Outra patologia muito comum em portadores de obesidade é o comportamento de comer compulsivamente, também conhecido como transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), foi descrito pela primeira vez na década de 1950, em indivíduos obesos

que estavam em tratamento para emagrecer. Caracterizado por episódios recorrentes de descontrole alimentar, com ausência de comportamentos compensatórios inadequados (indução de vômitos ou ingestão de laxantes) para promover a perda ou evitar o ganho de peso. Além da ingestão excessiva de alimentos, sintomas afetivos são descritos no comer compulsivo como tristeza, vergonha, culpa, além de acentuada angústia. Outra observação que se faz é o desenvolvimento dessa patologia associada a famílias que apresentam algum tipo de transtorno afetivo, de personalidade ou de dependência de substâncias (Pisciolaro & Azevedo, 2010).

Em seus estudos Kahtalian (1992, p.275), descreve uma das funções da obesidade:

O excesso de peso constitui-se num aleijão, em muleta que tem de carregar para o resto da vida. Serve o excesso de peso no corpo à função de localizar toda angústia e toda a sorte de dificuldades existenciais. A localização (somatização), no entanto, para muitos traz tranqüilidade e paz. O indivíduo, ao viver e ao aceitar (internamente) a obesidade e tê-la como fonte de todas as desgraças de sua vida, já possui condição de exercer um controle. Ele já não precisa mais pensar em dificuldades emocionais, mas, sim, em controlar o seu peso.

Nesse sentido, o ato de comer para os indivíduos obesos é considerado pelo autor como tranqüilizador, como uma forma de localizar a ansiedade e a angústia no corpo, sendo apresentadas também dificuldades de lidar com a frustração e com os limites. Já Spada (2005) acredita que comer em demasia pode ser uma forma de lutar contra o estresse, tristezas e fraquezas, perdendo, total ou parcialmente, a capacidade de identificar o que é de fato imprescindível para a vida. Para esta autora, por ser um comportamento de difícil controle, o indivíduo perde a noção do ato de comer, sem se dar conta da quantidade que está comendo e, muitas vezes, do que está comendo.

Neste artigo, serão examinados os elementos presentes na história familiar das crianças com obesidade, os sentimentos expressos pelas famílias frente ao problema, as consequências físicas e psíquicas da evolução da doença e as expectativas com o tratamento, buscando o entendimento de possíveis fatores que predisõem e mantêm a obesidade na infância.

Método

A pesquisa foi realizada no ambulatório de referência em Obesidade Infantil do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Neste ambulatório, atendem-se crianças não somente da comunidade, como também oriundas de outras localidades. No que se refere aos encaminhamentos, estes são feitos aos nutricionistas da instituição, tanto pelos próprios profissionais do IMIP, como por outros profissionais que conhecem o trabalho desenvolvido no ambulatório.

Participaram do estudo seis mães e uma avó, com idades entre 29 e 59 anos, de crianças, de ambos os sexos, na faixa etária entre 8 a 10 anos incompletos. Quanto aos critérios de inclusão na pesquisa, as crianças deveriam apresentar o Índice de Massa Corporal (IMC) acima do percentil 95, diagnosticadas com obesidade pelos nutricionistas do ambulatório, não apresentar distúrbios endocrinológicos como causa do excesso de peso e estar na faixa etária entre 6 e 10 anos incompletos. Para obtenção das informações foi utilizada uma entrevista com questões relacionadas aos objetivos da pesquisa e os dados sócio-demográficos dos participantes (Anexos 3,4 e 5).

O projeto de pesquisa nº 1646 foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição que apoiou a pesquisa (Anexo 1). Antes de cada entrevista foi apresentado e assinado pelas participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) (Anexo 2). O local para realização das entrevistas foi uma sala de atendimento cedida pelo IMIP. As entrevistas foram realizadas

individualmente e tiveram duração de aproximadamente uma hora. Foram dados nomes fictícios para preservar a identidade dos participantes.

Foi utilizado um gravador, com a autorização das entrevistadas, a fim de trabalhar as temáticas abordadas durante a entrevista. Os resultados foram transcritos e analisados de acordo com a técnica da análise de conteúdo temática, seguindo os passos adotados por Minayo (2007): pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados obtidos. A pré-análise consiste na primeira etapa em que há a organização do material a ser analisado. Nesta fase, foi realizada a leitura exaustiva das falas das entrevistadas, buscando as informações que estivessem em concordância com os objetivos da pesquisa. Na exploração do material, foi realizado um recorte em suas unidades de registro, identificando-se as categorias que foram trabalhadas. Por fim, na interpretação dos resultados, as falas das entrevistadas foram analisadas com base no corpo teórico pesquisado.

Análise e Discussão dos resultados:

Perfil sócio-demográfico das crianças

Das sete crianças, três (Jaime, Marcos e Joana) moram com a mãe e seus avós maternos, duas (Caio e Paulo) moram com os pais e são vizinhos dos avós maternos e as outras duas (Edna e Laura) moram com suas mães. Laura convive com o padrasto, depois do falecimento do pai, e Edna vivencia o relacionamento amoroso do pai com a mãe apenas em alguns finais de semana, visto que o mesmo mantém outra família também. Quatro deles (Caio, Paulo, Marcos e Joana) são filhos únicos.

Das sete entrevistadas, seis relataram que a gravidez não tinha sido planejada. Apenas Lurdes, mãe de Paulo, relatou que a gravidez foi programada e que havia sofrido alguns abortos espontâneos antes de conseguir finalizar a gestação dele. Das crianças atendidas, quatro (Edna, Jaime, Marcos e Joana) estavam em seu primeiro tratamento de obesidade. Os demais estavam na seguinte condição: Caio fez seu primeiro tratamento aos cinco anos na

própria instituição, mas já havia interrompido; Paulo já tinha feito um acompanhamento com nutricionista no posto de sua comunidade e Laura começou a fazer acompanhamento aos três anos de idade em sua comunidade e desde o segundo semestre de 2009 havia sido encaminhada ao IMIP.

Através das informações coletadas verificou-se que, das crianças que estavam em condição de retorno de consultas anteriores, Marcos, Edna e Jaime não haviam conseguido perder nem manter seu peso; Paulo e Joana conseguiram perder peso, sendo que Paulo necessitou ficar internado durante duas semanas para perda urgente de peso e normalização da pressão arterial. Já Laura não perdeu, mas conseguiu manter seu peso e com o crescimento corpóreo seu quadro melhorou um pouco. Caio estava na sua primeira consulta. É válido salientar que mesmo com algumas melhoras apresentadas por algumas crianças nenhuma delas conseguiu sair do quadro da obesidade infantil.

De acordo com os objetivos da pesquisa, foram identificados os seguintes núcleos temáticos: 1) Elementos presentes na história familiar das crianças com obesidade, subdivididos nas categorias: nascimento, relacionamento entre os pais e início da obesidade; 2) Sentimentos e dificuldades expressos pela família, com as categorias: modificações na rotina do lar decorrentes do tratamento, consequências físicas e psíquicas da obesidade, expectativas frente ao tratamento e atitudes tomadas para enfrentar o problema.

1-Elementos presentes na história familiar das crianças com obesidade

Nascimento

No período da gestação os ajustamentos na família são necessários para que a criança seja acolhida e investida de sentimentos. É importante aprender a conhecer e reconhecer as necessidades desse novo ser.

Ao falar sobre os acontecimentos importantes ocorridos durante a gestação, as seis das sete entrevistadas relataram que a gravidez não tinha sido planejada e que muitas mudanças aconteceram em suas vidas devido a esse acontecimento.

Eu não queria ter engravidado porque na época eu só namorava o pai dele. Minha mãe me colocou para fora de casa e meu esposo assumiu minha gravidez. A minha sogra sempre me ajudou com Caio, se brincar eu me entendo melhor com ela do que com minha mãe, que não é uma avó de beijar, abraçar os netos. Ela é muito estressada. Só vamos a casa dela porque ela é minha mãe, mas é muito difícil lidar com ela (Maria 29 anos, mãe de Caio, 9 anos).

No relato de Maria percebe-se o distanciamento afetivo de sua mãe especialmente no momento da gravidez, estendendo-se ao longo do desenvolvimento de Caio. Acredita-se que a experiência e a percepção da família de origem dos pais exercem um grande impacto sobre a forma como a pessoa interage dentro do seu sistema familiar. Missonnier (2004) acredita que, no momento da gestação os interesses da mulher grávida estão voltados para sua mãe como mãe, assim, a gestante pode sentir o desejo de amar e cuidar de sua criança como ela teria desejado ser amada. Postula-se que a falha na estruturação da relação de Maria com sua mãe pode ter influenciado a dificuldade que ela tem em reconhecer as necessidades de Caio fora da esfera alimentar e, assim, o alimento é oferecido indiscriminadamente como manifestação de cuidados e amor.

Eu não gosto de comer comida do tipo feijão e arroz. Quando meu marido está em casa, ele faz uma comidinha mais saudável, quando não eu e Caio comemos besteira o dia todinho, biscoito, doce, essas coisas. Toda hora ele está mastigando alguma coisa. Gostamos de comer

panquecas e lasanhas no final de semana que o pai dele está de folga (Maria 29 anos, mãe de Caio, 9 anos).

Outra questão percebida nos relatos das entrevistadas refere-se ainda aos conflitos precipitantes descritos por Spada (2005), quando não há uma aceitação por parte de um dos pais pela gravidez. Abaixo o relato de Jacira, avó de Joana, demonstra a indiferença do pai com a mãe de Joana no momento em que ela revelou a gravidez.

Minha filha estava namorando quando engravidou de Joana. Ela tinha 20 anos. O pai de Joana desapareceu quando soube da gravidez. Ela (a mãe da criança) ficou com tanta raiva que não queria comunicar aos pais dele, fui eu quem comunicou. O pai de Joana é muito festeiro e até hoje não dá assistência a ela. As duas moram comigo (Jacira, 59anos, avó de Joana, 9 anos).

Para Spada (2005) e Pisciolaro e Azevedo (2010) as famílias com histórico de abuso de álcool, drogas ou doenças afetivas, estão suscetíveis a possibilitar que seus integrantes desenvolvam algum tipo de doença alimentar como uma consequência de um preenchimento de vazio emocional. O relato abaixo apresenta o ambiente doméstico vivido por essa criança.

Quando Joana nasceu, ela e a mãe tiveram que ficar em minha casa porque o pai dela não assumiu esse compromisso. Lá em casa é um descontrole total, meu marido é alcoólatra, bebe em todo o canto, fala alto, grita, diz muito palavrão e fica nu. Ela presencia tudo e, para completar, ele implica muito com Joana, briga e coloca a culpa sempre nela. É mais uma pessoa colocando a culpa nela. Ele é um homem doente e por isso é um aperreio total (Jacira, 59anos, avó de Joana, 9 anos).

Relacionamento entre os pais

Menendez et al. (2004) acreditam que filhos podem ser resultado da proximidade e do projeto da vida em comum do casal. Quando isso não ocorre entre o casal e se complementa com a lacuna da ausência da função parental, a situação poderá repercutir negativamente no desenvolvimento da criança predispondo o ambiente ao surgimento de doenças alimentares.

Tenho um companheiro que é pai de três dos quatro filhos que tenho. Ele é pai de Edna. A nossa relação não é muito boa, ele não mora conosco o tempo todo. Vive em Limoeiro com outra família que arranhou depois do nosso relacionamento e vem ficar conosco nos finais de semana, às vezes nem vem e quando chega nem existe essa coisa de animação por parte da gente. Ele é mulherengo, safado e tem filho espalhado por todo canto. Nunca saímos para nada porque ele tem medo que nos vejam junto. As crianças vivenciam tudo isso e acabo ficando com ele porque penso que seria pior sem ele com todos esses filhos (Marcela, 32 anos, mãe de Edna, 9 anos).

Quando disse ao meu marido que estava grávida foi um choque para ele. A família dele me culpou pela gravidez porque não vivíamos bem e disse que eu tinha feito para segurar o casamento. Depois que Marcos nasceu nos separamos e os conflitos continuaram por diversos motivos, entre eles, o fato dos parentes do pai falar de mal de mim na frente de Marcos e também pela agressividade com que ele trata o menino. Ano passado ligaram da escola para o pai reclamando do comportamento de Marcos, o pai foi na escola no mesmo dia e deu uma surra no menino na frente de

todos os amiguinhos. Até hoje Marcos não está querendo vê-lo e essas coisas me consomem demais (Marta, 33anos, mãe de Marcos, 8 anos).

Observa-se nos relatos de Marcela e Marta uma dificuldade na função de casal que se estende à função parental. O que elas descrevem são falhas desses genitores ao realizarem seus papéis, tanto como companheiros, quanto pais. Marcela apesar de descrevê-lo com a característica de companheiro, no diálogo reconhece a falta da convivência com ele, o que anula essa função na prática. Wagner e Mosmann (2009) pensam que, a forma como se estabelecem as relações conjugais resultará em conseqüências que transbordam, e atingem a relação pais-filhos. Dessa maneira, se as relações conjugais se estabelecem de forma negativa, seus efeitos atuarão negativamente sobre os filhos.

Início da obesidade

Apesar de acreditar que o modelo da família tradicional também produzia sintomas psíquicos nas crianças, Roz (2007) afirma que ainda cultiva-se uma “dívida” em relação a essa formação familiar e são as mulheres que mais sofrem. Segundo a autora, os conflitos entre maternidade e trabalho são bastante presentes nas mulheres, gerando sentimentos de culpa pelo “abandono” dos filhos e atitudes compensatórias em relação a eles. Essa “dívida” faz com que mães e pais sintam-se sempre insuficientes, desamparados e culpados em relação aos filhos e isso se agrava quando desenvolvem algum problema que coloca em questão os cuidados referentes a eles.

Inicialmente voltei a trabalhar quando Marcos completou quatro meses, mas só agüentei ficar longe dele 15 dias e pedi demissão. Minha mãe disse que era loucura minha porque muitas mulheres trabalham com bebê novinho, mas eu fiz diferente e somente quando ele tinha aproximadamente três anos retornei a trabalhar. Nesse período eu e o pai dele nos separamos e Marcos começou a ficar na casa da minha

mãe. Foi aí que percebi que ele começou a engordar (Marta, 33 anos, mãe de Marcos, 8 anos).

Tanto eu como meu esposo trabalhamos fora de casa. Como moro vizinho a minha mãe, peço para ela dar uma olhadinha nele vez por outra. Ele estuda pela manhã, quando chega almoça, faz a lição e vai assistir televisão. Ele já nasceu gordinho, todo bonitinho e bem saudável (Lurdes, 40 anos, mãe de Paulo, 9 anos).

Depois que Carla teve Joana as coisas em casa ficaram mais apertadas e ela teve que ir trabalhar. Como já era aposentada fiquei cuidando dela, faço salgadinhos para festas e Joana me ajuda a enrolar, mas depois quando vou fritar ela sempre quer comer alguns e eu deixo. Ela nasceu bem magrinha e com uns quatro anos começou a engordar (Jacira, 59anos, avó de Joana, 9 anos).

Nesses relatos vê-se que a saída da mulher para o mercado de trabalho é marcada não somente pela mudança de status, mas, nesses casos, por uma necessidade de complementação da renda familiar. O que às vezes acontece é que, em alguns casos, os pais por disporem pouco tempo com seus filhos, não conseguem dar um não nas investidas da criança aos alimentos, como uma forma de compensar a ausência física. Outra questão que se observa no caso de Paulo é a oferta exagerada do alimento reforçando a crença da criança que nasce gordinha, ser saudável e bonita.

2- Sentimentos e dificuldades expressos pela família

Modificações na rotina do lar em decorrência do tratamento

Algumas entrevistadas expressaram suas dificuldades em mudar a rotina da casa em função do tratamento da criança. L. Campos (2004) cita a postura cultural de algumas famílias que gira em torno do alimento favorecendo a preservação da doença alimentar: os hábitos inadequados, os horários sem controle nenhum, a supervalorização do alimento como o único prazer.

Depois que me separei voltei para casa do meu pai. Lá não temos privacidade, o ambiente é muito agitado porque tem meus irmãos também. O almoço é feito para todo mundo, mas a janta e o café cada um faz o seu. Jaime gosta de imitar as coisas que meu irmão faz como comer vendo televisão e dormir tarde; quando digo que não, esse meu irmão reclama comigo. Sinto dificuldades em seguir o controle da nutricionista porque quando proíbo um alimento, vem outro e dá para ele. Nos finais de semana, quando não saímos para comer uma pizza, mando ele comprar um bolo de ovos, cachorro-quente ou coxinha, Jaime me cobra muito fazer essas coisas (Adriana, 33 anos, mãe de Jaime, 9 anos).

O que se nota no relato de Adriana é a dinâmica familiar alterada facilitando desajustes e hábitos inadequados, não dando oportunidade para que o encontro a mesa seja um momento de diálogos construtivos. Também percebe-se a incapacidade de Jaime adiar a satisfação em comer as guloseimas nos finais de semana, sendo mais uma dificuldade exposta pela mãe.

Em casa fizemos várias modificações, só que nos finais de semana meus irmãos vão almoçar lá e eu, como não posso mais estar fazendo

determinadas comidas por conta de Joana, faço um macarrão com carne e um molhinho bem adubado. Não deixo de fazer porque esse meu irmão ama macarrão. A nutricionista já disse que não pode sobrar nada para que ela não queira comer, temos que evitar todos os excessos, mas é difícil, né? (Jacira, 59 anos, avó de Joana, 9 anos).

No relato dessa avó nota-se que a cultura alimentar da família é tão forte que se gera um desconforto ao pensar em mudar toda sua rotina. Essa situação demonstra uma impossibilidade de explanar afetos aos seus membros de outra maneira, refugiando-se em rituais alimentares.

Consequências físicas da obesidade

O desenvolvimento da obesidade na infância está associado com a obesidade do adulto e com diversas morbidades. O ganho de peso na criança é acompanhado por aumento de estatura e aceleração da idade óssea, depois, o ganho de peso continua e a estatura e a idade óssea se mantêm constantes. A puberdade pode ocorrer mais cedo, o que ocasiona altura final diminuída, devido ao fechamento mais precoce das cartilagens de crescimento (Manna, 2007). Os relatos abaixo mostram o quanto à saúde das crianças já se encontram comprometida pelo excesso de peso.

Laura desenvolveu diabetes e pressão arterial alta devido à obesidade. Ela está tomando remédio para pressão e todos os dias a gente tira o sangue para acompanhar a diabetes. Eu me estressava muito com os gritos dela para tirar o sangue, até que ela aprendeu a fazer e passou minha agonia (Lúcia, 32 anos, mãe de Laura, 8 anos).

Nos exames de Joana saiu um diagnóstico para hipercolesterolemia (Jacira, 59 anos, avó de Joana, 8 anos).

Ela tem hipercolesterolemia e sempre sai uns furúnculos nela (Marcela, 32 anos, mãe de Edna, 9 anos).

Quando vim procurar um endocrinologista no IMIP, este me encaminhou para uma pediatra que solicitou o internamento de Paulo porque a pressão dele estava muito alta e ele estava muito acima do peso. Ela disse que seria melhor para agilizar os exames e até para ele perder um pouco de peso e a pressão regularizar. Paulo ficou duas semanas internado. Ele está tomando remédio pela manhã e a noite para pressão e outro que a endocrinologista passou para as taxas hormonais que estavam alteradas. Ele também está com problemas na pele, embaixo das axilas nascem um carocinhos parecendo furúnculos que arde e coça. Ele tem reclamado bastante (Lurdes, 40 anos, mãe de Paulo, 9 anos).

As falas dos familiares descrevem o quanto as conseqüências físicas da obesidade podem atingir, desde muito cedo, as crianças e deixar conseqüências alarmantes. Alguns autores como Manna (2007), Koch (2007), Rabelo e Martinez (2004), Oliveira e Rivitti, (2007), são unânimes quando dizem que a presença de alterações metabólicas precoces no organismo da criança, desde aparentemente a mais leve como as alterações de pele, até as mais graves como a hipercolesterolemia, hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, quando se prolongam até a idade adulta poderão gerar grandes índices de mortalidade nesses indivíduos.

Consequências psíquicas da obesidade

Para Lemes (2004) o aspecto emocional está sempre associado à obesidade, como causa ou consequência dela, até mesmo por tratar-se de uma doença não aceita socialmente.

Spada (2005) acrescenta que o fator individual psíquico pode influenciar negativamente na capacidade da criança distinguir entre a fome fisiológica e aquela para aliviar algum tipo de desconforto emocional, o que faz com que ela coma sem perceber o próprio limiar de saciedade.

A alimentação é um pouco desregrada porque toda vez que ele tem fome, come e come aquele prato de almoço e ele tem fome toda hora. Paulo almoça e duas horas depois quer comer novamente a mesma coisa e com igual quantidade do almoço, de preferência que seja macarrão com alguma fritura, saio para trabalhar e quando chego tenho que ficar vasculhando para ver se ele comeu mais do que o determinado (Lurdes, 40 anos, mãe de Paulo, 9 anos).

Laura é muito ansiosa, rói unha e fica com raiva quando a irmã fala que ela está muito gorda, briga e esperneia. Em casa ela briga com todos. Fico no pé dela para que ela perca peso, muitas vezes ela acorda de madrugada e pede para comer um prato de arroz, coloco, mas reclamo e paro de falar porque percebo que ela fica mais ansiosa e triste (Lúcia, 32 anos, mãe de Laura, 8 anos).

Caio não gosta que os amigos o chamem de gordo. Já fui falar na escola sobre esses comportamentos dos amiguinhos dele. Também quando está ansioso fica roendo unha (Maria, 29 anos, mãe de Caio, 9 anos).

Em casa Edna é o tempo todo inquieta, briga demais com todo mundo e quebra as coisas, não gosta que os amigos chamem ela de gordinha (Marcela, 32 anos, mãe de Edna, 9 anos).

Jaime fica envergonhado quando chama-o de gordinho, ele não gosta de tirar a blusa na frente de outros e ele é muito ansioso (Adriana, 33 anos, mãe de Jaime, 9 anos).

Acho Joana uma menina muito triste e ansiosa. Ela rói unha, aí a mãe vai e bate nela; só que a mãe rói unha também (Jacira, 59 anos, avó de Joana, 9 anos).

Percebe-se nos relatos das entrevistadas a existência das repercussões psíquicas (ansiedade, auto-estima baixa, discriminação, estigmatização, tristeza, irritabilidade, agressividade) no cotidiano das crianças. De acordo com Gonçalves et. al. (2005) as influências sociais nessa fase geram impacto ao longo da vida. Tratando-se da obesidade, acredita-se que a relação que a criança estabelece com seu corpo por meio das identificações, ocasionará sentimentos de estranheza e impactos negativos na auto-estima e imagem corporal. Essas questões são observadas na atitude de Jaime não querer tirar a blusa na frente de colegas, como também na chateação de Caio e Edna quando os chamam de gordinhos.

Nas falas das entrevistadas também identifica-se sentimentos de tristeza, inquietude, irritabilidade e ansiedade nas crianças, assinalando os indicativos que encontramos na literatura referente à obesidade na infância. Outra consequência encontrada foram os episódios de comer compulsivamente, descritos pelas mães de Paulo e Laura, que ingerem grandes quantidades de alimentos sem estarem fisicamente famintos.

Através desses discursos nota-se que as famílias encontram dificuldades em gerenciar essas questões. Pressionadas, por um lado, pela necessidade da criança perder peso e, por outro, pela sensação de se estar aumentando mais ainda nos filhos tais sentimentos negativos, as famílias acabam perdendo seu papel regulador.

Expectativas frente ao tratamento e atitudes tomadas para enfrentar o problema

O Departamento de Nutrição do IMIP realiza assistência nutricional individualizada aos pacientes no ambulatório da instituição promovendo orientação nas diversas patologias. A avaliação nutricional é realizada através de uma anamnese alimentar, com o objetivo de diagnóstico, reeducação alimentar e monitoramento da evolução do tratamento. Abaixo segue o que as entrevistadas relataram esperar do tratamento:

Espero que ela melhore com esse tratamento. Ela tem nove anos, sabe comer com as mãos, sabe pegar as coisas, eu converso, ela não obedece, eu acabo batendo nela. Eu procuro fazer o que a médica manda, mas ela não perdeu peso. Às vezes penso que não adianta, que ela não tem jeito (Marcela, 32 anos, mãe de Edna, 9 anos).

Espero que ele tenha consciência e ajude-se a perder peso. Tem vezes que ele está demais, termina de comer e já está beliscando alguma coisa. Eu estou procurando melhorar a alimentação na casa do meu pai (Adriana, 33 anos, mãe de Jaime, 9 anos).

O grande problema de Joana são as perdas de roupa, espero que com esse tratamento ela perca peso e se anime. Fazemos o que a médica manda. Eu disse a ela que não adianta o sacrifício que a gente faz se ela não colabora (Jacira, 59 anos, avó de Joana, 9 anos).

Laura não aceita as colocações com facilidade, explico o que tem que ser feito e parece que ela não quer entender, ou o problema já está em mim que pareço ver coisas demais. Estou buscando esse tratamento para ajudá-la (Lúcia, 32 anos, mãe de Laura, 8 anos).

Espero que Paulo consiga baixar o peso. Para ajudá-lo o pai comprou um jogo e eu prometi comprar os cartuchos caso ele perdesse peso (Lurdes, 40 anos, mãe de Paulo, 9 anos).

As entrevistadas mantiveram a resposta imediata de esperar do tratamento a perda de peso das crianças. Percebe-se que embora a família queira que a criança adquira o peso adequado, por vezes mantém uma postura adversa no processo de reeducação alimentar, delegando a responsabilidade para a criança, punindo quando a mesma não obedece ao combinado, seja na ordem física, como se vê no caso de Edna, ou com palavras de desistência, como traz o relato da avó de Joana. Apenas Lúcia relatou que buscou esse tratamento para ajudar Laura em virtude de suas limitações devido à dificuldade de entendimento com a filha.

Quanto às atitudes tomadas para enfrentar a obesidade, a maioria informou fazer as solicitações recomendada pelas nutricionistas. Tais solicitações são referentes às modificações nos hábitos alimentares. Ainda assim, existiu a queixa de que essa estratégia não estava causando a perda de peso. Observa-se no relato de Lúcia a utilização da barganha como recompensa pela perda do peso adquirido por Paulo.

Considerações finais

A obesidade é uma condição complexa que afeta não somente países desenvolvidos, mas também se estende cada vez mais aos países em desenvolvimento, cujo foco,

anteriormente, prevalecia sobre a desnutrição. Pode ser considerada também uma síndrome, por apresentar vários sinais e sintomas dos fatores que a influenciam. Sua prevalência reflete as profundas modificações que a sociedade vem passando ao longo dos anos e, por isso, a obesidade infantil acaba sendo um sério desafio da saúde pública do século XXI.

O nascimento de uma criança é permeado por vários sentimentos. Nesse estudo observou-se a existência de conflitos precoces nos relacionamentos entre pais e filhos, o que leva a acreditar que mesmo amando seus filhos, os pais acabam não tendo a oportunidade de tornarem-se íntimos deles o suficiente, causando uma falta que eles tentarão minimizar de alguma maneira. Por sua vez, o próprio relacionamento entre os pais, na sua maioria, mostrou-se bastante tumultuado, o que faz pensar que a obesidade na criança seja uma forma de mascarar tais dificuldades ao focalizarem-se na doença.

Através das dificuldades geradas no contexto familiar na modificação da rotina do lar em função do tratamento, percebe-se os impasses das famílias na compreensão das singularidades dos seus membros e das suas necessidades. Isto ressalta a importância da implementação de trabalhos que visem orientar e acolher esses familiares nas suas apreensões.

Quanto às conseqüências físicas, observa-se que, algumas crianças já apresentam alterações metabólicas importantes com pelo menos um fator de risco como hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Esse resultado demonstra a necessidade de intervenções de políticas de saúde que visem estratégias de estilo de vida saudável para a comunidade, incentivando o aprendizado de hábitos benéficos na alimentação e na prática de exercícios físicos desde a infância.

É sabido que a postura cultural de algumas famílias diante do alimento pode favorecer o aparecimento da obesidade na infância. Os hábitos inadequados, os horários sem controle nenhum, a supervalorização do alimento como o único prazer que ainda se pode comprar,

contrapõe-se com a supervalorização da cultura ocidental ao culto do corpo magro, atual padrão de beleza. As manifestações psíquicas do excesso de peso foram reconhecidas nesse estudo: as crianças acabam sendo fonte de chacotas, discriminação entre seus pares, apresentando sentimentos de ansiedade, tristeza e irritabilidade, bem como comportamentos de comer compulsivamente.

As falas dos familiares quanto às expectativas frente ao tratamento, evidenciaram que alguns estavam esperançosos com os possíveis resultados, enquanto outros apresentaram incredulidades decorrentes dos fracassos de tentativas anteriores. Nota-se dificuldades dos familiares em adequar o ambiente da criança às intervenções solicitadas pelos profissionais. As estratégias utilizadas para enfrentar o problema variaram entre o encaminhamento para a instituição, barganha na aderência ao tratamento e melhora no cardápio da casa.

Esses resultados remetem novamente à importância do esclarecimento às famílias quanto à sua responsabilidade no processo de tratamento e manutenção dos resultados, como também o planejamento junto à comunidade de ações que visem prevenir o aparecimento da obesidade na infância e, uma vez já instalada, que seu percurso seja diminuído por essas atuações.

REFERÊNCIAS

- Andrade, L. H. S. G., Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (6), 258-290.
- Badalan, G., & Silva, G. A. P. (2001). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola de rede privada de Recife [online]. *Jornal de Pediatria*, 77(2), 96-100. Recuperado em 15 de abril 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n2/v77n2a08.pdf>
- Bastos, B. S. M. P. (2005). *A auto-estima da criança que sofre violência física pela família*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.
- Bosello, O., & Cuzzolaro, M. (2010). *Obesidade e excesso de peso: entre a doença e o problema estético*. (Tini, L. E. Trad.). São Paulo: Paulinas.
- Brasil (1996). Ministério da Saúde: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 196. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1977). A importância do excesso de peso. In: Collip, P.J (Org.) *Tratamento da criança obesa*. (pp. 83-90). (Arantes, U. C. Trad.). São Paulo: Manole.
- Campos, A. L. R. (2004). Aspectos psicológicos da obesidade. In Fisberg, M. (coord.). *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. (pp. 97- 102). São Paulo: Atheneu.
- Carneiro, G. (2005). Patogênese. In: Claudino, A. M., & Zanella, M. T. (Orgs.). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. (pp. 203-210). São Paulo: Manole.
- Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade [Versão eletrônica], *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 1-12.
- Dias, C. M. S. B., Aguiar, A. G. S., & Hora, F. F. A. (2009). Netos criados por avós: motivos e repercussões. In Carneiro, T. F. (org.). *Casal e família: permanências e rupturas*. (pp. 41-58) São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Dichtchekian, V. (2007). Causas endócrinas de obesidade. In Setian, N. (coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 151- 154). São Paulo: Rocca.
- Fisberg, M. (2004). Primeiras palavras: uma introdução ao problema de peso excessivo. In Fisberg, M. *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. (pp. 01-09) São Paulo: Editora Atheneu.
- Fisberg, M., Cintra, I. P., Costa, R. F., & Santos, L. C. (2007). Obesidade Infanto- juvenil: epidemiologia, diagnóstico, composição corporal e tratamento. In Setian, N., Damiani, D., Manna, T. D., Dichtchekian, V. & Cardoso, A. L. *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento* (pp. 07-28). São Paulo: Roca.
- Gonçalves, A. M. A. L., Gorayeb, R., Liberatone, R. D. R. J., & Domingos, N. A. M. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas [online]. *Estudos de Psicologia* (Natal), 10(1), 35-39. Recuperado em 15 de abril de 2009. <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n1/28006.pdf>
- Halpern, Z., & Rodrigues, M. D. B. (2006). Obesidade infantil. In Nunes, M. A., Appolinario, J. C., Galvão, A. L. & Coutinho, W. *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 283- 288). (2ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In: Solis-Ponton, L. (Org.) (Silva, M. C. P. Trad.). *Ser pai, ser mãe parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp. 47-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kahtalian, A. (1992). Obesidade: um desafio. In: Mello, J. et. al. *Psicossomática hoje* (p.275). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koch, V. H. (2007). Obesidade e hipertensão. In Setian, N. (coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 97-106) São Paulo: Rocca.
- Lemes, S. O. (2004). Acompanhamento da obesidade na infância e adolescência. In Fisberg, M. (coord.). *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. (pp. 85-96). São Paulo: Atheneu.
- Manna, T. D. (2007). Obesidade e diabetes mellitus do tipo 2. In Setian, N. (coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 73-93). São Paulo: Rocca.

- Marum, R. H. (2004). Alterações hormonais na obesidade, bulimia e na anorexia. In Busse, S. R. (Org.). *Anorexia, bulimia e obesidade*. (pp. 211-230). São Paulo: Manole.
- Menendez, J. A. B., Lebovici, S., Salinas, J. L., Movo, M. R., Solis, L., Botbol, M., Durán, M. M., & Córdova, A. (2004). A função do pai: na consulta terapêutica pais-bebês e no tratamento do transtorno alimentar na criança. In: Solis-Ponton, L. (Org.) (Silva, M. C. P. Trad.). *Ser pai, ser mãe parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp. 57-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Minayo, M. C., (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Missonnier, S. (2004). O início da parentalidade, torna-se mãe, torna-se pai. As interações dos pais e da criança antes do nascimento. In: Solis-Ponton, L. (Org.) (Silva, M. C. P. Trad.). *Ser pai, ser mãe parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp. 115-122). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, Z. N. P., & Rivitti, E. A. (2007). Alterações dermatológicas na obesidade. In Setian, N. (coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 145-148). São Paulo: Rocca.
- Peres, R. B. (2005). Prejuízos à saúde impostos pela obesidade. In: Claudino, A. M., & Zanella, M. T. (Orgs.). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. (pp. 211-218). São Paulo: Manole.
- Pisciolaro, F., & Azevedo, A. P. (2010). Transtorno de compulsão alimentar periódica. In: Cordás, T. A., & Kachani, A. T. (Cols). *Nutrição em psiquiatria*. (pp. 167-180). Porto Alegre: Artmed.
- Rabelo, L. M., & Martinez, T. L. R. (2004). Obesidade e risco para doenças cardiovasculares. In Fisberg, M. (coord.). *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. (pp. 41-45). São Paulo: Atheneu.
- Roz, D. F. P. (2007). Família do obeso. In Setian, N. (coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 181-189). São Paulo: Rocca.
- Setian, N. (2007). Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento. In Setian, N. (coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 01-05) São Paulo: Rocca.
- Silva, G. A. P., Badalan, G., & Motta, M. E. F. A. (2005). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas [online].

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (Recife), 5(1), 53-59. Recuperado em 15 de abril 2009 de [http:// www.scielo.br/pdf/rbsm/v5n1/a07v05n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbsm/v5n1/a07v05n1.pdf)

Spada, P. (2005). *Obesidade infantil: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho*. Rio de Janeiro: Revinter.

Tumas, R., Delgado, F. A., Nascimento, A. G., Cominato, L., Moro, V., & Nascimento, M. (2010). Obesidade na criança e no adolescente. In: Delgado, F. (coord.). *Nutrologia básica e avançada*. (pp. 30- 50). São Paulo: Manole.

Wagner, A., Mosmann, C. (2009). A promoção da qualidade conjugal como uma estratégia de proteção dos filhos. In: Féres, C. T. (Org.). *Casal e família: permanências e rupturas*. (pp. 169- 180). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Organização Mundial de Saúde (2006). *Obesidade e Sobrepeso*. Recuperado em 31 de Agosto de 2010 em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade contemporânea, a obesidade infantil aparece como um problema de saúde pública e preocupação mundial bastante controverso devido ao imbricamento da sua etiologia, pois sabemos que os fatores genéticos são importantes, no entanto, as influências culturais, psicossociais, comportamentais e econômicas dificultam avaliar a potencialidade de cada um deles em sua determinação.

As mudanças ocorridas ao longo do desenvolvimento da humanidade foram centrais na determinação de novos hábitos alimentares. A estabilidade econômica seguida pelo processo da industrialização e a entrada da mulher no mercado de trabalho contribuíram para uma grande transformação nos padrões alimentares da família, os quais estão intimamente relacionados com hábitos de vida saudáveis. A comida tradicional aos poucos e progressivamente vem sendo substituída por refeições práticas, rápidas e palatáveis. Cada vez mais observa-se crescer a inovação e oferta de guloseimas voltadas para o mercado infantil, com uma divulgação bastante propiciada pela mídia.

No intercâmbio com o meio, a família passa por suas transformações para se adaptar as situações vigentes. O progresso da urbanização beneficiou o desenvolvimento de muitos setores da sociedade, mas também propiciou uma maior violência e comportamentos sedentários. As brincadeiras que caracterizaram gerações passadas e que despendiam esforços físicos, como pular corda, pique esconde e amarelinha, já não são vistas com tanta frequência nas gerações atuais, ou seja, foram substituídas pela televisão, computador e jogos eletrônicos. Devido a afazeres diversos, a família tem menos oportunidade de estar junta trocando afeto, os momentos de rituais como os horários das refeições ou datas comemorativas são deixados de lado como sinônimo de modernidade.

O modelo de família tradicional também sofreu modificações: não é raro encontrar nas famílias os avós exercendo papéis de pais com todas as funções relacionadas, seja pelo fato de

os pais saírem para trabalhar e deixar a criança com eles, ou ainda por conviverem no mesmo lar. Outra questão é a ocorrência da gravidez não planejada, que pode dificultar o processo de parentização do casal, ou seja, de preencher os papéis de pais da criança.

A Teoria Sistêmica contribuiu para uma reflexão sobre as interações entre os membros das famílias com crianças acometidas pela obesidade, compreendendo os sentimentos e as dificuldades expressos pelas mães e uma avó, as estratégias para enfrentar o problema e, identificando no contexto ao qual a criança encontrava-se inserida, indicadores que estariam contribuindo para a instalação e a manutenção do excesso de peso.

A leitura sistêmica propiciou perceber que, embora seja a criança que se apresente com obesidade, o entendimento de sua condição exige uma compreensão circular das relações familiares, bem como socioculturais. Com isso não se está afirmando que o funcionamento familiar seja especialmente culpado pelo excesso de peso da criança, mas não se deve desconsiderar que a situação familiar, voluntária ou involuntariamente, incentivou a obesidade da criança ou, por sua vez, deixou de incentivar a descoberta de outras maneiras de satisfação.

Outro aspecto encontrado remete a equação alimento igual a afeto. A família, numa função de superproteção, oferece indiscriminadamente o alimento, sem considerar outras necessidades da criança e a capacidade de ela auto-regular-se com base nos sinais de fome e saciedade do organismo. Assim, sob um estímulo condicionado, a criança passa associar a comida a uma maneira rápida de buscar consolo nas situações em que ela esteja com dificuldades de lidar, não diferenciando estados de desconforto com necessidade de comer, o que demonstra que a função orgânica foi experimentada de maneira distorcida.

Percebe-se nos relatos das mães e de uma avó que a criança está sempre envolvida nos conflitos parentais de muitos modos: dificuldades de comunicação entre pais e criança e padrões transacionais conflitantes, difusos e enrijecidos, o que dificulta a reorganização do

sistema, levando a acreditar que a obesidade na criança adquire um fator regulador do sistema familiar.

Apesar de as mães, em geral, relatarem interesse e disposição ao tratamento, observa-se que o mesmo não mantinha um desenvolvimento desejável devido à falta de cooperação e dificuldades da família em adequar seus hábitos aos novos padrões estabelecidos pelo tratamento da criança; outro ponto foram as expectativas imediatistas das mães, acreditando muitas vezes terem cumprido seu papel na medida em que acompanham a criança ao ambulatório, o que faz pensar que a obesidade na criança serve, de maneira disfuncional, para manter a homeostase do sistema. Assim, as famílias tratam a obesidade como única fonte preferencial de batalha e comunicação do seu sofrimento.

A fantasia das mães em receitas milagrosas para redução da obesidade das crianças parece permear os atendimentos com os profissionais do ambulatório, pois através dos relatos percebe-se que as famílias não se dão conta de que o tratamento requer reeducação dos hábitos, disciplina, cuidados, paciência, atenção e conhecimento dos padrões de relacionamento e interação familiar, na qual as crianças encontram-se inseridas.

A partir dessas reflexões espera-se ter contribuído com conhecimento e estudo das relações familiares no que se refere à instalação e a manutenção da obesidade na infância. Considerando os limites da pesquisa, que entrevistou as mães e uma avó que acompanhavam as crianças no tratamento, é pertinente a realização de estudos que envolvam uma população diversificada, no que se refere à faixa etária e a classe social. Outra sugestão se relaciona à participação das próprias crianças, numa tentativa de compreensão dos seus comportamentos e sentimentos.

Ponderando a complexidade da obesidade, a prevenção continua sendo o melhor caminho. Para tal, é interessante que haja um comprometimento dos meios ao qual a criança encontra-se inserida, como família, escola e comunidade, para que abordem iniciativas de

uma melhor alimentação e atividade física. A escola é um lugar importante onde esse trabalho de prevenção pode ser realizado, assim, é interessante que seja incorporado ao currículo escolar o estudo de nutrição com hábitos saudáveis e um recreio dirigido para brincadeiras de interação e que despendam algum tipo de esforço físico.

Esta pesquisa sugere a possibilidade de uma proposta de intervenção Cognitiva-Comportamental e Sistêmica às famílias com crianças acometidas pela obesidade. Acredita-se não ser possível buscar a compreensão da obesidade sem uma retida e complementar análise da função e dos comportamentos dos membros do sistema familiar no qual a criança está inserida. De acordo com Leslie (1988) a abordagem cognitivo-comportamental familiar, que equilibra as ênfases na cognição e no comportamento, é mais expansiva e inclusiva ao focar, mais profundamente, os padrões de interação familiar e ao permanecer consistente com elementos derivados de uma perspectiva sistêmica.

Dentro desse enquadre, Dattilio (2004) descreve que os relacionamentos familiares, as cognições, as emoções e os comportamentos são vistos como influenciando-se reciprocamente, de modo que uma inferência cognitiva pode evocar emoção e comportamento e, emoção e comportamento podem, igualmente, influenciar a cognição. Assim, cognições, sentimentos, comportamentos e *feedbacks* ambientais estão em constante processo recíproco e, às vezes, mantêm a disfunção da unidade familiar.

Diante do que foi exposto pelos referidos autores, conclui-se que, de maneira consistente e compatível com a teoria dos sistemas, a abordagem cognitivo-comportamental de família inclui a premissa de que os membros de uma família simultaneamente influenciam e são influenciados uns pelos outros e, nesse sentido, à medida que um ciclo negativo continua, a instabilidade da dinâmica familiar aumenta, deixando os membros da família vulneráveis a uma espiral de conflitos.

Assim, acredita-se que ao se trabalhar com uma intervenção dessa natureza, os membros da família com crianças acometidas pela obesidade poderão beneficiar-se dos resultados ocorridos pela compreensão e modificação dos seus comportamentos, melhorando a qualidade do relacionamento familiar e facilitando a perda e a manutenção do excesso de peso da criança.

REFERÊNCIAS

- Almeida, S. S. (2002). Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira [Versão eletrônica]. *Revista de Saúde Pública*, 36 (3), 353- 355.
- Aun, J. G., Vasconcellos, M. J. E., & Coelho, S. V. (2005). *Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: fundamentos teóricos e epistemológicos*. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Corigliano, A. M. N. (1984). *Por trás da máscara familiar: um enfoque em terapia de família* (3ª ed. pp. 17-26) (M. C. R., Goulart, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, L. H. S. G., Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (6), 258-290.
- Ansaloni, J. A. (2008). Propaganda, transição nutricional e segurança alimentar na sociedade brasileira. In: Taddei, J. A. A. C. (org.). *Jornadas científicas do NISAN: Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional 2006/2007*. (pp. 19- 32). Barueri, São Paulo: Minha Editora.
- Ariès, P. (2006). *História social da criança e da família* (2a ed.). (D. Flaksman. Trad.). Rio de Janeiro: LTC. (Obra original publicada em 1960).
- Assumpção, F. B. J. (2004). A questão da beleza ao longo do tempo. In: Salvador, B. R. (Org.). *Anorexia, bulimia e obesidade*. (pp. 01-12). São Paulo: Manole.
- Badalan, G., & Silva, G. A. P. (2001). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola de rede privada de Recife [online]. *Jornal de Pediatria*, 77(2), 96-100. Recuperado em 15 de abril 2009 de <http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n2/v77n2a08.pdf>
- Bastos, B. S. M. P. (2005). *A auto-estima da criança que sofre violência física pela família*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.
- Bosello, O., & Cuzzolaro, M. (2010). *Obesidade e excesso de peso: entre a doença e o problema estético*. (Tini, L. E. Trad.). São Paulo: Paulinas.
- Bracco, M. M. (2008). Atividade física como instrumento de promoção de saúde e cidadania. In: Taddei, J. A. A. C. (org.). *Jornadas científicas do NISAN: Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional 2006/2007*. (pp. 251- 263). Barueri, São Paulo: Minha Editora.
- Brasil (1996). Ministério da Saúde: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 196. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1977). A importância do excesso de peso. In: Collip, P.J (Org.) *Tratamento da criança obesa*. (pp. 83-90). (Arantes, U. C. Trad.). São Paulo: Manole.
- Burd, M. (2004). Obesidade e família. In: Filho, M. J., & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família* (pp.299-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, E. P. (2004). Suporte social e família. In: Filho, M. J., & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família* (pp.141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, A. L. R. (2004). Aspectos psicológicos da obesidade. In Fisberg, M. (coord.). *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. (pp. 97- 102). São Paulo: Atheneu.
- Carneiro, G. (2005). Patogênese. In: Claudino, A. M., & Zanella, M. T. (Orgs.). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. (pp. 203-210). São Paulo: Manole.
- Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., & Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade [Versão eletrônica], *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (1), 1-12.
- Collip, P. J. (1977). Diagnóstico diferencial de obesidade infantil. In: Collip, P.J (Org.). *Tratamento da criança obesa*. (pp. 27-46). (Arantes, U. C. Trad.). São Paulo: Manole.
- Côrrea, R. L. T. (2000). O livro escolar como fonte de pesquisa em História da Educação [Versão eletrônica]. *Caderno Cedes*, 20 (52), p. 11-24.
- Dattilio, F.M. (2004). Famílias em crise. In: Dattilio, F. M. & Freeman, A. (Orgs.). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise*. (pp. 264-280). (Veronese, M. A. V. Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Dias, C. M. S. B. (2009). *Teoria dos sistemas aplicada à família*. [Apostila utilizada na disciplina: Intervenções na clínica com família- Mestrado de Psicologia Clínica]. (pp.04-08). Recife: UNICAP.
- Dias, C. M. S. B., Aguiar, A. G. S., & Hora, F. F. A. (2009). Netos criados por avós: motivos e repercussões. In Carneiro, T. F. (org.). *Casal e família: permanências e rupturas*. (pp. 41-58) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dichtchekian, V. (2007). Causas endócrinas de obesidade. In Setian, N. (coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 151- 154). São Paulo: Rocca.
- Espaço Ciência Viva (2010). *Quando a alimentação vira um problema de saúde pública*. Recuperado em 06 de setembro, 2010, de <http://www.cienciaviva.org.br/arquivo/cdebate/003nutricao/index.html>

- Fernandez, P. M., & Silva, D. O. (2008). Descrições das noções conceituais sobre os grupos alimentares por professores de 1ª a 4ª série: a necessidade de atualizações de conceitos [Versão eletrônica]. *Ciencia & Educação*, 14 (3), 451- 466.
- Fisberg, M. (2004). Primeiras palavras: uma introdução ao problema de peso excessivo. In Fisberg, M. (Org.) *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. (pp. 01-09). São Paulo: Editora Atheneu.
- Fisberg, M., Cintra, I. P., Costa, R. F., & Santos, L. C. (2007). Obesidade Infanto- juvenil: epidemiologia, diagnóstico, composição corporal e tratamento. In Setian, N., Damiani, D., Manna, T. D., Dichtchekian, V. & Cardoso, A. L. *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento* (pp. 07-28). São Paulo: Roca.
- Fischler, C. (1998). A “McDonaldização” dos costumes. In: Flandrin, J.L., & Montanari, M. (Orgs.) (Machado, L. V., & Texeira, G. J. F. Trad.). *História da alimentação*. (pp.841-862). São Paulo: Estação Liberdade.
- Franco, A. (2004). *De caçador a gourmet: uma história da gastronomia* (3ª ed.). São Paulo: Editora Senac.
- Freitas, K. M. C. (2004). *Obesidade, mulher e família*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
- Gaglianone, C. P. (1999). *Estudo do conteúdo relacionado à nutrição em livros didáticos de ciências utilizados no ensino médio fundamental brasileiro*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Garcia, R. W. D. (2003). Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana [Versão eletrônica]. *Revista Nutrição*, 16 (4), 483-492.
- Gonçalves, A. M. A. L., Gorayeb, R., Liberatone, R. D. R. J., & Domingos, N. A. M. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas [online]. *Estudos de Psicologia* (Natal), 10(1), 35-39. Recuperado em 15 de abril de 2009. <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n1/28006.pdf>
- Halpern, G. (2004). *Comerciais veiculados em programação infanto-juvenil de canais abertos de TV e sua relação com escolha de alimentos em amostras de escolares*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Halpern, Z., & Rodrigues, M. D. B. (2006). Obesidade infantil. In Nunes, M. A., Appolinario, J. C., Galvão, A. L. & Coutinho, W. *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 283- 288). (2ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Harvey, D. (1996). *Condição pós- moderna* (6ª ed.). São Paulo: Layola.
- Houzel, D. (2004). As implicações da parentalidade. In: Solis-Ponton, L. (Org.) (Silva, M. C. P. Trad.). *Ser pai, ser mãe parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp. 47-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2004). *Pesquisa de orçamento familiar* (Comunicação social do IBGE/2004). Recuperado em 06 de setembro, 2010, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=171
- Jablonsky, B. (2007). O cotidiano do casamento contemporâneo: a difícil e conflitiva divisão de tarefas e responsabilidades entre homens e mulheres. In: Feres, C. T (Org.). *Família e Casal: saúde, trabalho e modos de vinculação*. (pp. 203-228). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kahtalian, A. (1992). Obesidade: um desafio. In: Mello, J. et. al. *Psicossomática hoje* (p.275). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koch, V. H. (2007). Obesidade e hipertensão. In Setian, N. (coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 97-106) São Paulo: Rocca.
- Lemes, S. O. (2004). Acompanhamento da obesidade na infância e adolescência. In Fisberg, M. (coord.). *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. (pp. 85-96). São Paulo: Atheneu.
- Leslie, L. A. (1988). Cognitive-behavioral and systems models of therapy: How compatible are they? In: Epstein, N., Schlesinger, S. E. & Dryden, W. (Orgs). *Cognitive-behavioral therapy with families*. (pp. 49-83). New York: Brunner/Mazel.
- Levenstein, H. A. (1998). Dietética contra gastronomia: tradições culinárias, santidade e saúde nos modelos de vida americanos. In: Flandrin, J.L., & Montanari, M. (Orgs.) (Machado, L. V., & Teixeira, G. J. F. Trad.). *História da alimentação*. (pp. 825- 840). São Paulo: Estação Liberdade.
- Lidchi, V., & Eisenstein, E. (2004). Adolescentes e famílias no contexto médico. In: Filho, M. J. & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família* (pp.217-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Manna, T. D. (2007). Obesidade e diabetes mellitus do tipo 2. In Setian, N. (coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 73-93). São Paulo: Rocca.
- Marum, R. H. (2004). Alterações hormonais na obesidade, bulimia e na anorexia. In Busse, S. R. (Org.). *Anorexia, bulimia e obesidade*. (pp. 211-230). São Paulo: Manole.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. J. (1994). *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial as famílias com problemas de saúde*. (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas
- McNael, J. (1990). *Children as consumers: insight and implications*. Lexington: Lexington Books.

- McNael, J. (2000). *Children as consumers of commercial and social products*. Washington: OPAS.
- Megid, J. N., & Fracalanza, H. (2003). O livro didático de ciências: problemas e soluções [Versão eletrônica]. *Ciência & Educação*, 9 (2), 147-157
- Mello, F. J., & Tavares, M. F. (2004). Comentários ao trabalho de Minuchin e colaboradores, “Psychosomatic Families”. In: Filho, M. J., & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família* (pp.75-92). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Menendez, J. A. B., Lebovici, S., Salinas, J. L., Movo, M. R., Solis, L., Botbol, M., Durán, M. M., & Córdova, A. (2004). A função do pai: na consulta terapêutica pais-bebês e no tratamento do transtorno alimentar na criança. In: Solis-Ponton, L. (Org.) (Silva, M. C. P. Trad.). *Ser pai, ser mãe parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp. 57-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Minayo, M. C., (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias, funcionamento e tratamento*. (2ª ed.) (J. A., Cunha trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Missonnier, S. (2004). O início da parentalidade, torna-se mãe, torna-se pai. As interações dos pais e da criança antes do nascimento. In: Solis-Ponton, L. (Org.) (Silva, M. C. P. Trad.). *Ser pai, ser mãe parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. (pp. 115-122). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Molina, S. J., & Zanella, M. T. (2005). Atividade física no tratamento da obesidade. In: Claudino, A. M., & Zanella, M. T. (Orgs.). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. (pp. 253- 258). São Paulo: Manole.
- Monteiro, C. A. & Conde, W. L. (1999). A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil, 1975-1989-1997 [Versão eletrônica]. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia*, 43, 186-194.
- Morin, E. (1990). *Introdução ao pensamento complexo*. (4ª ed.) (D., Matos, Trad.). Rio de Janeiro: Instituto Piaget.
- Oliveira, Z. N. P., & Rivitti, E. A. (2007). Alterações dermatológicas na obesidade. In Setian, N. (coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 145-148). São Paulo: Rocca.
- Organização Mundial de Saúde (2006). *Obesidade e Sobrepeso*. Recuperado em 31 de Agosto de 2010 em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- Osorio, L. C., & Valle, M. E. P. (2002). *Terapia de famílias, novas tendências*. Porto Alegre: Artmed.

- Osorio, L. C. (2004). A família como sistema. In: Filho, M. J., & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família* (pp.29-42). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Perlès, C. (1998). As estratégias alimentares nos tempos pré-históricos. In: Flandrin, J.L., & Montanari, M. (Orgs.) (Machado, L. V., & Texeira, G. J. F. Trad.). *História da alimentação*. (pp. 36- 53). São Paulo: Estação Liberdade.
- Peres, R. B. (2005). Prejuízos à saúde impostos pela obesidade. In: Claudino, A. M., & Zanella, M. T. (Orgs.). *Guia de transtornos alimentares e obesidade*. (pp. 211-218). São Paulo: Manole.
- Philippi, S. T. (2008). Estratégias de intervenção nutricional para promoção da saúde e redução do risco de anemia carencial- o papel da educação nutricional. In: Taddei, J. A. A. C. (Org.). *Jornadas Científicas do NISAN: Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional 2006/2007*. (pp. 125- 140). Barueri/São Paulo: Minha Editora.
- Piaget, J. (1970). *O nascimento da inteligência da criança* (Cabral, A. Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Pisciolaro, F., & Azevedo, A. P. (2010). Transtorno de compulsão alimentar periódica. In: Cordás, T. A., & Kachani, A. T. (Cols). *Nutrição em psiquiatria*. (pp. 167-180). Porto Alegre: Artmed.
- Rabelo, L. M., & Martinez, T. L. R. (2004). Obesidade e risco para doenças cardiovasculares. In Fisberg, M. (coord.). *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. (pp. 41-45). São Paulo: Atheneu.
- Ramos, P. & Storel, A. O. J. (2001). O açúcar e as transformações nos regimes alimentares [Versão eletrônica]. *Cadernos de Debate*, 8, 36-55.
- Roz, D. F. P. (2007). Família do obeso. In Setian, N. (coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 181-189). São Paulo: Rocca.
- Setian, N. (2007). Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento. In Setian, N. (Coord.). *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. (pp. 01-05) São Paulo: Rocca.
- Silva, G. A. P., Badalan, G., & Motta, M. E. F. A. (2005). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas [online]. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* (Recife), 5(1), 53-59. Recuperado em 15 de abril 2009 de [http:// www.scielo.br/pdf/rbsm/v5n1/a07v05n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbsm/v5n1/a07v05n1.pdf)
- Spada, P. (2005). *Obesidade infantil: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Tardivo, A. P. & Falcão, M. C. (2006). O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade [Versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 21 (2), 117-124.

- Tonial, S. R. (2001). *Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância*. [Cartilha] Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).
- Tumas, R., Delgado, F. A., Nascimento, A. G., Cominato, L., Moro, V., & Nascimento, M. (2010). Obesidade na criança e no adolescente. In: Delgado, F. (coord.). *Nutrologia básica e avançada*. (pp. 30- 50). São Paulo: Manole.
- Vasconcellos, M. J. E. (2009). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. (8ª Ed.). Campinas- São Paulo: Papirus.
- Wagner, A., Mosmann, C. (2009). A promoção da qualidade conjugal como uma estratégia de proteção dos filhos. In: Féres, C. T. (Org.). *Casal e família: permanências e rupturas*. (pp. 169- 180). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wiecha, J. L. (2006). When children eat what they watch: impact os television viewing on dietary intake in youth. *Arh Pediatr Adolesc Med*, 160, 436-442.
- Wilhelm, F. A., Lima, J. H. C. A., & Schimer, K. F. (2007). Obesidade infantil e a família: educadores emocionais e nutricionais dos filhos [versão eletrônica], *Psicologia Argumento*, 25(49), 143-154.

ANEXOS:

- 1- Aprovação do Comitê de Ética
- 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- 3- Roteiro de Entrevista
- 4- Dados Sócio- Demográfico dos Participantes
- 5- Dados Sócio- Demográficos e Nutricionais das Crianças.

DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 1646 intitulado “**Obesidade infantil: instalação e manutenção na perspectiva dos pais**” apresentado pela pesquisadora **Cristiana Maria de Souza Brito Dias** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião de 23 de dezembro de 2009.

Recife, 28 de dezembro de 2009.



Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA:
OBESIDADE INFANTIL: INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO, NA PERSPECTIVA
DOS PAIS.

- 1- Você está sendo convidado para participar da pesquisa Obesidade infantil: instalação e manutenção, na perspectiva dos pais.
- 2- Você foi selecionado pela indicação dos profissionais de saúde que fazem parte da equipe do IMIP (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira) do setor de Nutrição e sua participação não é obrigatória.
- 3- A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
- 4- Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o IMIP.
- 5- Os objetivos deste estudo são: compreender o funcionamento familiar de crianças portadoras de obesidade na instalação e manutenção da doença, na perspectiva dos pais. Além disso, pretende-se descrever os possíveis sentimentos e dificuldades expressos por esses responsáveis frente à obesidade dos filhos, bem como relatar as estratégias utilizadas para enfrentar o problema e identificar indicadores que possam estar contribuindo para a manutenção do quadro.
- 6- Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista com assuntos relacionados ao tema pesquisado.
- 7- A princípio essa pesquisa não acarreta riscos físicos aos participantes, mas como se trata de uma pesquisa psicológica procurará ter cuidados quanto a possíveis desconfortos emocionais que os participantes venham apresentar, ficando a encargo da pesquisadora encaminhá-los a tratamento adequado caso seja necessário.
- 8- Os benefícios relacionados com a sua participação são: contribuir na compreensão de indicadores que possam estar colaborando na instalação e manutenção da obesidade na infância, bem como, colaborar na construção de estratégias de prevenção.
- 9- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
- 10- Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, para tanto utilizaremos iniciais fictícias na identificação da entrevista.

11- Você receberá uma copia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

12- Esta pesquisa recebe o apoio da FACEPE (Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco) para sua realização.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL

Cristina Maria de Souza Brito Dias

Rua Conselheiro Portela, 130 A, apto 201, Graças, Recife- PE

CEP: 52020-030

Telefone: 3241-4254

Assinatura

Declaro que entendo os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na PRÓREITORIA ACADÊMICA da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na RUA ALMEIDA CUNHA, 245- SANTO AMARO- BLOCO G4- 8º ANDAR- CEP 50050-480 RECIFE- PE- BRASIL. TELEFONE (81) 2119- 4376- FAX (81) 2119- 4004- ENDEREÇO ELETRÔNICO: pesquisa prac@unicap.br

Recife, _____ de _____ de 20 _____

Sujeito da pesquisa

ANEXO 3

Entrevista com os Pais de crianças obesas

Pesquisa: Obesidade Infantil: instalação e manutenção, na perspectiva dos pais.Dados sociodemográficos**Responsável:**

Grau de parentesco com a criança:

Nome:

Sexo: () feminino () masculino

Idade:

Estado civil:

Número de filhos:

Escolaridade:

Profissão:

Bairro:

Posição que a criança em atendimento ocupa entre os irmãos:

Criança:

Nome:

Sexo: () feminino () masculino

Idade:

Escolaridade:

Reside com:

Roteiro de Entrevista:

- 1- Em que condições você engravidou?
 - Houve algum acontecimento importante no período em que a criança nasceu?
- 2- A criança mamou? Durante quanto tempo?
- 3- Os pais trabalhavam fora de casa? Com quem a criança ficava nesse período?
 - E hoje, como é o dia- a- dia da família?
- 4- Que idade seu(a) filho(a) tinha quando você percebeu que ele(a) começou a engordar?

- 5- Como costuma ser a alimentação da família?
 - O que seu(a) filha(a) mais gosta de comer no dia- a- dia?
 - Como são os finais de semana da família?
- 6- Do que seu(a) filho(a) mais gosta de brincar?
 - Gosta de assistir televisão, etc?
 - Faz amizades facilmente e brinca com amigos?
 - Faz alguma atividade física na escola ou fora dela?
- 7- Casados ou separados como é o relacionamento entre os pais?
 - Estão concordando com o tratamento da criança?
 - O que você faz para ajudar seu(a) filho(a) no tratamento?
- 8- Como é o relacionamento dele(a) com vocês e com os irmãos (se houver)?
- 9- Seu(a) filho(a) gosta de se alimentar quando está aborrecido(a) ou triste por alguma coisa?
- 10- Quais as maiores dificuldades, preocupações que você enfrenta em relação à obesidade dele(a)?
 - Seu(a) filho(a) já fez algum tratamento anterior para obesidade?
 - Se sim, o que você acredita ter contribuído para que ele voltasse a engordar?
 - O que você espera desse tratamento?
- 11- Houve alguma modificação na rotina da família em função do tratamento do(a) seu(a) filho(a)?
- 12- Você percebe se seu(a) filho(a) apresenta alguma dificuldade emocional que possa ter sido ocasionada pela obesidade?
 - Ele(a) apresenta algum problema de saúde física?
- 13- Gostaria de acrescentar mais alguma informação sobre essa situação que você está enfrentando?

Anexo 4

Dados sócio-demográficos dos participantes:

Nome	Parentesco	Idade	Sexo	Escolaridade	Nº de filhos	Situação empregatícia	Local onde mora	Estado civil
Maria	Mãe de Caio	29 a	Fem.	2º grau incompleto	1	Vendedora	Cavaleira- PE	Casada
Lurdes	Mãe de Paulo	40 a	Fem.	Magistério	1	Pedagoga	Nova Gameleira- PE	Casada
Marcela	Mãe de Edna	32 a	Fem.	Fund. Incompleto	4	Manicure	Cajueiro- PE	Solteira
Adriana	Mãe de Jaime	33 a	Fem.	2º grau completo	2	Do lar	Joana Bezerra- PE	Divorciada
Lúcia	Mãe de Laura	32 a	Fem.	Fund. Incompleto	2	Do lar	Bezerros- PE	Viúva
Marta	Mãe de Marcos	33 a	Fem.	Ensino Técnico	1	Esteticista	Caetes I- PE	Divorciada
Jacira	Avó de Joana	59 a	Fem.	2º grau completo	3	Aposentada	Jd. Paulista Baixo- PE	Casada

Anexo 5

Dados sócio-demográficos e nutricionais das crianças:

Nome	Sexo	Idade	Escolaridade	Estatura	Peso	Percentil	IMC	Reside com:
Caio	Masc.	9 a	3ª série	1,46	50,2	>99	23,5	Pais
Paulo	Masc.	9 a	4ª série	1,47	88,5	>99	40,6	Pais
Edna	Fem.	9 a	2ª série	1,38	47,2	>99	24,8	Mãe
Jaime	Masc.	9 a	4ª série	1,47	52,2	>99	24,2	Avós, mãe e tios
Laura	Fem.	8 a	3ª série	1,45	60,8	>99	28,9	Mãe, irmã e padrasto
Marcos	Masc.	8 a	3ª série	1,30	38,9	>99	23,01	Avós e mãe.
Joana	Fem.	9 a	3ª série	1,41	53,3	>99	26,8	Avós e mãe.