



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA - PRAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

PRISCILLA MACHADO MORAES

**OBESIDADE INFANTIL NA PERSPECTIVA BIOECOLÓGICA DO
DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Recife/PE

2015

PRISCILLA MACHADO MORAES

**OBESIDADE INFANTIL NA PERSPECTIVA BIOECOLÓGICA DO
DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Tese apresentada à Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa: Família, Gênero e Interação Social

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

Recife/PE

2015

Nome: Moraes, Priscilla M.

Título: Obesidade infantil na perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano

Tese apresentada à Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Clínica.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Cristina Maria de Souza Brito Dias
Orientadora- Universidade Católica de Pernambuco- UNICAP

Profa. Dra. Silvia Helena Koller
Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS

Profa. Dra. Lília Iêda Chaves Cavalcanti
Universidade Federal do Pará- UFPa

Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP
Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS

Profa. Dra. Suely de Melo Santana
Universidade Católica de Pernambuco- UNICAP

Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas
Universidade Católica de Pernambuco- UNICAP

Dedico este trabalho às crianças que participaram desse estudo. Através dos momentos de diálogos, meninos e meninas repletos de sonhos e aspirações, contribuíram para que eu enxergasse a obesidade na infância, para além do corpo biológico.

Agradecimentos

À Deus, pela forte presença em minha vida, pela certeza de que nunca estive sozinha e por ter colocado no meu caminho pessoas abençoadas.

Aos meus pais, Eudas e Silvia, pessoas iluminadas capazes de transmitir um amor inesgotável, pelo exemplo de força e determinação, pela transmissão dos ensinamentos que me tornaram a pessoa que sou, por incentivarem meus projetos de vida, pelo afeto que criou asas.

Ao meu companheiro, Henrique, pela cumplicidade no amor compartilhado, por me tirar da zona de conforto, da mansidão do que é conhecido e me lançar numa interação maior com aquilo que não é reconhecido pelos meus sentidos.

À minha filha Gabriella, pessoa que mais modificou o meu olhar diante da vida através da nossa vivência "pré-madura". Ser sua mãe preenche minha história com o mais infinito e indescritível amor que pude experimentar.

As minhas irmãs Bianca e Lorena, folhas da minha árvore, pelo apoio constante, pelo vínculo com nossa infância e tudo que ela representa para nós. Ao meu cunhado, Júnior, que pelo tempo, zelo e cuidado se transformou em meu único irmão. As minhas sobrinhas, Catarina e Giovanna, que despertam o meu universo infantil. À Carolina Muhlert, pela doçura que contagiou toda família, integrando-se a ela.

À minha orientadora, Profa. Dra. Cristina Maria de Souza Brito Dias, que como uma verdadeira Mãe que conhece as dificuldades e as potencialidades dos seus filhos, me acolheu seguramente durante esses seis anos de convivência e trabalho na pós-graduação. Seus ensinamentos, conversas, orientações pessoais e profissionais foram fundamentais para o meu desenvolvimento. Serei eternamente grata por tê-la como referência na minha história de vida.

À minha amada Vovó Carmélia (in memoriam), a saudade não é só lembrar, é carregar despedidas também.

Aos queridos professores Drs. Leopoldo Barbosa; Suely Santana e Marcus Túlio pela afetividade, convivência e importantíssimas contribuições durante as várias fases de elaboração deste trabalho.

À professora Dra. Silvia Koller, pela oportunidade de diálogo através das suas observações, enriquecendo o trabalho e aumentando meu estado de encantamento a cerca das potencialidades da Teoria Bioecológica.

Ao querido professor Dr. Eduardo Mendonça, por acompanhar meu desenvolvimento desde a graduação e ter despertador em mim o olhar atento sob as sutilezas do universo humano.

À grande amiga, Juliana Monteiro, pela obra de arte que se tornou nossa amizade.

Ao amigo, Esperidião Barbosa, pela leveza da convivência e por ser uma admiradora do seu jeito de tirar do silêncio, uma grande narrativa.

Aos tios e tias, Rico, Luiz, Ivone e Nena pela torcida vibrante e por tantos momentos de alegrias. Em especial, ao meu Tio Sival, anjo de luz, mostrou-me em nosso convívio que a vida não dança ao sabor único das nossas intenções e que a incerteza é o que dá sentido.

Ao Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira (IMIP), que desde o mestrado me concedeu espaço para pesquisar a complexidade envolvida na obesidade infantil. Em especial, à endocrinologista Ana Carla Lins Neves, que acreditando na seriedade deste trabalho ajudou-me na triagem das famílias compartilhando conhecimentos, perspectivas e dificuldades em se trabalhar com a obesidade.

Às famílias e crianças que despenderam seu tempo na participação deste trabalho. Sem elas, não haveria construção.

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

O conhecimento do conhecimento ensina-nos que apenas conhecemos uma pequena película da realidade. A única realidade que é cognoscível é co-produzida pelo espírito humano, com a ajuda do imaginário (Edgar Morin).

Sumário

| | |
|---|-----------|
| Lista de Figuras e Desenhos..... | 10 |
| Lista de Siglas..... | 11 |
| Resumo..... | 12 |
| Abstract..... | 14 |
| Introdução geral..... | 16 |
| Artigo I - A teoria bioecológica na pesquisa de famílias com crianças obesas..... | 20 |
| Resumo..... | 20 |
| Abstract..... | 21 |
| Introdução..... | 22 |
| 1- Obesidade, família, infância: evolução, mudança paradigmática e fatores de risco..... | 25 |
| 2- Comportamento alimentar: quando a fome vai além do alimento..... | 32 |
| 3- As políticas públicas brasileiras para obesidade infantil..... | 35 |
| 4- Um modelo para pesquisar famílias com crianças acometidas pela obesidade: a teoria bioecológica do desenvolvimento humano..... | 38 |
| 4.1- Os conceitos do modelo Processo- Pessoa- Contexto e Tempo (PPCT)..... | 40 |
| 4.1.1- Processo..... | 40 |
| 4.1.2- Pessoa..... | 41 |
| 4.1.3- Contexto..... | 42 |
| 4.1.4- Tempo..... | 44 |
| Considerações finais..... | 45 |
| Referências..... | 47 |
| Artigo II - Um olhar sobre o contexto ecológico de crianças obesas..... | 52 |
| Resumo..... | 52 |
| Abstract..... | 53 |
| Introdução..... | 54 |
| 1- O contexto ecológico aplicado aos estudos de famílias com crianças obesas..... | 56 |
| Método..... | 60 |
| Natureza da pesquisa..... | 60 |
| Participantes..... | 61 |
| Instrumentos..... | 61 |
| Procedimento de coleta de dados..... | 62 |
| Procedimento de análise dos dados..... | 63 |
| Resultados e Discussão..... | 64 |
| Perfil biossociodemográfico das crianças e pais/responsáveis..... | 64 |
| Dados obtidos nas entrevistas e no desenho da família..... | 66 |
| Microsistema..... | 66 |
| Relacionamento da criança com seus pais e avós..... | 67 |
| Relacionamento da criança com os irmãos..... | 77 |
| Relacionamento da criança com seus pares..... | 79 |
| Mesossistema..... | 81 |
| Relação família e escola..... | 82 |
| Relação família e tratamento..... | 84 |

| | |
|---|------------|
| Exossistema..... | 87 |
| Trabalho dos pais e a influência da televisão..... | 87 |
| Macrossistema..... | 90 |
| Saúde e Políticas Públicas direcionadas para obesidade infantil..... | 90 |
| Considerações finais..... | 93 |
| Referências..... | 97 |
| Artigo III - As dimensões pessoa e tempo do modelo bioecológico na obesidade infantil..... | 101 |
| Resumo..... | 101 |
| Abstract..... | 102 |
| Introdução..... | 103 |
| Método..... | 106 |
| Delineamento de pesquisa..... | 106 |
| Participantes..... | 106 |
| Instrumentos..... | 107 |
| Procedimento de coleta de dados..... | 107 |
| Procedimento de análise dos dados..... | 108 |
| Resultados..... | 109 |
| Paulo: o amor e a proteção familiar transformados em tecido adiposo..... | 109 |
| Laura: o excesso da falta que percorre a gordura visceral..... | 112 |
| Discussão dos resultados..... | 117 |
| 1- Pessoa..... | 117 |
| 2- Tempo..... | 119 |
| Considerações finais..... | 122 |
| Referências..... | 124 |
| Conclusão da Tese..... | 127 |
| Referências Gerais..... | 133 |
| Anexos..... | 142 |
| Anexo A- Aprovação do Comitê de Ética..... | 143 |
| Anexo B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 144 |
| Anexo C- Termo de Assentimento..... | 146 |
| Anexo D- Dados Biossociodemográficos dos Participantes..... | 147 |
| Anexo E- Dados Biossociodemográficos dos Responsáveis..... | 148 |
| Anexo F- Dados Biossociodemográficos das Crianças..... | 149 |
| Anexo G- Entrevista com os Responsáveis..... | 151 |
| Anexo H- Entrevista com as Crianças..... | 152 |
| Anexo I- Perguntas Desenho da Família/ O Desenho da Figura Humana..... | 153 |

Lista de Figuras e Desenhos

| | |
|--|-----|
| Figura 1- A família desenhada por João..... | 67 |
| Figura 2- A família desenhada por Valentina..... | 68 |
| Figura 3- A família desenhada por Laura..... | 69 |
| Figura 4- A família desenhada por Laís..... | 70 |
| Figura 5- A família desenhada por Júlia..... | 71 |
| Figura 6- A família desenhada por Clara..... | 72 |
| Figura 7- A família desenhada por Karla..... | 73 |
| Figura 8- A família desenhada por Paulo..... | 74 |
| Desenho 1- Figura Humana - Paulo..... | 108 |
| Desenho 2- Figura Humana - Laura..... | 112 |

Lista de Siglas

Centro Norte-Americano de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)
Classificação Internacional das Doenças (CID)
Desenho da Figura Humana (DFH)
Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT)
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
Índice de Massa Corporal (IMC)
Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LBD)
Modelo Bioecológico Processo- Pessoa- Contexto- Tempo (PPCT)
Organização Mundial de Saúde (OMS)
Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF)
Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)
Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)
Programa Saúde na Escola (PSE)
Sistema Único de Saúde (SUS)

RESUMO

Moraes, P. M. (2015). *Obesidade infantil na perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

A obesidade infantil representa um crescente problema de saúde pública, sendo geralmente atribuída à predisposição genética. Contudo, consumo alimentar inadequado, estilo de vida, ambiente familiar, características pessoais e emocionais da criança e questões sociais também se relacionam com o excesso de peso. Esse estudo analisou a relação entre os sistemas familiar e social e os atributos pessoais de crianças obesas, no desenvolvimento da obesidade infantil, à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. A tese está composta por três artigos. O primeiro, através de uma revisão da literatura, descreve o método da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Urie Bronfenbrenner, na pesquisa de famílias com crianças obesas. O segundo, identifica a influência dos contextos ecológicos de crianças obesas que podem contribuir para seu estado de obesidade. Participaram do estudo oito crianças, de ambos os sexos, na faixa etária entre 8 a 12 anos, e suas responsáveis, cinco mães e duas avós, na faixa etária entre 34 a 64 anos. Todas pertencem à camada social menos favorecida financeiramente e atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foram utilizados como instrumentos fichas de coleta de dados biossociodemográficos a partir dos prontuários clínicos, a entrevista semi-estruturada (um roteiro específico para cada grupo) e o Desenho da Família (apenas com as crianças). Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo temática e o teste projetivo baseado nos aspectos formal, geral e de conteúdo. Os resultados mostraram que as crianças dessa pesquisa estão inseridas em sistemas familiares marcados tanto por vivências sofridas e eventos dolorosos como pela superproteção. Os avós interferem na dinâmica educacional dos pais. O relacionamento entre os irmãos e colegas geralmente é marcado por rejeição e conflitos, o que as leva a experimentar solidão, acarretando prejuízos às relações sociais das crianças. A falta de coerência entre o que preconizam as políticas públicas relacionadas à prevenção da obesidade infantil na esfera social parece não favorecer o incentivo, o apoio e a proteção à saúde recomendados nos cuidados e ações contra a doença. O terceiro, analisa através dos núcleos Pessoa e Tempo do Modelo Bioecológico, as características pessoais e a história de vida de crianças obesas e de suas famílias que se inter-relacionam na gênese e manutenção da doença. O delineamento metodológico foi o estudo de casos múltiplos, que incluiu duas crianças, de ambos os sexos e duas mães. Os instrumentos utilizados na pesquisa foram uma ficha de coleta de dados

biossociodemográficos a partir dos prontuários clínicos, a entrevista semiestruturada e o Desenho da Figura Humana (apenas com as crianças). Os resultados mostraram que as crianças apresentam dificuldades relacionadas a sua imagem corporal. Suas histórias revelaram segredos familiares relacionados às figuras parentais, fenômenos transgeracionais e relação mãe/criança caracterizada pela baixa autonomia da criança levando a uma falta de diferenciação da díade, o que dificulta o domínio dos problemas enfrentados.

Palavras-chave: Obesidade infantil; Criança; Família; Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

ABSTRACT

Moraes, P. M. (2015). **Childhood obesity in a bio-ecological perspective of human development**. Doctoral Thesis, Graduate Program in Clinical Psychology, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Childhood obesity is a growing public health problem, usually attributed to genetic predisposition. However, inadequate food intake, lifestyle, family environment personal and emotional characteristics of children and social issues also relate to excess of weight. In this study was analyzed the relationship between family and social systems and the personal attributes of obese children in the development of childhood obesity, enlighten by the Bioecological Theory of Human Development. The thesis is composed of three articles. The first, through a literature review, describes the method of Bioecological Theory of Human Development of Urie Bronfenbrenner, research from families with obese children. The second, identifies the influence of ecological contexts of obese children that can contribute to their state of obesity. Eight children participated, of both sexes, aged between eight and twelve years, and their responsible, five mothers and two grandmothers, aged between 34-64 years. All belong financially to the lowest social layer and are assisted by the Unified Health System (SUS). The instruments used were a form to collect biosocialdemographic data from clinical records, a semi-structured interview (with a specific guidelines for each group) and the Family Drawing (only with the children). Data were analyzed based on thematic content analysis technique and the projective test based on formal, general and content aspects. The results showed that children of this research are embedded in family systems marked by both suffered experiences and painful events as also overprotection. Grandparents interfere with the educational dynamics of parents. The relationship between brothers and colleagues is usually marked by rejection and conflict, which leads them to experience loneliness, causing losses to social relations of these children. The lack of consistency between what public policies profess related to the prevention of childhood obesity in the social sphere does not seem to favor the encouragement, support and protection to health care and the recommended action against the disease. The third, analyzes, through the cores of Person and Time in the Bioecological Modell, the personal characteristics and the history of life of obese children and their families that are interrelated in the genesis and maintenance of the disease. The methodological delineation was a multiple case study, which included two children, of both sexes and two mothers. The instruments used in the research were a form to collect

biosocialdemographic data from the medical records, a semistructured interview and the Human Figure Drawing (done with the children). The results showed that children have difficulties related to their body image. Their stories reveal family secrets related to parental figures, transgenerational phenomena and mother / child characterized by low autonomy of the child leading to a lack of differentiation of the dyad hindering the domain of the problems.

Keywords: Childhood obesity; child; family; Bioecological Theory of Human Development.

Introdução

*"Gente eu tô ficando impaciente a
minha fome é persistente
come frio come quente
come o que vê pela frente
come a língua come o dente
qualquer coisa que alimente
a fome come simplesmente
come tudo no ambiente
tudo que seja atraente
é uma forma absorvente
come e nunca é suficiente
toda fome é tão carente
come o amor que a gente sente
a fome come eternamente
no passado e no presente
a fome é sempre descontente..."
(Palavra Cantada: Fome Come).*

A obesidade não é um fenômeno recente na história da humanidade. Suas raízes históricas provêm da Era Paleolítica, e dela se encontram evidências em achados arqueológicos de artefatos de pedra representativos de mulheres corpulentas. Embora, na Grécia Antiga, Hipócrates já tenha identificado a obesidade como condição doentia e seu discípulo Galeno a tenha considerado decorrente da falta de disciplina, o sobrepeso, desde que associado ao aumento da ingestão alimentar, já foi extremamente valorizado, em especial nos períodos de grande escassez de alimentos (Moraes, 2010).

De fato, durante muitos anos, em diversas culturas, ganhar peso e acumular gordura foram sinais de saúde e prosperidade, e a obesidade constituiu um índice de beleza muito valorizado, principalmente entre as mulheres. Na sociedade contemporânea, a comida continua sendo símbolo de prestígio. Seu tipo, sua quantidade e a maneira como é servida podem ser indicativos de posição social, mas a obesidade deixou de ser idealizada em virtude das comorbidades físicas e psíquicas (Moraes & Dias, 2012).

Na atualidade, as doenças mais comuns apresentadas pelas pessoas estão relacionadas à sua história de vida e aos seus padrões comportamentais. O desenvolvimento econômico e a urbanização determinaram as modificações no estilo de vida da população, traduzidos por padrões alimentares discutíveis e por modelos de atividades predominantemente sedentários. Entretanto, a formação dos hábitos alimentares e da obesidade transcendem as questões geográficas e econômicas. Por muito tempo, houve uma associação da desnutrição à baixa renda e da obesidade ao seu oposto. No entanto, hoje é comum observar, em contextos menos favorecidos economicamente, a prevalência da obesidade nessa população, demonstrando que

sua instalação e manutenção estão além das questões puramente econômicas (Fisberg, 2004; Santos, 2003).

A criança é parte do ambiente em que vive e, como tal, se apropria do ambiente a cada momento, interagindo e modificando seus contextos de desenvolvimento. Além dos contextos ecológicos ou ambientais em que o desenvolvimento ocorre, as relações interpessoais também desempenham papel fundamental na promoção do desenvolvimento infantil. Nessa perspectiva, Bronfenbrenner (1996) destaca a importância das relações entre as pessoas e da formação de díades a partir da presença de uma relação interpessoal recíproca, considerando-as elementos-chave para o desenvolvimento humano.

A família constitui um sistema hierarquicamente organizado, compreendido por subsistemas que, por sua vez, estão contidos em sistemas mais amplos. Dessa maneira, cada membro da família pertence simultaneamente a diversos subsistemas. Em cada um são exercidos diferentes níveis de poder, além de aptidões aprendidas (Minuchin, 1982). O apego é um vínculo afetivo, estável e consistente, que se estabelece entre o bebê e seu cuidador como resultado da interação entre ambos e envolve um sentimento de confiança básico. Também se caracteriza pela necessidade que a criança sente de buscar e manter proximidade e contato físico com as figuras de vinculação. O modo como a criança constrói o conceito de si mesma, a partir das interações com seus pais, é de vital importância para seu futuro. Para ela, esse modelo será tanto mais seguro, estável e confiável quanto mais apegado for à figura do cuidador e quanto mais acessível, disponível, estimulante tenha sido a conduta dessa figura. Do contrário, o modelo que a criança tem de si mesma será inseguro, frágil e instável em função de como ela percebe a interação com a figura de apego, de maneira mais hostil, desconfiada, distante ou inacessível (Bowlby, 1989; 2001; Dix, 1992).

A obesidade se constitui na inter-relação entre aspectos físicos, características da criança, dos seus sistemas familiares e sociais. A perspectiva ecológica ressalta a importância de reconhecer a influência que o contexto social exerce na vida familiar. A família não existe como uma unidade independente de outras organizações sociais, pois a relação do sistema familiar com o seu meio é mútua, ou seja, as condições do meio influenciam a vida familiar e as mudanças que ocorrem na família facilitam as trocas com o meio. Nesse sentido, estabelece-se entre a família e os demais sistemas um processo de adaptação mútua. Assim, uma criança cresce e adapta-se, através de intercâmbios, com o seu contexto imediato (família) e outros ambientes (Bronfenbrenner, 1996; Minuchin, 1982).

O modo como as crianças se alimentam, suas preferências e rejeições a determinadas comidas estão fortemente condicionados pelo contexto familiar, no qual se incorpora a maioria dos hábitos e práticas alimentares das gerações anteriores e da comunidade (amigos, vizinhos, cultura). Os pais influenciam o contexto alimentar aplicando modelos parentais que variam de estilos mais autoritários a mais permissivos nas escolhas alimentares das crianças. Normalmente, os modelos de alimentação infantil expostos pelos pais têm por base, entre outros aspectos, as tradições familiares, a disponibilidade de alimentos em casa, o acesso e exposição aos meios de comunicação e a interação com as crianças nos momentos de refeição (Gouveia, 2011; Setian, 2007).

Compreender as variáveis que permeiam a influência familiar e social e as características da própria criança obesa torna-se fundamental para estruturar estratégias de intervenção na prevenção e tratamento da obesidade infantil. A ciência tradicional, com seus pressupostos de natureza determinista e mecanicista, não se apresenta capaz de enfrentar a complexidade do fenômeno da obesidade. Nesse sentido, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Urie de Bronfenbrenner, alicerçada na perspectiva sistêmica, mostra-se adequada ao estudo desse fenômeno por conceber o desenvolvimento humano como um todo funcional, um sistema integrado, no qual, vários processos (afetivos, cognitivos, emocionais e sociais) operam numa interação mútua coordenada (Bronfenbrenner, 1996; 2011).

Nesta tese, buscou-se analisar a relação entre os sistemas familiar e social e os atributos pessoais, no desenvolvimento da obesidade infantil, à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Dessa forma, o trabalho encontra-se dividido em três artigos: o primeiro artigo "*A teoria bioecológica na pesquisa de famílias com crianças obesas*" trata de uma revisão da literatura, cujo objetivo é descrever o método da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Urie Bronfenbrenner, na pesquisa de famílias com crianças obesas. O segundo artigo "*Um olhar sobre o contexto ecológico de crianças obesas*" trata de uma pesquisa empírica cujo objetivo é identificar a influência dos contextos ecológicos de crianças obesas que podem contribuir para seu estado de obesidade. O terceiro artigo "*As dimensões pessoa e tempo do modelo bioecológico, na obesidade infantil*" tem como objetivo analisar, através dos núcleos Pessoa e Tempo do Modelo Bioecológico, as características pessoais e a história de vida de crianças obesas e de suas famílias que se inter-relacionam na gênese e manutenção da doença.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para os estudos sobre o fenômeno da obesidade na infância, numa perspectiva sistêmica, complexa e ecológica, com a finalidade de tentar tecer redes de apoio e intervenção entre os profissionais, as famílias e as crianças, na prevenção e tratamento da obesidade infantil, além de favorecer novas pesquisas.

Artigo I

A teoria bioecológica na pesquisa de famílias com crianças obesas

Resumo

A abordagem dos problemas que afetam os seres humanos, como as crianças e suas famílias, é um desafio permanente. Na atualidade, a humanidade tem alcançado importante progresso no pensamento científico, proporcionando um deslocamento do enfoque reducionista de apreciar a realidade, em direção a um enfoque sistêmico do fenômeno estudado. A obesidade infantil constitui-se um desafio para todos os profissionais da área de saúde, seja para obtenção de conhecimento ou para intervenção e tratamento. O presente artigo trata de uma revisão da literatura, cujo objetivo é descrever o método da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Urie Bronfenbrenner, na pesquisa de famílias com crianças obesas. Analisar o fenômeno da obesidade requer um olhar sistêmico sobre as relações familiares, fatores de risco ao desenvolvimento, reedição da doença, comportamento alimentar e políticas públicas para seu combate e prevenção. O modelo bioecológico mostrou-se uma escolha adequada por possibilitar transitar entre as várias dimensões envolvidas na obesidade infantil.

Palavras-chave: Método; desenvolvimento humano; família; obesidade infantil.

The Bioecological Theory in research of families with obese children

Abstract

The approach to the problems that affect humans, such as children and their families, is a constant challenge. In the present days, humanity has achieved important progress in scientific thought providing a displacement of the reductionist approach to appreciate the reality, towards a systemic approach of the phenomenon studied. Childhood obesity is a challenge for all health professionals, in order to obtain knowledge or intervention and treatment. This article is a literature review, whose objective is to describe the method of Bioecological Theory of Human Development of Urie Bronfenbrenner, research from families with obese children. Analyze the obesity phenomenon requires a systemic look at family relationships, risk factors for the development, reissue of the disease, eating behavior and public policies to combat and prevent the disease. The bioecological model proved to be a suitable choice by allowing to transit between the various dimensions involved in childhood obesity.

Keywords: Method; human development; family; childhood obesity.

Introdução

O paradigma é um grande norteador do sentir, pensar e agir humano. Orienta e controla a organização dos raciocínios individuais e dos sistemas de ideias. Determina conceitos, comanda os discursos e as teorias. É considerado inconsciente, mas irriga o pensamento consciente.

Na ciência tradicional, destacam-se como pressupostos epistemológicos: a simplicidade, a estabilidade e a objetividade. O pressuposto da simplicidade remete à crença de que é necessário para o cientista separar o objeto em partes para que possa compreender o todo; disso decorrem a atitude de análise e a busca de relações causais lineares. Na estabilidade se acredita que o mundo é estável, “já é como é”. Ligadas a esse pressuposto estão as crenças na determinação (previsibilidade dos fenômenos) e na reversibilidade (possibilidade de agir sobre o sistema, controle dos fenômenos). Na objetividade se postula a crença de que existe uma realidade independente do observador, através da qual tudo que existe pode ser deduzido de maneira objetiva e verdadeira para a ciência (Vasconcellos, 2009).

A ciência tradicional, caracterizada por esses pressupostos, defronta-se com uma crise profunda e irreversível, fruto da revolução científica iniciada com os físicos. Nos séculos XX e XXI, as contribuições de diversos cientistas como o biólogo alemão Ludwig Von Bertalanfly, o antropólogo, sociólogo e filósofo francês Edgar Morin, a psicóloga e epistemóloga brasileira Maria José Esteves de Vasconcellos, o psicólogo russo Urie Bronfenbrenner, entre outros, mostraram os limites do paradigma tradicional da ciência.

Vasconcellos (2009) considera 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 termo de sistemas, um conjunto de elementos em interação. A autora apresenta as mudanças em relação aos três pressupostos epistemológicos da ciência tradicional: da simplicidade para o da complexidade, buscando a contextualização dos fenômenos e reconhecendo a causalidade recursiva; da estabilidade para o da instabilidade, entendendo que o mundo está em processo dinâmico de constantes transformações com a conseqüente imprevisibilidade dos fenômenos; da objetividade para o da intersubjetividade, reconhecendo que não há uma realidade independente do observador e

que o conhecimento científico é uma construção social, engendrado em espaços consensuais, por diferentes pesquisadores.

O pensamento sistêmico pode ser considerado como uma forma de apreensão da realidade. A Teoria Geral dos Sistemas foi elaborada na década de 20, pelo biólogo Ludwig von Bertalanffy, mas somente divulgada na década de 40. A teoria considera a harmonia, a síntese funcional contida no todo. Não acredita que essa síntese se faz à custa de repressões e antagonismos. Apesar disso, um sistema não é apenas harmonia. A harmonia sistêmica repousa sobre a conflituosidade e desarmonia, que também fazem parte do sistema e nele permanecem latentes. Bertalanffy centrou-se na ideia da totalidade. Um sistema não é harmônico nem desarmônico: é as duas coisas ao mesmo tempo, uma vez que é complexo (Bertalanffy, 2008). É por isso que Edgar Morin sustenta que o sistema é o conceito básico da complexidade. Se, por um lado, não pode ser reduzido a unidades elementares, a conceitos simplificadores nem a leis gerais, por outro lado, não se pode reduzir tudo a ele.

Insatisfeito com a maneira mecânica, linear, reducionista e determinista com que a maioria dos psicólogos norte-americanos estudava o desenvolvimento humano, preocupando-se mais com fatores individuais do desenvolvimento do que com influências contextuais, Urie Bronfenbrenner propõe, em 1979, a *Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano*, na qual desenvolve um modelo de desenvolvimento de forte influência sistêmica, recorrendo à *Teoria de Campo* de Kurt Lewin (1890-1947), em particular pelas noções de ambiente e de desenvolvimento (Tegethof, 2007).

Nas décadas posteriores, durante as quais Bronfenbrenner ampliou a sua abordagem, a teoria tornou-se associada ao que ele denominou Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. Esse modelo estabelece um novo paradigma teórico e metodológico, condizente com o pensamento sistêmico, concebendo o desenvolvimento humano como fruto das interações bidirecionais entre um indivíduo biopsicologicamente ativo e todo o sistema ecológico humano, que abarca desde contextos mais imediatos (família), até aqueles mais amplos (sociedade e a cultura) (Polonia, Dessen & Silva, 2005).

No cenário das doenças, o avanço conceitual de Bronfenbrenner pode ser analisado como um modelo promissor nos estudos do processo saúde-doença por permitir um rompimento com o modelo linear de saúde, considerando integrados e inter-relacionados os fatores biológicos, psicológicos e sociais que constituem a saúde e o adoecimento dos indivíduos. Na atualidade, a obesidade na infância é considerada resultante das diversas

influências e formas de interação da criança com o meio na qual está inserida. A família possui uma importância fundamental na constituição psicológica da criança, através do contato primário e aproximação imediata com a criança, estabelecendo, desde cedo, seus padrões alimentares permeados pelos modos de relacionamentos estabelecidos em seu contexto.

Ao pensar nos fatores sociais, a obesidade inexistiu como problema de saúde quando da escassez de alimentos e da alta atividade física praticada pelo homem, mas a seleção dos indivíduos com mecanismos orgânicos mais eficientes em estocagem de energia permitiu, a partir da evolução das sociedades, o seu surgimento (Moraes & Dias, 2012). Por causa, em grande parte, da Revolução Industrial, acompanhada de mudanças nos hábitos de vida (aumento do consumo de alimentos de alta densidade calórica, principalmente os alimentos industrializados, associado à reduzida atividade), o peso corpóreo das populações vem aumentando continuamente. Hoje, a obesidade é considerada um grave problema de saúde pública em vários países, inclusive no Brasil, passando a integrar o grupo de Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais são de difícil conceituação, gerando aspectos polêmicos quanto à sua própria denominação, seja como doenças não infecciosas, doenças crônico-degenerativas ou como doenças crônicas não transmissíveis, sendo essa última a conceituação atualmente mais utilizada (Pinheiro, Freitas & Corso, 2004).

Quanto aos fatores biológicos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), a obesidade pode ser definida, de uma maneira simplificada, como o acúmulo excessivo de gordura corporal, sob a forma de tecido adiposo, sendo consequência de balanço energético positivo, capaz de acarretar prejuízos à saúde dos indivíduos. Nesse sentido, embora possa haver uma predisposição genética na origem da obesidade, isso não é suficiente para explicar o rápido aumento que se tem verificado nos índices dessa doença nas últimas décadas. Segundo a Força Internacional de Luta contra a Obesidade, há estimativa de que aproximadamente 200 milhões de crianças em idade escolar pelo mundo estejam com sobrepeso ou obesidade (Felippe & Santos, 2004). Diante da complexidade envolvida na gênese da obesidade (fatores biológicos, psicológicos e sociais), sua etiologia é considerada multifatorial.

Diante da problemática da obesidade, o presente estudo tem como objetivo descrever o método da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Urie Bronfenbrenner, na pesquisa de famílias com crianças obesas. A metodologia utilizada foi a revisão da literatura

de artigos e livros nacionais e internacionais entre os anos de 1996 a 2013, totalizando 60 referências. As bases de dados consultadas foram o Google Acadêmico, o *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A pesquisa utilizou as seguintes terminologias em português e em inglês: obesidade infantil, família, alimentação infantil, comportamento alimentar, políticas públicas para obesidade, tratamento e Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (childhood obesity , family , baby nutrition , eating behavior , public policies for obesity treatment and Bioecological Theory of Human Development). Foram realizadas: leitura exploratória do material, no intuito de verificar se as informações selecionadas interessavam ao estudo; leitura seletiva procurando determinar o material que de fato interessava ao estudo; leitura reflexiva e crítica buscando responder, através do material escolhido, o objetivo da pesquisa.

1- Obesidade, família, infância: evolução, mudança paradigmática e fatores de risco

De acordo com Fisberg (2004), em 1960, a obesidade estava associada às classes sociais e econômicas mais abastadas. No entanto, na atualidade, tem avançado de modo significativo nas classes menos favorecidas. Segundo Enes e Slater (2010), o aumento da incidência da obesidade no Brasil é ainda mais preocupante quando se admite que esse problema frequentemente não se apresenta de forma isolada, mas como uma condição favorável para a ocorrência de morbidades associadas. Entre elas pode-se elencar: dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos, distúrbios do aparelho locomotor, além de favorecer o surgimento de enfermidades potencialmente letais aumentando o risco da mortalidade, tais como hipertensão arterial, dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes tipo II, e certos tipos de câncer. Além disso, os problemas emocionais são geralmente percebidos como consequências da obesidade, embora conflitos e problemas psicológicos possam preceder o desenvolvimento da doença (Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

A obesidade impõe agravamentos para o indivíduo, a família e o Estado. No caso do indivíduo, constata-se a ocorrência de complicações físicas e psicossociais dela decorrentes. Apesar de não ser encontrada uma psicopatologia específica, o obeso pode apresentar um sofrimento psicológico decorrente dos problemas relacionados ao preconceito social com a doença e também com as características peculiares do seu comportamento alimentar (Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

A família ocupa um lugar intermediário entre o indivíduo e a sociedade e vivencia o sofrimento causado pela doença, que envolve mudanças e dificuldades de adequação ao novo estilo de vida. Além disso, a obesidade tende a ser vista culturalmente como um problema de autocontrole porque, supostamente, as pessoas obesas são vistas como incapazes de controlar seu apetite ou relutantes em fazê-lo. Os membros da família podem tentar executar a tarefa de controlar o membro obeso e, nesse caso, o controle do peso pode funcionar como um controle dos relacionamentos, gerando conflitos. No que diz respeito ao Estado, os custos diretos com hospitalizações no Brasil são similares aos de países desenvolvidos (Vasques, Martins & Azevedo, 2004; Burd, 2004).

Dados apresentados pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2011) apontam que houve aumento expressivo no custo com a hospitalização de crianças e adolescentes relacionados a doenças associadas à obesidade no país, sendo que, no período de 1979 e 1981 gastaram-se 35 milhões de dólares por ano, aumentando, expressivamente, esse gasto no período compreendido entre os anos de 1997 e 1999 para 127 milhões.

Castiel e Vasconcellos-Silva (2006) estimam que foram gastos, anualmente, no Brasil, com as doenças relacionadas à obesidade em torno de US\$ 100 milhões. Apenas o Sistema Único de Saúde (SUS) destina 600 milhões de reais para as internações relativas à obesidade. Esse valor equivale a 12% do que o governo brasileiro despense anualmente com todas as outras doenças (Enes & Slater, 2010). De acordo com Felipe e Santos (2004), os dados do levantamento da Força Tarefa Latino-Americana de Obesidade demonstraram que se gastou quase R\$ 1 bilhão com doenças relacionadas à obesidade. Corroborando com essas informações, Navas (2010, p. 30) alerta para o caráter dos riscos urgentes: *“a obesidade instalada na infância e na adolescência pode afetar mais drasticamente os fatores de risco predisponentes às doenças cardiovasculares do que quando instalados em fases mais avançadas da vida”*.

No Brasil, significativas mudanças ocorreram na sociedade, entre as quais destaca-se: sua modificação de sociedade rural, na qual predominava a família patriarcal e fechada em si mesma, para uma sociedade de bases industriais com as suas implicações de mobilidade social, geográfica e cultural, acarretando transformações igualmente marcantes na estrutura do modelo tradicional de família. Segundo Navas (2010), o arranjo das famílias brasileiras, especialmente nas últimas três décadas, vem passando por várias alterações. Desse modo, nas

famílias das camadas mais empobrecidas da população, a realidade familiar é bem diferente do modelo tradicional de família nuclear, na qual o pai é o provedor, a mãe cuida da casa e os filhos estudam. As autoras comentam que se elevou o número de núcleos familiares compostos apenas por mulheres e seus filhos menores. No que se refere à estrutura familiar, as crianças são os membros mais vulneráveis às situações de conflitos no grupo e, nesse sentido, estão mais expostas que os demais, justamente por não terem autonomia e capacidade plena de defesa e resolução de conflitos.

Diversas áreas da ciência, tais como Antropologia, Sociologia, Educação, Direito e Psicologia, voltaram-se para o estudo da família e da infância com o objetivo de compreender as interações, práticas culturais e valores dos indivíduos. As definições de família não são uniformes nem universais. No campo da Psicologia, a Teoria Sistêmica constitui um dos principais arcabouços para a compreensão da família como um sistema complexo.

A palavra família refere-se a uma unidade complexa e cheia de significados e as suas múltiplas perspectivas e dimensões de análise reforçam essa ambiguidade e imprecisão. Um emaranhado de concepções e interpretações torna difícil procurar convergências entre tanta diversidade para uma definição de família, hoje denominada como famílias.

Não obstante, é importante salientar que a família e a infância nem sempre foram objeto de estudo, preocupação ou sequer interesse por parte da sociedade. A família vem-se transformando constantemente devido às fortes influências políticas, econômicas, sociais e culturais, o que tem ocasionado mudanças nos papéis e nas relações em seu interior e alterado sua estrutura. Graças à sua grande capacidade de ajustar-se às novas exigências do meio, a família tem conseguido sobreviver a despeito das intensas crises sociais. Ela é ainda a matriz mais importante do desenvolvimento humano e também a principal fonte de saúde de seus membros.

O conceito de ecologia do desenvolvimento humano está fundado na ideia de que o crescimento e o desenvolvimento saudáveis resultam do balanço dinâmico entre forças internas e forças externas que podem produzir mudança (Bronfenbrenner, 1996). Assim, o desenvolvimento ocorre quando os seres humanos encontram novas exigências ambientais, tais como novas expectativas, novos papéis, novas responsabilidades. Se os indivíduos encontrarem uma sequência ordenada de desafios cada vez mais complexos, compatíveis com as suas capacidades de enfrentamento, serão capazes de lidar com tais desafios e, em

consequência, crescerão. No entanto, podem surgir discontinuidades entre as capacidades do indivíduo e as exigências do meio gerando dificuldades ao desenvolvimento.

Nessa perspectiva, uma criança cresce e adapta-se através de intercâmbios com o seu microsistema imediato (a família) e ambientes mais distantes (macrossistema), como as crenças culturais. A família é considerada um ecossistema que, sob condições normais, se manterá em um estado de equilíbrio dinâmico, caracterizado pelo balanço adequado entre os seus recursos e os níveis de estresse. No entanto, quando se produzem mudanças no exterior da família, combinadas com modificações no meio familiar, ocorre um estado de instabilidade ecológica excedendo a disponibilidade de recursos pessoais e familiares, originando conflitos ou doenças (Silva, 2003).

Molinari, Silva e Crepaldi (2005) abordam três tipos de variáveis importantes como fatores de proteção ao desenvolvimento da criança: 1) características de personalidade, como autoestima; 2) coesão familiar e ausência de discórdia e 3) disponibilidade de sistemas de apoio externos. Sobre os eventos estressores, Koller e De Antoni (2011) consideram que a relação das pessoas com esses eventos passa por distintos graus de ocorrência, intensidade, frequência, duração e severidade. Além disso, o impacto dos eventos estressores é determinado pela forma como eles são percebidos pelos indivíduos.

O sistema familiar é capaz de promover o processo de integração, bem-estar e a consolidação dos potenciais de adaptação e mudança. Brazelton e Greenspan (2002) elencam cinco tipos de necessidades essenciais das crianças que dependem do desempenho e do envolvimento da família.

a) A primeira refere-se à *necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos*, que são a base para a formação das relações de apego na infância, cuja influência se estende ao longo de todo curso da vida. Padrões familiares que prejudicam o cuidado sustentador podem levar a um comprometimento significativo das capacidades emocionais da criança; b) a *necessidade de proteção física, segurança e regras* depende também dos pais ou dos cuidadores primários. Ambientes sustentadores, nos quais as crianças possam ter suas necessidades emocionais, físicas e de segurança satisfeitas plenamente oferecem oportunidades para que o desenvolvimento ocorra com sucesso; c) a *necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais* das crianças, também precisa ser satisfeita pelos pais ou cuidadores primários e pelos educadores. Segundo os autores, a

necessidade, em particular, deveria ser o foco principal da elaboração de políticas públicas; d) as experiências propiciadas às crianças devem, além de respeitar as diferenças individuais, ser *adequadas ao seu desenvolvimento*. Isso significa que, em cada estágio ou etapa do curso da vida, certas experiências são necessárias. Para propiciar essas experiências adequadas, os pais precisam ter sensibilidade e competência para analisar os custos e benefícios da gama de experiências possíveis para o desenvolvimento global da criança; e) o ambiente familiar é favorável à implementação de inúmeras atividades que envolvem a criança, as quais se vão tornando mais complexas, com mais intencionalidades, no decorrer do tempo (Bronfenbrenner & Morris, 1998). A *necessidade do estabelecimento de limites, organização e expectativas* possibilita a consolidação da posição das crianças no sistema familiar.

Os fatores de risco para o desenvolvimento infantil podem ser compreendidos a partir das características da criança, da família e do ambiente, que diminuem a probabilidade dela tornar-se competente e ter senso de bem-estar, aumentando a possibilidade de ocorrência de resultados negativos e indesejáveis. Esses fatores podem incluir: história de desenvolvimento e personalidade dos pais, abuso de álcool e drogas, depressão parental, baixo nível educacional, altos níveis de estresse, temperamento da criança, falta de apoio social, condições inadequadas de habitação, saúde, educação e alimentação (Silva, Nunes, Betti & Rios, 2008). O problema da alimentação chama a atenção como um fator de risco, uma vez que as maiores taxas de obesidade infantil têm sido observadas em países desenvolvidos, mas a prevalência está cada vez mais elevada nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

Outro fator de risco importante são as habilidades parentais: a falta de afeto, de paciência, de flexibilidade, de firmeza, entre outras (Gouveia, 2011). Minuchin (1982) considera fundamental o entendimento da estrutura familiar e das fronteiras dos subsistemas. A primeira diz respeito a um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem. A segunda aborda as regras que definem como e quais membros participam dos subsistemas. Possui como função proteger a diferenciação do sistema. Cada subsistema familiar tem funções específicas e faz exigências específicas para seus membros. O autor considera que, para o funcionamento apropriado da família, as fronteiras dos subsistemas devem ser nítidas, ou seja, definidas suficientemente bem para permitir que os membros do subsistema conduzam suas funções, sem interferência indevida, mas permitindo o contato entre outros membros dos subsistemas.

Algumas famílias giram em torno de si mesmas para se desenvolver, com um consequente aumento de emaranhamento. Como resultado, a distância que permite a diferenciação entre seus membros diminui e as fronteiras se tornam difusas. Nessa situação, o sistema pode tornar-se sobrecarregado e precisar de recursos necessários para se adaptar e mudar, sob circunstâncias estressantes. Outras famílias desenvolvem fronteiras excessivamente rígidas. A comunicação através dos subsistemas se torna difícil e as funções protetoras da família ficam prejudicadas (Minuchin, 1982). Esses dois extremos de funcionamento das fronteiras são chamados de *emaranhadas e desligadas* e podem estar presentes no funcionamento das famílias com crianças obesas.

No estudo sobre o funcionamento do sistema familiar de crianças acometidas pela obesidade, Moraes e Dias (2013) identificaram uma alternância entre as *fronteiras desligadas* na relação da criança com o pai e *emaranhadas* com a mãe e as famílias de origem. Esse emaranhamento foi refletido na diminuição da autonomia das crianças. Corroborando com essa informação, Tassara (2012) expõe que um subsistema mãe e filho altamente emaranhado costuma excluir o pai da relação, que se desliga ao extremo. A autonomia da criança é então diminuída, o que pode transformar-se em um importante fator de desenvolvimento de sintomas, entre eles, a obesidade.

Ainda sobre fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade infantil, os estudos de Tassara, Norton e Marques (2010); Tassara (2012); Melo e Tapadinhas (2012), Brazão e Santos (2010) identificaram a *transgeracionalidade* (compreendendo valores, crenças, segredos, rituais, entre outros, que são compartilhados com as gerações anteriores das famílias) como um indicador na reedição da obesidade nas famílias. De acordo com Baptista, Cardoso e Gomes (2012), a transmissão geracional é percebida como a repetição de padrões de comportamento entre uma geração e outra, incluindo as heranças não materiais, como valores, mitos e modos de relacionamentos. Entre os diferentes tipos de padrões de comportamentos repetidos ao longo das gerações, é possível perceber a transmissão tanto de experiências benéficas quanto de experiências prejudiciais e mesmo quando os filhos, ao se tornarem adultos, decidem transmitir exatamente o oposto do que aprenderam com as gerações passadas, é comum que essa busca pelo oposto acabe por fortalecer, na prática, a dinâmica familiar anterior que teoricamente se queria evitar.

Outro fator que pode tornar-se um elemento de risco são os *hábitos culturais* que as famílias absorvem. Os aspectos culturais podem influenciar os estilos de vida desde a ingestão

alimentar, até os padrões de atividade física. A forma como os pais exercem a sua autoridade sobre a criança nas diferentes etapas do desenvolvimento bem como as atitudes e comportamentos que podem condicionar as suas opções, também são influenciadas por padrões culturais e crenças. Um exemplo disso é o fato de a cultura ocidental privilegiar a conveniência: prefere-se o meio de transporte a andar a pé, o elevador às escadas e o comando da televisão à sintonização manual. Essas forças culturais culminam na janela dos restaurantes de *fastfood*, nas lanchonetes, nos embutidos, nos biscoitos e refrigerantes através dos quais um máximo de energia pode ser obtido, com o mínimo de esforço (Moraes & Dias, 2012; Silva, 2012).

Nos países industrializados, o nível de educação parece estar inversamente associado ao peso corpóreo. Alguns trabalhos realizados na França, Reino Unido e Estados Unidos da América observaram taxas mais elevadas de indivíduos obesos entre os que possuem nível educacional mais baixo. A relação inversa observada entre o grau de escolaridade e o peso pode ser particularmente atribuída ao fato de os indivíduos com maior nível educacional tenderem a adotar estilos de vida mais saudáveis (Silva, 2012). Os fatores culturais estão entre os determinantes mais fortes da escolha alimentar. Neles se incluem, além da família, as pressões de grupos, colegas e as convenções sociais. Esses fatores podem ser notados, por exemplo, em crianças que cedem à pressão dos colegas para a seleção de alimentos densamente calóricos ou mesmo nas atitudes recompensadoras por parte dos familiares, utilizando produtos nutricionalmente inadequados.

Quanto à atividade física, observa-se que, em decorrência das grandes transformações sociais e tecnológicas, houve uma redução do gasto energético em diferentes atividades diárias da família, acompanhado de um aumento das atividades sedentárias de lazer, como a televisão e jogos de computador (Moraes & Dias, 2012). Essa crescente inatividade física, observada na sociedade moderna, é encontrada em todos os grupos etários e, em particular, nas crianças (Silva, 2012). Em seu estudo, Ansaloni (2008) aponta que o efeito causado pelas inúmeras horas despendidas em frente à televisão é um fator de risco para a obesidade, pois promove o ganho de peso e conduz a uma redução da prática de atividade física. Segundo o autor, nas famílias de menor renda, a população infantil brasileira permanece menos horas por dia em escolas públicas e mais tempo em casa assistindo à televisão, enquanto seus responsáveis passam mais tempo fora de casa, entre trabalho e longos deslocamentos.

O funcionamento do sistema familiar tem sido apontado como uma das variáveis fundamentais na compreensão do desenvolvimento da obesidade infantil. Os anos da infância, passados tradicionalmente na família, são vistos pelos pesquisadores como particularmente importantes para o desenvolvimento da obesidade. A constatação da influência familiar e dos fatores de riscos para o desenvolvimento da doença estabelece relações entre características pessoais, parentais e sociais no seu surgimento e manutenção. Através de um movimento recursivo, no período da infância, a família influencia o desenvolvimento da criança e, em períodos posteriores, o desenvolvimento se constrói através do precedente. Particularmente, acredita-se que essa influência inicial afeta a criança e o modo como interpreta e experiencia outros ambientes ao longo do seu ciclo vital.

2- Comportamento alimentar: quando a fome vai além do alimento

O comportamento alimentar humano reflete interações entre o estado fisiológico, o estado psicológico e as condições ambientais de um dado indivíduo. A capacidade para controlar a ingestão requer mecanismos especializados para harmonizar informações fisiológicas do meio interno com informações nutricionais do ambiente externo. As informações do meio interno dizem respeito a neurotransmissores, hormônios, taxa metabólica, estados do sistema gastrointestinal, tecidos de reserva, formação de metabólitos e receptores sensoriais. As informações oriundas do meio externo compreendem as características dos alimentos (sabor, familiaridade, textura, composição nutricional e variedade) e características do ambiente (temperatura, localidade, oferta ou escassez de alimentos, assim como crenças sociais, culturais e religiosas) (Quaioti & Almeida, 2006).

Segundo Melo e Tapadinhas (2012), o comportamento alimentar visa à satisfação das necessidades das pessoas e está associado aos estilos de vida cotidiana sendo uma forma de interação social. Seu desenvolvimento e aquisição são um processo evolutivo em que interage um conjunto de fatores cognitivos, psicológicos, familiares e sociais. Na infância, não é diferente, a aquisição dos hábitos e comportamentos alimentares é influenciada pelo ambiente familiar, estados psicológico, social e cultural nos quais as crianças estão inseridas.

Para Valle e Euclides (2007), a experiência infantil com os sabores começa desde cedo, no útero, pois o feto é exposto a uma variedade de estímulos sensoriais. O aparelho necessário para detectar tais estímulos, as papilas gustativas, aparece pela primeira vez por volta da 7ª e 8ª semana de gestação. Dessa maneira, é possível que experiências intrauterinas

contribuam para as preferências de sabores. O líquido amniótico é aromático e o seu odor é influenciado pela alimentação da mãe. A semelhança de aromas entre o líquido amniótico e o leite materno pode estar envolvida na preferência do recém-nascido pelo cheiro do leite materno. Segundo as autoras, pesquisas têm indicado que a alimentação das mães durante a lactação pode afetar o sabor do leite. Os compostos químicos que dão sabor e aroma aos alimentos são ingeridos pelo lactente através do leite materno e, dessa maneira a criança vai sendo introduzida aos hábitos alimentares da família. A composição do leite se modifica à medida que a lactação progride. Os níveis de lactose diminuem e aumentam os de cloreto, tornando o leite levemente salgado. Essa mudança pode favorecer a aceitação dos alimentos complementares no tempo oportuno.

Coulthard, Blisset e Harris (2003) e Quaioti e Almeida (2006) relatam que a transição da dieta láctea da primeira infância para a alimentação da família requer que a criança aprenda a aceitar pelo menos alguns dos novos alimentos oferecidos. Mesmo nessa fase precoce do estabelecimento do comportamento alimentar, as crianças apresentam preferências e, muitas vezes, é difícil fazer com que variem a alimentação, pois muitas têm receio de experimentar novos alimentos e sabores, fenômeno denominado de neofobia alimentar. Muitos dos alimentos que as crianças rejeitam inicialmente terminarão sendo aceitos se elas tiverem ampla oportunidade de prová-los em condições favoráveis.

A aprendizagem é um fator importante na aceitação dos novos alimentos e formação dos hábitos alimentares pelas crianças, e está cientificamente provado que existe relação direta entre a frequência das exposições e a preferência pelo alimento. Nesse tipo de aprendizagem, estão envolvidos, além dos aspectos ligados à novidade dos alimentos, também outros, atrelados aos contextos familiar e social no qual o alimento foi consumido. A exposição repetida à prova de alimentos não conhecidos é uma estratégia promissora para promover preferências e prevenir rejeições de alimentos saudáveis por crianças. No entanto, a rejeição inicial ao alimento, muitas vezes, é erroneamente interpretada pela família como uma aversão permanente ao mesmo, e ele acaba sendo excluído da alimentação da criança (Coulthard, Blisset & Harris, 2003; Quaioti & Almeida, 2006).

Após os dois anos de idade, as preferências alimentares começam a serem estabelecidas. É uma fase considerada crítica, na qual o sistema familiar pode ter uma influência maior no comportamento alimentar da criança do que os mecanismos homeostáticos internos, uma vez que ela depende da disponibilidade e escolhas dos seus

pais/cuidadores na seleção e preparação de alimentos, nos hábitos e rotinas alimentares (Melo & Tapadinhas 2012).

Segundo Gouveia (2011), contextos familiares e sociais positivos reforçam a preferência das crianças pelos alimentos oferecidos nessas ocasiões. Geralmente estão ligados a momentos alegres, como comemorações, ou realizadas em ambientes tranquilos, sem pressões ou coerções para ingestão de alimentos. Ao contrário, contextos familiares e sociais negativos podem diminuir a aceitação ou aumentar a rejeição da criança por alguns alimentos. As refeições, na maioria das vezes, ocorrem em ambientes tensos e coercivos. Em ambos os contextos, as crianças têm ainda a oportunidade de observar o comportamento alimentar de outras pessoas que, quando vistas como modelo, podem influenciar suas preferências e comportamentos alimentares.

Entre as consequências fisiológicas associadas positivamente à ingestão de alimentos está a sensação gerada pela saciedade. Sob condições usuais, o alimento é ingerido após a percepção da fome e a ingestão termina quando a sensação de saciedade é alcançada. A fome e a saciedade são sentimentos governados por muitos processos e moléculas nos quais o cérebro, mais especificamente o hipotálamo, exerce um importante papel. De fato, o sentimento de fome leva a um aumento de ingestão alimentar e, como consequência, o sentimento de saciedade deve ser gerado (Montenegro & Okano, 2012).

Os efeitos do sabor que reforçam a saciedade são encontrados nas refeições com alto teor de gordura e carboidratos. Um fator importante na escolha dos alimentos gordurosos é a palatabilidade. As indústrias de alimentos conhecem essa preferência e aumentam a composição dos alimentos ofertados pelas empresas do setor. Além disso, as empresas investem muito nas propagandas dos produtos, utilizando como veículo de comunicação e propagação, a televisão (Montenegro & Okano, 2012). O que se percebe aqui é a influência multifatorial de aspectos hereditários, psicológicos, culturais e comportamentais nas sensações de fome e saciedade

Sobre os aspectos psicológicos do comportamento alimentar, Spada (2009) considera que, na obesidade infantil, o afeto pode ser substituído pela alimentação, o que não significa que não exista amor na relação, no entanto, os cuidados e a atenção ocorrem em função da comida. Esse tipo de comportamento é mantido, pois reassegura a boa função cuidadora, tanto para a família quanto para a sociedade. Entretanto, quando a alimentação é usada como

expressão ou forma de afeto, em detrimento do conhecer e aprender os estados emocionais, a criança não é ensinada a entrar em contato com o que de fato lhe traz angústia e sofrimento. Se a família não lhe ensina a identificar o que está sentindo, conseqüentemente, a criança não pode buscar soluções adequadas para isso.

3- As políticas públicas brasileiras para obesidade infantil

Pesquisas demonstram que a relação do perfil socioeconômico com o excesso de peso vem tornando-se menos definida (Reis, Vasconcelos & Oliveira, 2011). Na região Nordeste, o estudo de Petroski, Silva e Pelegrini (2008), realizado na região de Cotinguiba (microrregião do estado de Sergipe pertencente à mesorregião do Leste Sergipano), encontraram resultados expressivos: 5,4% de sobrepeso e obesidade em crianças. Silva *et al* (2005), após avaliação de escolares do município de Maceió, observaram 4,5% de sobrepeso, em geral, nas crianças que frequentavam escolas privadas. O estudo, realizado em Salvador por Leão, Araújo, Moraes e Assis (2003), mostra prevalência de obesidade em escolares de 30% em escolas particulares e 8% em públicas. Balaban e Silva (2001) publicaram os resultados de um estudo realizado no Recife, com dados preocupantes: 33,6 e 34,3% de sobrepeso e 19,7 e 14,2% de obesidade nos meninos e meninas, respectivamente.

Um estudo realizado no Recife-PE por Alves, Siqueira e Figueroa (2009) nas comunidades do Frago e Caranguejo, com 733 escolares, apontou um percentual de excesso de peso de 12,6%. Esse resultado mostra que, mesmo em localidades carentes, é possível observar diferenças no padrão nutricional dos escolares, refletindo a transição nutricional e a coexistência de desnutrição e obesidade. Nesses casos, pode haver um agravamento devido à preocupação das famílias mais carentes com a desnutrição dos filhos, passando a negligenciar os casos de sobrepeso e obesidade.

De acordo com Rigo e Santolin (2012), foi com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, que a obesidade começou a integrar a Classificação Internacional das Doenças (CID), sendo considerada uma patologia. Nesse momento, a obesidade não teve grande repercussão social, tampouco era preocupação passível de intervenção estatal. No entanto, em meados de 1998, baseado no indicador antropométrico do Índice de Massa Corporal (IMC), a obesidade passa a ser caracterizada oficialmente pelas autoridades de saúde como doença. A partir disso, constituiu-se então como problema de saúde pública a ser solucionado, em razão dos supostos prejuízos à vida.

Por meio da lei n.º 8.080/1990 é regulado o Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia de atenção e cuidado à saúde, integrando a seguridade social e baseando-se nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. O SUS possibilitou uma mudança no conceito de saúde para além da ausência da doença, devendo atuar na formulação e no controle das políticas públicas. Essa nova conceituação de saúde trouxe efeitos para a intervenção em doenças epidêmicas e complexas, como o caso da obesidade no país (Reis, Vasconcelos & Barros, 2011).

As intervenções para a epidemia de obesidade no Brasil são representadas por duas grandes políticas públicas que buscam a prevenção da obesidade e também a promoção da saúde através da alimentação e nutrição, são elas: Política Nacional da Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A ação estratégica mais específica com relação à obesidade infantil é realizada pelo Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE é parte de um conjunto de ações específicas da PNPS, cujos objetivos são promover a saúde de crianças e adolescentes no âmbito escolar, na tentativa de identificar quais as relações da saúde com o quadro da obesidade (Brasil, 2007).

Segundo Santos e Scherer (2012), a PNAN, instituída pela Portaria nº 710/1999, originou-se dos esforços da OMS no sentido de conter os avanços de doenças causadas por má alimentação e nutrição. Após dez anos da sua criação, iniciou-se um amplo debate, que teve como resultado a atualização dessa política pública pela Portaria nº 2.715/2011. As propostas atuais da PNAN são: a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

A PNPS foi aprovada pela Portaria nº 687/2006 e transita entre o conjunto das ações e programas voltados à saúde. Com a sua implantação, o protagonismo do processo de promoção da saúde passou a ser dos profissionais e usuários do sistema (Brasil, 2010). Nessa direção, Rigo e Santolin (2012) destacam que a política de saúde deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando a produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado.

Nesse sentido, a PNPS terá maior eficácia se houver investimento em ações voltadas à capacidade de autorregulação dos indivíduos com relação ao seu próprio cuidado, em conjunto com o Estado, que não deve ausentar-se da sua responsabilidade como provedor das melhorias da condição de vida, sendo a proteção da população, dos possíveis riscos, a sua maior responsabilidade. Suas ações específicas são: a divulgação e a implementação da política nacional de promoção da saúde, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e promoção do desenvolvimento sustentável. Os que diretamente se relacionam com a obesidade são as ações referentes à alimentação saudável e prática corporal/atividade física (Brasil, 2010).

Em 2007, o governo brasileiro lançou, por meio do decreto presidencial nº 6.286/2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), uma política interministerial entre os Ministérios da Saúde e Educação integrante das ações específicas da PNPS, cuja finalidade foi o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças e adolescentes de 05 a 19 anos, no ambiente escolar. Em 2012, esse Programa interministerial promoveu a 1ª Semana de Mobilização da Saúde na Escola, tendo como tema a Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência. Em 2013, a semana de Mobilização da Saúde na Escola foi instituída pela portaria nº 364, de 8 de março de 2013, e publicada no Diário Oficial da União, redefiniu a Semana da Saúde na Escola, de periodicidade anual, e com respectivo incentivo financeiro, constituída por ações de promoção e prevenção de agravos à saúde realizadas nos estabelecimentos públicos de ensino em todo o território nacional (Ministério da Saúde, 2012; 2013). Cabe ressaltar que, entre as 17 ações do PSE, em relação à obesidade, destacam-se a avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável e a inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (Brasil, 2010).

A relação da propaganda com a obesidade na infância vem originando iniciativas governamentais que visam a delimitar a publicidade de alimentos, principalmente aquelas destinadas ao público infantil. Nos últimos anos, a publicidade e a propaganda de alimentos são focos de discussões internacionais por considerar tanto o encorajamento ao consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcar e sal, bem como a influência que os meios de comunicação exercem nas práticas alimentares infantis (Reis, Vasconcelos & Barros, 2011).

Acredita-se que entender como o problema da obesidade é enfrentado pelo governo numa perspectiva macrossistêmica é de fundamental importância para o presente estudo, pois amplia a compreensão de seus reflexos nas dimensões dos microssistemas (família, comunidade, escola, hospital), dando subsídios para as relações que os profissionais da saúde, em especial da Psicologia, estabelecem com as famílias e crianças nos ambientes em que se privilegia a intervenção direta. Ultrapassar os limites dos microssistemas, contribui para pensar estratégias de ação que sejam mais eficazes para o tratamento dessa epidemia.

4- Um modelo para pesquisar famílias com crianças acometidas pela obesidade: a teoria bioecológica do desenvolvimento humano

Pesquisar a obesidade e buscar conhecimento sobre essa problemática pressupõe a utilização de uma teoria que consiga trilhar um caminho considerando os vários elementos e sistemas envolvidos no assunto. O modelo da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento de Bronfenbrenner é apontado como um referencial adequado por ser um marco teórico e metodológico que busca privilegiar não apenas o conhecimento, mas as múltiplas interações da criança em seu ambiente (Yunes, Miranda & Cuello, 2011). As autoras comentam que:

"uma das maiores contribuições da abordagem reside no fato de tornar os pesquisadores capazes de "pensar ecologicamente", possibilitando que a sua atenção seja dirigida não só para o indivíduo e os ambientes imediatos nos quais ele se encontra, mas também para as interações do indivíduo com os ambientes mais distantes, dos quais, muitas vezes ele sequer participa diretamente (p.203)".

Urie Bronfenbrenner nasceu em Moscou no dia 29 de abril de 1917, ano marcado pela queda do Império e vitória da Revolução Russa. Mudou-se para os Estados Unidos aos 06 anos de idade. Cresceu em uma instituição estadual para pessoas com problemas mentais, onde seu pai trabalhava como neuropatologista. As experiências nessa instituição influenciaram sua visão ecológica, principalmente quanto aos aspectos biológicos e sociais. Na década de 1960, participou ativamente do planejamento e implementação de movimentos e projetos governamentais e não governamentais ligados à questão do desenvolvimento humano. Ressaltou a importância que as políticas públicas possuem no bem-estar e no desenvolvimento dos seres humanos. Isso o levou, durante muitos anos, a tentar modificar, desenvolver e implementar políticas que pudessem influenciar a vida das crianças e de suas famílias (Polonia, Dessen & Silva, 2005; Yunes & Juliano, 2010).

Na década de 70, alguns paradigmas vigentes para pesquisa não satisfaziam os anseios de Bronfenbrenner, ainda assim, esses modelos influenciaram sua trajetória. São eles: a) o modelo de endereço social; b) o modelo de atributos pessoais; c) o modelo do nicho sociológico e d) o modelo pessoa-contexto (Bronfenbrenner, 2011; Polonia, Dessen & Silva, 2005).

O modelo de *endereço social* é considerado um dos favoritos de todos os tempos. É um modelo teórico clássico, muito utilizado em estudos comparativos entre crianças e adultos que crescem em diferentes localidades sociais e geográficas. Apesar de o modelo enfatizar o ambiente, este não é completamente estudado. O *modelo de atributos pessoais* considera de extrema importância as características da pessoa. Prima por um paradigma identificado pelas características biológicas e físicas, tais como sexo, idade, ou ainda, pelo estado fisiológico do organismo. Assim como o modelo de endereço social, não investiga os processos por meio dos quais as características observadas no ciclo de vida do indivíduo podem afetar o curso do seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 2011).

O modelo denominado *nicho ecológico* privilegia as investigações sobre o desenvolvimento humano em mais de um tipo de localização social. Dessa maneira, "*é possível identificar algumas localizações sociais particularmente favoráveis ou desfavoráveis para o desenvolvimento psicológico*" (Bronfenbrenner, 2011, p. 107). O modelo denominado por Bronfenbrenner *pessoa-contexto*, permite a utilização de várias combinações de características da pessoa e do ambiente que podem produzir efeitos sobre o desenvolvimento. Embora introduza um elemento novo, a interação pessoa-contexto, esse modelo não acarreta muitas mudanças na prática, mas se torna útil "*em estudos exploratórios a fim de identificar aspectos da pessoa, do ambiente ou suas combinações que oferecem as investigações do processo mais promissoras, uma vez que são orientadas teoricamente*" (Bronfenbrenner, 2011, p. 108). Segundo Polonia, Dessen e Silva (2005), foi com base nesses paradigmas que Bronfenbrenner propôs a construção do seu corpo teórico e metodológico, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento humano, visando à implementação de pesquisas dentro da sua abordagem.

4.1- Os conceitos do modelo Processo- Pessoa- Contexto e Tempo (PPCT)

O Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano considera as acomodações orgânicas, as mudanças ambientais ocorridas ao longo do ciclo de vida do indivíduo e a

dimensão temporal. Incorpora os eventos históricos, que refletem nas mudanças sociais inibindo ou motivando alterações individuais ao longo do curso da vida. A Teoria Bioecológica constitui-se de quatro elementos que estão interligados, definidos por Bronfenbrenner como o Modelo PPCT (Processo, Pessoa, Contexto e Tempo). Para o autor, esses quatro elementos são vivos, dinâmicos, mutáveis, integrados e interagem no ambiente. Acredita-se que, da mesma maneira que todos os componentes desse modelo devem ser incluídos em qualquer especificidade conceitual do dinâmico sistema de desenvolvimento humano, também se deve investigar o papel de todos eles para prover informações adequadas à compreensão do desenvolvimento humano (Lerner, 2011).

4.1.1- Processo: é considerado o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento, que é entendido como as interações recíprocas progressivamente mais complexas do sujeito com as pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato. O ser humano é considerado um ser biopsicologicamente em evolução, portanto, deve assumir uma postura ativa no desenvolvimento. Desta maneira, para se desenvolver intelectual, emocional, social e moralmente, uma criança ou adulto precisa ter uma participação ativa com interação progressivamente mais complexa e recíproca com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. Essas formas duradouras de interação no ambiente imediato são chamadas de *processos proximais* (Bronfenbrenner, 2011).

De acordo com Narvaz e Koller (2011), a maioria das pesquisas em desenvolvimento concebe as características da pessoa apenas como variáveis dependentes. Para o modelo bioecológico as características da pessoa têm influência fundamental sobre a direção e o conteúdo dos processos proximais. Os processos proximais podem produzir dois tipos de efeitos que conduzem a diferentes tipos de resultados evolutivos: 1- efeitos de competência-aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidades para conduzir e direcionar seu próprio comportamento; 2- efeitos de disfunção- manifestação recorrente de dificuldade em manter o controle e a integração do comportamento, em diferentes domínios do desenvolvimento.

Segundo as autoras, os resultados de competência e/ou disfunção irão depender da exposição aos processos proximais, que podem variar ao longo de cinco dimensões: duração do período de contato, frequência do contato ao longo do tempo, interrupção ou estabilidade da exposição, "timing" da interação e intensidade e força do contato. Assim, pode-se compreender os resultados evolutivos, em um determinado estágio do desenvolvimento, como

uma função conjunta do processo, das características da pessoa, da natureza do ambiente imediato em que vive, da intensidade e da frequência da relação ao período de tempo ao qual foi exposta, bem como ao processo proximal e ao ambiente em que ocorreu. Não se deve desconsiderar os fatores genéticos que são interdependentes de todos os processos.

Nos trabalhos de Moraes e Dias (2013) e Tassara (2012), os processos proximais, nos quais as crianças obesas estão inseridas, revelaram relações permeadas pelo emaranhamento familiar, dificultando a autonomia das crianças. Igualmente, em outros momentos, essas relações se apresentaram de maneira desligada, cabendo apenas à criança a responsabilidade e o cuidado com a doença.

4.1.2- Pessoa: envolve as características que são determinadas biopsicologicamente e aquelas que se constituem na interação com o ambiente. O desenvolvimento está relacionado, ainda, com a estabilidade e a mudança nas características biopsicológicas da pessoa durante o ciclo vital. Assim, as características da pessoa são tanto produtoras como produto do desenvolvimento, constituindo um dos elementos que mais influenciam a forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais, e são, ao mesmo tempo, o resultado da interação conjunta dos elementos que se referem ao processo, à pessoa, ao contexto e ao tempo (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Narvaz & Koller, 2011).

Bronfenbrenner e Morris (1998) deram atenção às características pessoais que os indivíduos trazem consigo para qualquer situação social. Dividiram as características em três tipos, as quais eles denominaram características de força, recursos biopsicológicos e demanda que influenciam e moldam o curso do desenvolvimento humano: 1) *as características de força:* referem-se às características ou disposições comportamentais ativas que tanto podem colocar os processos proximais em desenvolvimento e sustentar sua operação quanto colocar obstáculos ou mesmo impedir que tais processos ocorram; 2) *as características de recursos biopsicológicos:* referem-se às habilidades, experiências e conhecimentos para que os processos proximais sejam efetivos em determinada fase de desenvolvimento; 3) *as características de demandas:* convidam ou desencorajam reações do contexto social, que pode nutrir ou romper as operações dos processos proximais.

Segundo Moraes e Dias (2013), as crianças obesas podem apresentar experiências de vida fundamentadas por processos proximais negativos, permeados pela estigmatização quanto à sua aparência física (corpo obeso) além de reforçar o aparecimento da baixa

autoestima. Outras características desorganizadoras que influenciam negativamente os processos proximais são o comer compulsivo, ansiedade, sentimentos de tristeza, irritabilidade, agressividade e fadiga crônica.

4.1.3- *Contexto*: diz respeito aos contextos de vida da pessoa. Segundo Bronfenbrenner (1996; 2011), para compreender o desenvolvimento humano é necessário considerar o sistema ecológico total em que o crescimento ocorre. Tal sistema é organizado socialmente por uma série de subsistemas sobrepostos que ajudam a amparar e guiar o crescimento humano. São eles: microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema.

O *microssistema* refere-se ao meio imediato no qual a pessoa se encontra em desenvolvimento. Como exemplo, tem-se a família, ambiente no qual ocorrem as interações face a face, com características físicas, sociais e simbólicas particulares e permeadas por características de força, recursos e demandas das pessoas envolvidas, promovendo ou inibindo um engajamento nas interações de modo mais direto e atuante. Neste subsistema, operam os processos proximais que produzem e sustentam o desenvolvimento, cuja eficácia depende, dentre outros fatores, do conteúdo e estrutura desse microssistema familiar (Bronfenbrenner, 1996; 2011; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Narvaz & Koller, 2011). No microssistema de crianças obesas, pode-se pensar nas famílias nas quais as regras não são estabelecidas, apresentando dificuldade para colocar limites à criança e pouca participação na sua vida.

O *mesossistema* compreende as inter-relações entre dois ou mais ambientes dos quais a pessoa em desenvolvimento participa, de forma ativa e frequente, como as relações entre a família e a escola, a família e o tratamento para obesidade. O mesossistema é considerado um sistema de microssistemas e é formado ou ampliado à medida que a pessoa passa a participar de um novo ambiente. Os processos que operam nos diferentes ambientes frequentados pela pessoa são interdependentes, influenciando-se mutuamente (Bronfenbrenner, 1996). Assim, a interação de uma criança obesa na família é influenciada e influencia outros ambientes dos quais ela participa, como a escola e o tratamento para obesidade. Quando a relação de comunicação e colaboração entre os mesossistemas família-escola; família-tratamento são falhas, isso pode dificultar a participação e a cooperação da prevenção e do tratamento da obesidade.

O *exossistema* compreende as inter-relações entre dois ou mais ambientes, sendo que a pessoa em desenvolvimento não participa ativamente de um deles. Nesses ambientes, ocorrem

eventos que indiretamente influenciam e são influenciados pelos acontecimentos nos ambientes imediatos no qual a pessoa em desenvolvimento vive (Bronfenbrenner, 1996). Nas famílias de crianças obesas, pode-se refletir sobre as relações entre a criança e o trabalho dos pais, influenciando no tempo em que a criança fica sozinha na companhia apenas da televisão, ou mesmo, nas refeições solitárias por conta das horas gastas entre os deslocamentos dos trabalhos dos pais.

O *macrossistema* consiste de um padrão de características que envolvem os demais subsistemas por intermédio dos modelos institucionais de cultura, como os costumes e crenças, o estilo de vida, a estrutura de oportunidades, os obstáculos e opções no curso da vida e recursos materiais (Bronfenbrenner, 1996; 2011). A cultura, os valores e crenças sobre os hábitos alimentares segundo os quais os pais foram educados exercem forte influência sobre a maneira como orientam os hábitos alimentares dos seus filhos. O conceito de macrossistema implica não só a cultura em que a pessoa vive, mas também a subcultura particular em que está inserida. Compreende as influências da cultura nas pessoas com quem a criança em desenvolvimento se relaciona no dia-a-dia, sendo definido pela estrutura e pelo conteúdo dos sistemas que o constituem (Bronfenbrenner, 1996). As políticas públicas e educacionais para prevenção da obesidade, bem como as questões que podem predispor o surgimento da doença como o sedentarismo, ausência da prática da atividade física nas escolas, maior consumo de alimentos calóricos reforçado pela mídia através das propagandas, estão presentes no macrossistema das família com crianças obesas.

4.1.4- O último componente do modelo bioecológico, o *Tempo*, permite examinar a influência sobre o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo da vida. Assim, as mudanças no ciclo vital, na estrutura da família, no status socioeconômico, no trabalho, no local de residência, exemplificam as mudanças ocorridas no tempo (Bronfenbrenner, 2011; Polonia, Dessen & Silva, 2005).

O tempo é analisado em três níveis: microtempo, mesotempo e macrotempo. O *microtempo* é caracterizado pelas continuidades e discontinuidades dos episódios contínuos de processos proximais que demarcam a estabilidade ou instabilidade no ambiente. O *mesotempo* é relativo à periodicidade (frequência e regularidade) dos processos proximais através de intervalos de tempo maiores, como dias e semanas. O *macrotempo* refere-se aos eventos mutantes na sociedade e no tempo histórico, tanto os relativos à geração da qual faz parte a pessoa em desenvolvimento, quanto os referentes aos eventos ocorridos através das

gerações (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Polonia, Dessen & Silva, 2005; Narvaz & Koller, 2011). Segundo os autores citados, a análise do tempo dentro desses três níveis deve focalizar a pessoa em relação aos seus acontecimentos presentes em sua vida, desde os mais próximos até os mais distantes, como os grandes eventos e as transições históricas. Portanto, as mudanças que ocorrem através do tempo, nas quatro propriedades do modelo, não são apenas produtos, mas também produtoras de mudança histórica.

Diante do que foi apresentado, conclui-se que a proposta de pesquisar as famílias com crianças obesas a partir da Teoria e do Modelo Bioecológico (PPCT) reside no fato dessa abordagem abarcar as continuidades e mudanças que operam nos ambientes, nos processos proximais e nas características biopsicológicas das famílias e crianças em desenvolvimento e das gerações que a antecederam. O enfoque sistêmico e relacional permite ampliar a visão do pesquisador habituado a recortar a realidade, enfocando-a linearmente e de forma segmentada. Esse enfoque é uma tentativa de redimensionar o papel do pesquisador na interação com o fenômeno da obesidade, produzindo novos conhecimentos teóricos e práticos de considerável relevância.

Considerações finais

A obesidade infantil apresenta uma etiologia multifatorial o que torna a sua compreensão bastante complexa por desencadear uma série de problemas físicos e psicológicos. Há décadas, a obesidade estava associada às classes sociais e econômicas mais abastadas, no entanto, na atualidade, tem avançado de modo significativo nas classes menos favorecidas. É importante que a temática da obesidade na infância seja cada vez mais discutida e pesquisada pela Psicologia para possibilitar a investigação dos múltiplos fatores envolvidos na sua compreensão e tratamento.

A família transforma-se constantemente, sob o impacto das fortes influências políticas, econômicas, sociais e culturais, o que tem ocasionado mudanças nos papéis e nas relações estabelecidas no seu interior, bem como alterado sua estrutura no que diz respeito à composição familiar. Mesmo diante dessas modificações, ela continua sendo a matriz mais importante do desenvolvimento humano e também a principal fonte de saúde de seus membros.

O ambiente familiar em que as crianças estão inseridas pode apresentar tanto fatores de risco quanto de proteção às suas necessidades e sobrevivência. No caso da obesidade infantil, estudos apontam que algumas famílias apresentam em seu funcionamento fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento e manutenção da doença, tais como: o emaranhamento nas relações familiares, diminuindo a autonomia da criança; rigidez nos relacionamentos, tornando difícil a comunicação e interação entre os membros do sistema; a transgeracionalidade como um indicador recorrente na reedição da obesidade nas famílias; os hábitos culturais que as famílias absorvem influenciando os estilos de vida não só no que diz respeito à ingestão alimentar, como aos padrões de atividade física.

Entender o comportamento alimentar das crianças obesas é fundamental, uma vez que, para a Psicologia, a obesidade pode estar relacionada com excesso de comida, mas também associada com outras carências de que o sujeito não está dando conta, acarretando excesso de massa corporal. O corpo obeso pode demonstrar as dificuldades em reconhecer os estados emocionais associados às mensagens e facilidades da modernidade. A família influencia diretamente o contexto alimentar das crianças através dos seus modelos de alimentação e interações familiares. A exposição repetida da criança a esses modelos e interações pode gerar um estímulo condicionado em que alimentos são associados a eventos exercendo um efeito modulador sobre o comportamento alimentar. Como consequência, as crianças adotam suas preferências alimentares de acordo com os costumes familiares, fazendo escolhas que se repetirão no futuro.

As políticas públicas brasileiras de intervenção na obesidade infantil focam suas ações na prevenção da doença, buscando proporcionar uma vida futura mais saudável, respaldando-se em ações de educação, orientação e estímulo à atividade física e alimentação saudável. No entanto, não abordam um programa de atendimento à criança que seja centrado nas ações da família e baseado em um modelo de intervenção sistêmico que permita à própria família tornar-se autônoma e consciente de suas ações ambientais, criando, assim, condições favoráveis ao desenvolvimento.

Levando em conta esses aspectos e, dentre as considerações desse estudo, destaca-se a utilização da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, como uma proposta teórica para pesquisar famílias com crianças obesas. Essa teoria permite que os processos de desenvolvimento sejam considerados em sua natureza sistêmica e inter-relacional, oferecendo conceitos e indicando medidas que permitem descrever a criança em seu contexto. A proposta

de estudo da obesidade infantil a partir do modelo bioecológico, poderá abrir um campo promissor para entender questões centrais na prevenção e tratamento da obesidade nas crianças.

Referências

- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) (2011). *Os Números da Obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009*. Recuperado em 22 de março, 2012 de http://www.abeso.org.br/pdf/Obesidade%20no%20Brasil%20VIGITEL%202009%20POF2008_09%20%20II.pdf
- Alves J. G, Siqueira P. P., & Figueiroa, J. N. (2009). Overweight and physical inactivity in children living in favelas in the metropolitan region of Recife, Brazil. *Jornal de Pediatria*, 85(1), pp. 67-71.
- 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.
- Badalan, G., & Silva, G. A. P. (2001). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola de rede privada de Recife. *Jornal de Pediatria*, 77(2), pp. 96-100.
- Baptista, M. N., Cardoso, H. F., & Gomes, J. O. (2012). Intergeracionalidade familiar. In Baptista, M. N., & Teodoro, M. L. M. (Orgs.). *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção* (pp. 16-26). Porto Alegre: Artmed.
- Bertalanfly, L. V. (2008). *Teoria Geral dos Sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Brasil (2007). *Decreto Federal 6.286*. Dispõe sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) e dá outras providências. Brasília: DF, Recuperado em 12 de abril, 2012, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2007/Decreto/D6286.htm>
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* (3a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brazão, N., & Santos, O. (2010). Transgeracionalidade na obesidade infantil. *Revista de Endocrinologia, Diabetes e Obesidade*, 4(2), pp. 87-94.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2002). *As necessidades essenciais das crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos* (A. C. Barreto, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon., & M. R. Lerner (Orgs.). *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development* (pp. 993-1028). New York: John Wiley.
- Burd, M. (2004). Obesidade e família. In Filho, M. J., & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família* (pp.299-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Castiel, L. D., & Vasconcellos-Silva, P. R. (2006). *Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Coulthard, H., Blisset, J., & Harris, G. (2003). The relationship between parental eating problems and children's feeding behaviour: A selective review of the literature. *Eating Behaviors, 129*(32), pp. 89-103.
- Enes, C. C., & Slater, B. (2010). Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 13*(1), pp. 163-171.
- Felippe, F., & Santos, A. M. (2004). Novas demandas profissionais: obesidade em foco. *Revista ADPPUCRS, 5*(5), pp. 63-70.
- 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.
- Gouveia, I. M. J. (2011). *Aceitação de alimentos por pré-escolares e atitudes e práticas de alimentação exercidas pelos pais*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Koller, S. H., & De Antoni, C. (2011). Violência intrafamiliar: uma visão ecológica. In S. H. Koller (Org.). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 297-314). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Leão, L. S., Araújo, L. M., Moraes, L. T., & Assis, A. M. (2003). Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica, 47*(2), pp. 151-157.
- Lerner, R. M. (2011). Prefácio. In U. Bronfenbrenner. *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos* (A. Carvalho-Barreto, Trad.) (pp.19-36). Porto Alegre: Artmed.
- Melo, S. H., & Tapadinhas, A. R. (2012). Relationship Between the Parents and the Child's Eating Behaviour. *Psychology, Community & Health, 1*(3), pp. 273–284.
- Ministério da Saúde (2012). *Mais de 5 milhões de estudantes receberão orientação contra obesidade*. Recuperado em 04 de Abril, 2014, de <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm>

- Ministério da Saúde (2013). Portaria nº 364, de 8 de março de 2013. Recuperado em 04 de Abril, 2014, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0364_08_03_2013.html
- Minuchin, S. (1982). *Famílias, funcionamento e tratamento* (2a ed.). (J. A., Cunha trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Molinari, J. S. O., Silva, M. F. M. C., & Crepaldi, M. A. (2005). A saúde e o desenvolvimento da criança: a família, os fatores de riscos e as ações na atenção básica. *Psicologia Argumento*, 23(43) pp. 17-26.
- Montenegro, R. A., & Okano, A. H. (2012). Atividade cerebral relacionada ao apetite e exercício físico: implicações para a ingestão alimentar e controle do peso corporal. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício*, 11(1), pp. 48-54.
- Moraes, P. M., & Dias, M. C. S. B. (2012). Obesidade infantil a partir de um olhar histórico sobre alimentação. *Interação em Psicologia*, 16(2), 317-326.
- Moraes, P. M., & Dias, M. C. S. B. (2013). Nem só de pão se vive: a voz das mães na obesidade infantil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 46-59.
- Navas, A. P. (2010). *Correlação entre obesidade, aptidão cardiorrespiratória e fatores comportamentais em escolares da rede estadual do município de Franca-SP*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde, Universidade de Franca, SP.
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2011). O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In S. H. Koller (Org.). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 55-70). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2006). *Obesidade e sobrepeso*. Recuperado em 31 de Agosto, 2012, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- Petroski, E. L., Silva, R. J., & Pelegrini, A. (2008). Crescimento físico e estado nutricional de crianças e adolescentes da região de Cotinguiba, Sergipe. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(3), pp. 206-211.
- Pinheiro, A. R. O., Freitas, S. F. T., & Corso, A. C. T. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista Nutrição de Campinas*, 17(4), pp. 523-533.
- Polonia, A. C., Dessen, M. A., & Silva, N. L. P. (2005). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In M. A. Dessen., & A. L. Costa Júnior (Orgs.). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp.71-89). Porto Alegre: Artmed.
- Quaioti, T. C. B., & Almeida, S. S. (2006). Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*, 17(4), pp. 193-211.

- Reis, C. E. G., Vasconcelos, I. A. L., & Oliveira, O. M. V. (2011). Panorama do estado antropométrico dos escolares brasileiros. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(1), pp.108-116.
- Reis, C. E. G., Vasconcelos, I. A. L., & Barros, J. F. N. (2011). Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(4), pp. 625-633.
- Rigo, L. C., & Santolin, C. B. (2012). Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. *Movimento*, 18(2), pp. 279-296.
- Silva, S. L. R. (2003). *Adaptação acadêmica, pessoal e social do jovem adulto ao ensino superior contributos do ambiente familiar e do autoconceito*. Dissertação de Mestrado, Pós-Graduação em Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Silva M. A., Rivera, I. R., Ferraz, M. R., Pinheiro, A. J., Alves, S. W., Moura, A. A., & Carvalho, A. C. C. (2005). Prevalência de fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes escolares na cidade de Macéio . *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84(5), pp. 387-392.
- Silva, N. C. B., Nunes, C. C., Betti, M. C. M., & Rios, K. S. A (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16(2), pp. 215-229.
- Silva, D. M. V. (2012). *Fatores individuais e familiares associados à obesidade pediátrica e ao sucesso de uma abordagem terapêutica*. Tese de Doutorado, Pós-Graduação em Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Portugal.
- Spada, P. V. (2009). *Obesidade e sofrimento psíquico: realidade, conscientização e prevenção*. São Paulo: Unifesp.
- Tassara, V., Norton, R. C., & Marques, W. E. U. (2010). Importância do contexto sócio familiar na abordagem de crianças obesas. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(3), pp. 309-314.
- Tassara, V. (2012). *Obesidade na infância e interações familiares: uma trama complexa*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Tegethof, M. I. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Tese de Doutorado, Pós-Graduação em Psicologia e Ciências de Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Valle, J. M. N., & Euclides, M. P. (2007). A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. *Revista APS*, 10(1), pp. 56-65.
- Vasconcellos, M. J. E. (2009). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência* (8a ed.).Campinas- São Paulo: Papyrus.

- Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31(4), pp. 195-198.
- Yunes, M. A. M., Miranda, A. T., & Cuello, S. E. S. (2011). Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. In S. H. Koller (Org.). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 201-222). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yunes, M. A. M., & Juliano, M. C. (2010). A bioecologia do desenvolvimento humano e suas interfaces com educação ambiental. *Cadernos de Educação*, 37, pp. 347-379.

Artigo II

Um olhar sobre o contexto ecológico de crianças obesas

Resumo

A Teoria Bioecológica, de Urie Bronfenbrenner, considera o desenvolvimento humano como um processo dinâmico que ocorre entre a criança e seus diferentes contextos. Este artigo tem como objetivo identificar a influência dos contextos ecológicos de crianças obesas que podem contribuir para seu estado de obesidade. Participaram oito crianças, de ambos os sexos, e suas responsáveis, cinco mães e duas avós, pertencendo à camada social menos favorecida e atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foram utilizados como instrumentos na pesquisa ficha de coleta de dados biossociodemográficos a partir dos prontuários clínicos, roteiros de entrevistas e o Desenho da Família. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo temática e o teste projetivo com base nos aspectos formal, geral e de conteúdo. As crianças desta pesquisa estão inseridas em sistemas familiares marcados tanto por vivências sofridas e eventos dolorosos, quanto pela superproteção. Os avós, especialmente os que estão na posição de provedores, interferem na dinâmica educacional dos pais. O relacionamento entre os irmãos se caracterizou pela ambivalência, representada por movimentos de aproximação e evitação. Os processos e estados de rejeição e solidão desempenhados pelos pares demonstraram afetar as relações de amizade. Evidenciou-se ainda que as instituições escolares não estão preparadas para lidar com o fenômeno da obesidade e que o trabalho dos pais e o hábito de assistir à televisão refletiram no pouco tempo de interação dos genitores com as crianças. Por fim, a falta de coerência entre o que preconizam as políticas públicas e as atividades de educação física realizadas nas instituições escolares parecem não favorecer o incentivo, o apoio e a proteção à saúde recomendados nos cuidados e ações contra a doença.

Palavras-chave: Teoria bioecológica do desenvolvimento humano; família; obesidade infantil; contextos ecológicos.

A glance at the ecological context of obese children

Abstract

The bioecological theory, from Urie Brofenbrenner, considers the human development as a dynamic process that occurs between the child and its different contexts. This article aims to identify the influence of ecological contexts of obese children that may contribute to the obesity status. Participants were eight children, of both sexes, and their responsible five mothers and two grandmothers, belonging to the lowest social layer and attended by the Brazilian Unified Health System (SUS). The instruments used for this research were a form to collect biosocialdemographic data from their clinical records, interview scripts and the Family Drawing. Data were analyzed based on the technic of thematic content analysis and the projective test based on formal, general and content aspects. It can be concluded that children of this research are inserted in family systems that are marked by both suffered experiences and painful events, as also overprotection. Grandparents, especially those who are in the provider position, interfere within the educational dynamics of the parents. The relationship between the brothers was characterized by ambivalence, represented by movements of approach and avoidance. The processes and rejection states and loneliness performed by the pairs demonstrated to affect friendship relations. It showed also that educational institutions are not prepared to deal with the obesity phenomenon and that parent's work and the habit of watching television reflected in the little time of interaction between genitors and their children. Finally, the lack of consistency between what public policies profess and physical education activities in schools do not seem to favor the encouragement, support and protection to health care and the recommended action against the disease.

Keywords: Bioecological Theory of Human Development; family; childhood obesity; ecological contexts.

Introdução

Os problemas relacionados com o peso do ser humano abrangem desde situações como desnutrição e sobrepeso, até doenças como a obesidade. Entre todas as alterações que ocorrem no organismo humano, possivelmente a obesidade é uma das situações mais complexas e de difícil entendimento. Sua etiologia é considerada multifatorial por envolver fatores orgânicos, ambientais, comportamentais, psicossociais e socioeconômicos, tornando-a assim bastante complexa. É definida como o anormal ou excessivo acúmulo de gordura, uma doença, uma síndrome, um aspecto do nosso metabolismo ou a falta de controle sobre o comer (Organização Mundial de Saúde [OMS] 2006; Fisberg, 2004).

A preocupação com a obesidade na infância é, em termos de evolução histórica da ciência, um assunto bastante recente. O excesso de peso e a obesidade têm sido encontrados com frequência a partir dos cinco anos de idade, em todos os grupos de renda e regiões brasileiras (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010). Através da Pesquisa de Orçamentos Familiares [POF- 2008-2009], o IBGE (2010) divulgou que o peso dos brasileiros nos últimos anos vem aumentando; como resultado temos a diminuição da desnutrição e o aumento da obesidade, especialmente nas crianças. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2011) informam que 48,5% da população brasileira estão acima do peso. Esses dados demonstram o crescimento da obesidade e tal condição é um grave problema de saúde pública.

O Brasil é considerado um país em transição nutricional devido à substituição da desnutrição, decorrente da escassez de alimentos, pela obesidade, face ao excesso e inadequação do consumo alimentar. As modificações dos hábitos alimentares ocorreram através de um processo sistêmico, no qual a evolução da humanidade, caracterizada pelo progresso da cultura, urbanização, industrialização, profissionalização das mulheres, elevação do nível de vida e de educação, representou um papel importante e complexo sobre as demandas da alimentação na contemporaneidade (Moraes, 2010).

A família pode ser considerada o sistema que mais influencia diretamente o desenvolvimento da criança (Minuchin, P., Colapinto & Minuchin, S., 2011), surgindo como o mais poderoso sistema de socialização para o seu desenvolvimento. Na família a criança encontra suas primeiras referências e aprende o modo humano de existir, constituindo o primeiro referencial para a formação da sua identidade. Nesse ambiente, seu mundo adquire

significado e começa seu processo de subjetivação. Isto se dá na e pela troca intersubjetiva, construída a partir do apego e afetividade (Bowlby, 1989; Diniz & Koller, 2010).

Um contexto familiar ideal, que facilite o desenvolvimento, não se refere apenas às dinâmicas familiares positivas, mas a uma família na qual os membros se apoiam e onde existe um respaldo dos microssistemas, mesossistemas e exossistemas (Belsky & Stratton, 2002), pois os aspectos sociais também são fundamentais para o desenvolvimento humano. Assim, uma sociedade que respeita os direitos da criança e oferece um sistema de saúde e educação adequado, torna-se facilitadora do desenvolvimento.

O sintoma da obesidade nas famílias pode não configurar uma contradição na lógica familiar, mas encaixar-se em sua história e em seu estilo interativo. Segundo Minuchin (1982), famílias com crianças acometidas por doenças crônicas podem encorajar o conflito, a superproteção, a rigidez e a ausência de solução de problemas. O conflito é caracterizado como um processo transacional das famílias que dificulta a percepção de si e dos outros membros, além de gerar um subsistema familiar debilitado, em que a comunicação é focalizada na pessoa doente. Nessas famílias, pode ocorrer uma constante superproteção que impede o desenvolvimento da autonomia da criança, reforçando a doença e a dependência.

Em estudo sobre o funcionamento familiar de crianças acometidas pela obesidade, na perspectiva das mães, Moraes (2010) apresentou uma caracterização dessas famílias, descrevendo as dificuldades expressas por elas frente à obesidade da criança, bem como os indicadores que estavam contribuindo para sua manutenção. Os resultados sugeriram: indisponibilidade dos familiares para atender à demanda afetiva dos filhos; alternância entre as fronteiras desligadas na relação da criança com o pai e emaranhadas com a mãe e as famílias de origem. Este emaranhamento se refletiu na diminuição da autonomia das crianças e na ocorrência de conflitos devidos à dificuldade de a criança aceitar o tratamento e manter-se nele.

Acreditando no dinamismo das interações existentes no contexto ecológico de crianças obesas, esta pesquisa está alicerçada na perspectiva Sistêmica e na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Urie Bronfenbrenner. A perspectiva sistêmica considera as relações, mudanças e continuidades na vida da criança e dos seus múltiplos contextos. Acredita-se que o desenvolvimento da obesidade na infância não está condicionado apenas aos contextos mais imediatos com os quais a criança interage (família, amigos, escola), sendo

influenciado também pela interação que esses sistemas estabelecem entre si e com contextos mais distantes (trabalho dos pais, televisão, cultura alimentar, ideologias, valores).

1- O contexto ecológico aplicado aos estudos de famílias com crianças obesas

A perspectiva bioecológica descreve a relação entre o ambiente e o desenvolvimento humano, enfatizando o modo como o contexto ecológico em que a criança está inserida influencia seu percurso, potenciando-a ou condicionando-a por intermédio das interações que se estabelecem e restabelecem entre as pessoas, como também entre estas e os símbolos que caracterizam seu ambiente externo e entre os sistemas. Dessa maneira, ao longo da vida, os indivíduos se adaptam ao meio que os envolve, mas também podem adaptá-lo ou modificá-lo, influenciando-se mutuamente (Delgado, 2009).

Ancorada na teoria sistêmica, a perspectiva bioecológica reconhece a interdependência e a inter-relação entre os diferentes níveis ambientais e os elementos que os compõem, produzindo no seu conjunto um meio que é globalmente distinto (pode ser mais ou pode ser menos) da mera soma de cada uma das suas parcelas (Alarcão, 2000). Além disso, caracteriza-se pela reciprocidade entre as suas partes, pelo fato de que uma mudança numa delas afeta o todo e, por ser uma estrutura flexível e adaptativa, tende ao equilíbrio e prolonga-se no tempo, possibilitando abertura ou fechamento das suas fronteiras com outros sistemas e subsistemas (Delgado, 2009).

Na atualidade, quando se fala em obesidade, é comum remeter-se ao processo de saúde e doença. Na saúde, o processo de desenvolvimento humano se caracteriza como um estado adequado nas condições: físicas, biológicas, emocionais e sociais. Na segunda, esse mesmo processo se constitui de modo desequilibrado, disfuncional, com todas essas mesmas condições em desarmonia. Esses dois estados do desenvolvimento variam e se diferenciam considerando a ampla gama de fatores que podem interferir nessa configuração, sejam eles de natureza externa ou interna ao indivíduo (Cerqueira-Silva, Dessen & Costa Júnior, 2011).

Tanto a saúde quanto a doença são processos multideterminados por aspectos intra e intersujeitos, com origem e evolução perfazendo um curso probabilístico. Isso significa dizer que seu resultado depende de um conjunto de fatores (do nível micro ao nível macro), que, interconectados, se influenciam mutuamente, podendo mudar o rumo do desenvolvimento em qualquer fase da vida (Cerqueira-Silva, Dessen & Costa Júnior, 2011). A obesidade na

infância pode acarretar sérios prejuízos à saúde da criança na idade adulta e, além disso, ocasionar rupturas nos seus processos proximais e doenças crônicas de caráter irreversível.

O desenvolvimento infantil não ocorre de maneira linear e nesse contexto, Moraes (2010), afirma que estudar o fenômeno da obesidade infantil implica ter que abrir mão de sistemas mecânicos, lineares, reducionistas ou deterministas para concebê-lo numa perspectiva construída a partir de fatores interdependentes, interativos, inter-retroativos que caracterizam a multiplicidade desse fenômeno. Os sistemas de interação vão-se modificando ao longo da vida à medida que vão ocorrendo as *transições ecológicas*, ou seja, mudanças de papel ou ambiente, como a entrada numa nova escola, o nascimento de um irmão, a separação ou o falecimento de um ente querido. A cada um desses novos eventos na vida da criança, associa-se a expectativa do desempenho de um conjunto de novos comportamentos que alteram "a maneira pela qual a criança é tratada, como ela age, o que ela faz, e inclusive o que ela pensa e sente (Bronfenbrenner, 1996, p. 07)". As transições produzem uma boa adaptação quando o novo ambiente assegura a satisfação das necessidades e o bem-estar da criança, ocorrendo o contrário quando geram tensões, criando um relacionamento entre a criança e o ambiente caracterizado pelo conflito (Delgado, 2009).

Segundo Bronfenbrenner (1996; 2011), são quatro os níveis que integram a criança no seu contexto. O *microssistema* é o primeiro nível e o mais imediato que envolve a criança desde os primeiros anos de vida. Ele se refere ao conjunto de atividades, papéis e relações interpessoais experimentados pela pessoa em desenvolvimento em um ambiente específico. As pessoas com quem a criança estabelece relações interpessoais apresentam também suas próprias características de temperamento, personalidade e crenças, influenciando diretamente o desenvolvimento da criança. Ainda de acordo com Bronfenbrenner (1996, p. 19), "um termo crítico na definição do microssistema é "*experienciado*". O termo *experiência* é utilizado para indicar que as características cientificamente relevantes de qualquer contexto para o desenvolvimento humano incluem não apenas suas condições objetivas, mas também a maneira pela qual são experienciadas subjetivamente pelas pessoas que vivem nesse ambiente.

Para Bronfenbrenner (1996), a família é considerada um sistema dinâmico e em interação, compreendida em um ambiente próximo e imediato da criança em desenvolvimento, que envolve atividades, papéis e uma complexa rede de relações interpessoais. Quando se fala das relações estabelecidas no microssistema família, afirma-se a

existência de uma díade. Ela é importante para o desenvolvimento da criança em dois aspectos. Primeiro, por constituir um contexto ao desenvolvimento. Segundo, por servir de construtor básico do microsistema possibilitando a concepção de estruturas interpessoais maiores.

Em termos do seu potencial para promover o crescimento psicológico, a díade (interação) pode assumir três formas funcionais diferentes (Bronfenbrenner, 1996, pp. 46-47):

1- A *díade observacional* ocorre quando um membro está prestando uma cuidadosa atenção à atividade do outro que reconhece o interesse sendo demonstrado. 2- A *díade de atividade conjunta* é aquela em que dois membros se percebem fazendo alguma coisa juntos. Isso não significa que eles estejam fazendo a mesma atividade. Pelo contrário, as atividades que cada um realiza tendem a ser diferentes, mas complementares. A competência desenvolvimental de uma díade de atividade conjunta resulta do fato de intensificar certas propriedades que são características de todas as díades: *reciprocidade, equilíbrio de poder e relação afetiva*.

A *reciprocidade* diz respeito ao seu *feedback* mútuo, ou seja, está situada no processo proximal que ocorre entre duas ou mais pessoas permitindo se engajarem em padrões de atividades mais complexas. É importante incentivar as relações recíprocas e a comunicação entre pais e crianças obesas, no intuito de promover os processos proximais. Ainda assim, mesmo que haja reciprocidade na relação entre pais e filhos, um dos pais pode ser mais influente do que o outro. É necessário que haja um *equilíbrio de poder* para que a criança em desenvolvimento aprenda a lidar com as relações de poder diferenciadas. A *relação afetiva* é formada através das interações diádicas que, por sua vez, desenvolvem sentimentos de um em relação ao outro. Esses sentimentos podem ser mutuamente positivos, negativos, ambivalentes ou assimétricos.

3- A *díade primária* é aquela que continua a existir para ambos os membros, mesmo quando eles não estão mais juntos. Dessa maneira, os membros aparecem nos pensamentos de cada um, são objetos de fortes sentimentos emocionais e continuam a influenciar o comportamento do outro, mesmo quando separados. Embora se tenha apresentado cada díade e suas propriedades de maneira distinta, as três formas não são excludentes, podendo ocorrer simultânea ou separadamente.

O *mesossistema* corresponde ao segundo nível do contexto bioecológico, sendo constituído pelas inter-relações ocorridas entre os microsistemas. A constituição do mesossistema é modificada ou ampliada quando a pessoa em desenvolvimento passa a frequentar um outro ambiente (Bronfenbrenner, 1986; 1996; 2011; Santana & Koller, 2011). Por isso, o mesossistema será tanto mais poderoso e rico para o desenvolvimento da criança quanto mais diversos e fortes forem os vínculos estabelecidos entre os ambientes. De acordo com Bronfenbrenner (1996, pp.161-162), as interconexões entre os ambientes são possíveis a partir de quatro modalidades:

A *participação multiambiente* é considerada a forma mais básica de interconexão entre dois ambientes, uma vez que pelo menos uma manifestação disso é imprescindível para um mesossistema. Por exemplo, quando uma criança divide seu tempo tanto na escola como em casa. A existência dessa rede é estabelecida no momento em que a criança entra em um novo ambiente e, quando isso acontece, ocorre uma transição ecológica, ou seja, uma transição de um ambiente para outro. A *ligação indireta* ocorre mesmo quando uma pessoa não participa ativamente de ambos os ambientes, pode ser estabelecida uma conexão entre os dois ambientes através de uma terceira pessoa que serve como um *vínculo intermediário* entre as pessoas dos dois ambientes.

As *comunicações interambientes* são mensagens transmitidas de um ambiente para o outro com a intenção expressa de dar informações específicas para as pessoas do outro ambiente. A comunicação pode ocorrer diretamente (face a face), ou por conversas telefônicas, correspondências, mensagens escritas, redes sociais. Pode ser uma comunicação unilateral ou em ambas as direções. O *conhecimento interambiente* encobre as experiências ou informações que existem num ambiente a respeito do outro. Esse conhecimento pode ser obtido por meio da comunicação interambiente ou de fontes externas aos ambientes específicos envolvidos.

Siqueira (2006) diz que as diferentes configurações do microsistema e do mesossistema correspondem às redes de apoio social, importantes pelo seu efeito moderador no desenvolvimento. A rede de apoio social e afetivo da criança é constituída por professores, tios, avós, amigos, além do grupo familiar.

O *exossistema* é o terceiro nível do contexto, composto pelos ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento não está presente diretamente, mas cujo eventos nele ocorridos influenciam o seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1986; Santana & Koller, 2011). Esses

eventos podem acarretar duplo risco quando afetam os pais ou responsáveis e as crianças e, em consequência, empobrecem o microsistema familiar.

Os exossistemas e mesossistemas possuem uma característica fundamental em comum: lidam com a relação entre dois ou mais contextos. Assim, "a força e a natureza dos processos do desenvolvimento humano no nível mesossistema e exossistema são influenciados por um sistema de crenças e expectativas existentes um sobre o outro em cada contexto" (Bronfenbrenner, 2011, p. 186).

O *macrossistema* é o último nível do contexto bioecológico. Consiste no padrão global de características de todos os níveis anteriores de uma determinada cultura ou contexto social, além de incluir os sistemas de saúde, políticas públicas, crenças, estilos de vida, recursos, riscos, oportunidades estruturais que estão imersas em cada um dos outros níveis (Bronfenbrenner, 2011).

A partir da perspectiva sistêmica e da teoria bioecológica, esta pesquisa teve como objetivo identificar a influência dos contextos ecológicos de crianças obesas, no sentido de compreender os processos, as interações e as conexões entre os diferentes níveis desses sistemas que contribuem para a obesidade na infância.

Método

Natureza da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujo método de conhecimento trabalha com uma gama de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, possibilitando conhecer a situação tal como vivida e percebida pelos participantes (Minayo, 2007). A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que os participantes atribuem às suas experiências, além de ser uma abordagem que interpreta os fenômenos sociais, como interações e comportamentos sob o ponto de vista dos participantes (Pope & Mays, 2005). As metodologias qualitativas, de modo geral, privilegiam a análise de microprocessos sociais, individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados em sua amplitude, profundidade e multiplicidade no momento da análise (Minayo, 2007).

Participantes

Participaram deste estudo oito crianças, de ambos os sexos, na faixa etária entre oito a doze anos, e suas responsáveis, cinco mães e duas avós, na faixa etária entre 34 a 64 anos,

pertencendo à camada social menos favorecida economicamente e atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As crianças foram diagnosticadas com obesidade infantil através dos profissionais (nutricionista e endocrinologista) do ambulatório no qual são acompanhadas.

Foram incluídas as crianças que apresentaram: 1) o Índice de Massa Corpórea (IMC) acima do percentil 95%, pois, segundo o Centro Norte- Americano de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), esse índice configura estado de obesidade; 2) estavam fazendo tratamento clínico para perda de peso no ambulatório, no mínimo, há um mês; 3) os pais ou responsáveis e as crianças aceitaram o convite para participação na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Informado (Anexos B; C). Foram excluídas as crianças que apresentaram: 1) manifestações clínicas de natureza endócrina que contribuem para seu estado de obesidade; 2) hiperfagia (fome excessiva) associada ao uso de medicações; 3) síndrome de Prader-Willi (PWS) - doença neurocomportamental de origem genética.

Na escolha dos participantes, optou-se por uma amostragem proposital, que também é denominada intencional ou deliberada. Por esse critério, o pesquisador delibera quem são os participantes que comporão seu estudo, segundo seus pressupostos de trabalho, podendo escolher entre aqueles cujas características possam trazer melhores informações acerca do seu objeto de pesquisa (Turato, 2008).

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram: 1) *ficha de coleta de dados biossociodemográficos*, a partir da consulta aos *prontuários clínicos*, possibilitando uma caracterização dos atendimentos e história clínica da criança (Anexos D; E; F); 2) *entrevista com roteiro*, abordando questões referentes aos objetivos do estudo, realizada com a criança e seu responsável (Anexos G; H), tendo um formato adequado para cada um. De acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2008, p. 63), a entrevista possibilita que o entrevistado possa “falar sobre a temática em questão sem se prender a uma investigação formulada”, podendo ser conduzida de maneira semidirigida; 3) o teste projetivo gráfico *Desenho da Família*. Segundo Dias (2011, p. 16), o *Desenho da Família* tem como objetivo o estudo das situações afetivas do meio familiar da criança, tais como: conhecer o valor que a família representa; rivalidade entre os irmãos; tipo de conflito intrafamiliar existente; personagens intrusos na família e na vida da criança. Ao final do desenho, foi solicitado à criança que respondesse as

seguintes questões (Anexo I): Qual o melhor? Qual o pior? Qual o mais feliz? Qual o menos feliz? Qual o que ela prefere? Qual o que gostaria de ser?

Considerando a complexidade envolvida no estudo da obesidade infantil, nesta pesquisa, pretendeu-se, com a triangulação dos dados e a epistemologia sistêmica, produzir resultados a respeito do fenômeno da obesidade que fossem mais completos do que o que seria alcançado com as informações provenientes de um único instrumento e de uma única teoria. Dessa maneira, a finalidade é trabalhar por uma integração de saberes que, superando a tendência à disjunção e à fragmentação, possa explicar o fenômeno da obesidade preservando suas diferenças.

Procedimento de coleta de dados

A pesquisa foi realizada em um ambulatório de referência em obesidade infantil na cidade do Recife-PE. Nesse ambulatório, atende-se a crianças não somente da comunidade como também oriundas de outras localidades (interiores do Estado de PE).

Os profissionais que indicaram as crianças foram procurados na Instituição de Saúde. Nesse contato, a pesquisadora explicou os objetivos da sua pesquisa e solicitou a colaboração deles para as indicações. No encontro com os pais/ responsáveis e a criança, a pesquisadora explicou a finalidade da pesquisa, e os que concordaram com a participação foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e (Anexo B) e o Termo de Assentimento Informado (Anexo C). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição de Saúde que apoiou a pesquisa, sob o número 3411-4 (Anexo A). Os procedimentos obedeceram aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

Para a realização da pesquisa, foram necessários dois encontros com cada participante. No primeiro encontro, foi dada a explicação sobre a pesquisa para os pais/responsáveis e a criança, e, posteriormente, foi realizado o desenho da família com a criança. No segundo encontro, foi realizada, individualmente, a entrevista com a criança, e, posteriormente, com o responsável. O tempo de cada encontro variou de uma hora e meia a duas horas de duração com cada participante. As entrevistas foram gravadas e deram-se nomes fictícios para preservar a identidade dos participantes.

Procedimento de análise dos dados

A estratégia metodológica de triangulação dos dados coletados permitiu um maior aprofundamento da análise de conteúdo e uma melhor inserção da pesquisadora no contexto de onde emergiram os fatos, as falas e as ações dos sujeitos. A ficha de coleta de dados biossociodemográfica, a partir da consulta aos prontuários, foi analisada através da conferência dos atendimentos e história clínica da criança. As entrevistas foram analisadas de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática. Segundo Turato (2008, p. 442), “ela procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes que fazem a sua aparição no interior de vários conteúdos mais concretos, portanto uma primeira forma de categorização e subcategorização constituindo o conjunto das entrevistas transcritas”. De acordo com Minayo (2007, pp. 209-210), a análise temática se desenvolve segundo as fases de *pré-análise*, que se concentra “na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final”. A segunda etapa é a *exploração do material*, que “consiste, essencialmente, na operação de codificação, através da transformação dos dados brutos, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto”. Por fim, a terceira consiste no *tratamento dos dados obtidos e interpretação* dos resultados com base na literatura consultada.

O teste projetivo gráfico *Desenho da Família* foi analisado levando em conta dois aspectos: 1) o *formal e geral*: caracterização da família desenhada, posição da folha, tamanho, localização, pressão, sinais de conflito, uso da borracha, entre outros; 2) o de *conteúdo*: que inclui cada parte do desenho: valorização da personagem, desvalorização, omissão, acréscimo de figuras, laços e relações a distância, relação com os irmãos e com os pais, acessórios (Cognet, 2013; Dias, 2011).

Resultados e Discussão

Perfil biossociodemográfico das crianças e pais/responsáveis

Das oito crianças, quatro (Júlia, Karla, Paulo e Valentina) moram com os pais; uma (Laís) mora com seus avós paternos; uma (Clara) mora com seus avós maternos, mãe e irmão; uma (Laura) mora com sua mãe e padrasto; uma (João) mora com sua mãe. Dessas crianças, quatro (Karla, Paulo, João e Valentina) são filhos únicos; duas (Paulo e Laura) fazem uso regular de medicação; cinco (Paulo, Karla, Valentina, João e Laura) apresentam

comorbidades decorrentes da obesidade, segundo avaliação clínica da endocrinologista do ambulatório. Em seguida, apresenta-se uma breve caracterização dos participantes:

1) **Júlia, 12 anos**, cursava o sétimo ano do ensino fundamental em uma escola estadual, residia no Recife-PE com seus pais e três irmãos. Estava fazendo tratamento na instituição para obesidade desde 2009, pesava 77,0 kg e media 1,50m de altura, IMC= 34,22 e percentil >95%, configurando um quadro de obesidade. No momento da pesquisa não apresentava comorbidades e nem fazia uso de medicações. **Sua mãe, D. Letícia**, 45 anos, casada, dona de casa, tinha ensino fundamental incompleto, era quem acompanhava seu tratamento.

2) **Laís, 9 anos**, cursava o quinto ano do ensino fundamental em uma escola estadual, residia no Recife-PE com seus avós. Possui três irmãos do lado materno, mas seus contatos com a genitora e os irmãos são escassos. Estava fazendo tratamento na instituição para obesidade desde 2012, pesava 45,3 kg e media 1,40m de altura, IMC= 22,96 e percentil >95%, configurando um quadro de obesidade. No momento da pesquisa não apresentava comorbidades e nem fazia uso de medicações. **Sua avó, D. Eva**, 60 anos, casada, comerciante, tinha ensino médio incompleto, era quem acompanhava a criança no tratamento.

3) **Clara, 9 anos**, cursava o quinto ano do ensino fundamental em uma escola municipal, residia em um município de Pernambuco na casa dos seus avós com sua mãe e o irmão, depois do falecimento do pai (há dois anos da data dessa pesquisa). Estava fazendo tratamento na instituição para obesidade desde 2012, pesava 41,0 kg e media 1,30 de altura, IMC=24,26 e percentil >95%, configurando um quadro de obesidade. No momento da pesquisa não apresentava comorbidades e nem fazia uso de medicações. **Sua avó, D. Mônica**, 64 anos, casada, funcionária pública, tinha ensino médio completo, era quem acompanhava a criança no tratamento.

4) **Laura, 11 anos**, cursava o sexto ano do ensino fundamental em uma escola municipal, residia em um município de Pernambuco com sua mãe e seu padrasto (depois do falecimento do seu pai). Estava fazendo tratamento para obesidade desde 2009, pesava 92,3 kg e media 1,60 de altura, IMC= 35,94 e percentil >95%, configurando um quadro de obesidade. No momento da pesquisa apresentava como comorbidades da doença: Diabetes e Hipertensão arterial. Também apresentava quadros de Encoprese. Fazia uso regular das seguintes medicações: Sibutramina; Metilformina; Furosemida; Enalapril. Também estava em acompanhamento psicoterapêutico na instituição hospitalar. **Sua mãe, D. Lúcia**, 36 anos,

recasada, dona de casa, tinha ensino fundamental incompleto, era quem acompanhava a criança no tratamento.

5) **Paulo, 12 anos**, filho único, cursava o oitavo ano do ensino fundamental em uma escola municipal, residia em um município de Pernambuco com seus pais. Estava fazendo o tratamento para obesidade desde 2010, pesava 95,2 kg e media 1,56 de altura, IMC= 39,04 e percentil >95%, configurando um quadro de obesidade. No momento da pesquisa apresentava como possíveis comorbidades da doença: Hiperinsulinismo; Foliculite; Hipertensão arterial. Fazia uso regular das seguintes medicações: Sibutramina; Hidroclorotiazida; Metilformina; Enalapril. Também se encontrava em acompanhamento psicoterapêutico na instituição hospitalar. **Sua mãe, D. Lourdes**, 42 anos, casada, professora, tinha magistério, era quem acompanhava a criança no tratamento.

6) **Valentina, 8 anos**, filha única, cursava o segundo ano do ensino fundamental em uma escola particular, residia no Recife-PE com seus pais. Estava fazendo tratamento para obesidade desde janeiro de 2013 (há 03 meses do início da pesquisa), pesava 49,0 kg e media 1,46 de altura IMC= 22,99 e percentil >95%, configurando um quadro de obesidade. No momento da pesquisa, apresentava como possíveis comorbidades da doença: Puberdade Precoce (início de mamas, odor axilar e pelos pubianos aos 6 anos); Ovários policísticos. Além disso, em 2012, sofreu uma torção de ovário sendo necessário retirar o ovário direito e a tuba extensiva. Não fazia uso regular de medicações. **Sua mãe, D. Sandra**, 34 anos, casada, atendente de um laboratório para exames clínicos, tinha ensino médio completo, era quem acompanhava a criança no tratamento.

7) **Karla, 10 anos**, filha única, cursava o quinto ano do ensino fundamental em uma escola particular, residia em um município de Pernambuco com os pais. Estava fazendo tratamento para obesidade na instituição desde 2011, pesava 53,1 kg, media 1,41 de altura, IMC= 26,66 e percentil >95%, configurando um quadro de obesidade. No momento da pesquisa, apresentava como possíveis comorbidades da doença: Puberdade Precoce (início de mamas e odor axilar, pêlos pubianos); Dermatite pruriginosa. Não fazia uso regular de medicações. **Sua mãe, D. Mara**, 39 anos, casada, balconista de padaria, tinha ensino médio incompleto, era quem acompanhava a criança no tratamento.

8) **João, 12 anos**, filho único, cursava o oitavo ano do ensino fundamental em uma escola municipal, residia no Recife-PE com sua mãe, no entanto, seu pai morava numa casa ao lado da sua com a esposa. Estava fazendo tratamento para obesidade na instituição desde janeiro de

2013 (03 meses), pesava 80,8 kg, media 1,52 de altura, IMC= 34,63 e percentil >95%, configurando um quadro de obesidade. No momento da pesquisa, apresentava como possíveis comorbidades da doença: Acantose e Estrias. Não fazia uso regular de medicações. **Sua mãe, D. Marta**, 52 anos, solteira, dona de casa, tinha ensino fundamental incompleto, era quem acompanhava a criança no tratamento.

Dados obtidos nas entrevistas e no Desenho da Família

Os dados foram organizados gerando as categorias de acordo com os níveis ecológicos do *Contexto* da Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner. Assim, serão discutidas as categorias e subcategorias: 1) Microssistema: Relacionamento da criança com seus pais e avós; Relacionamento da criança com os irmãos; Relacionamento da criança com seus pares. 2) Mesossistema: Relação família e escola; Relação família e tratamento para obesidade infantil. 3) Exossistema: Jornada de trabalho dos pais e o hábito da televisão. 4) Macrossistema: Saúde e Políticas Públicas direcionadas para obesidade infantil.

Optou-se por descrever as falas dos participantes em articulação com as características encontradas no desenho da família elaborado pelas crianças da pesquisa.

Microssistema

Embora outros sistemas sociais (escola, local de trabalho dos pais) também contribuam para o desenvolvimento da criança, a família é concebida como o primeiro sistema no qual um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais são vivenciados pela criança em desenvolvimento e cujas trocas dão embasamento para o estudo da obesidade infantil. É também considerado um tipo especial de sistema, com estrutura, padrões e propriedades que organizam a estabilidade e a mudança promovendo os processos proximais (Minuchin, P., Colapinto, & Minuchin, S., 2011; Bronfenbrenner, 2011).

Relacionamento da criança com seus pais e avós

Como a primeira responsável pela socialização e satisfação das necessidades do indivíduo, a família exerce um papel preponderante na promoção da saúde e do desenvolvimento. Ela é vista como um sistema social responsável pela transmissão de valores, crenças, ideias e significados que estão presentes nas sociedades (Kreppner, 2000). O suporte familiar e as competências de cada membro da família são importantes fontes de informação e influenciam o modo da criança lidar com as situações do dia-a-dia. No que se refere à

obesidade infantil, o ato de comer pode ser compreendido como um modo de se manter vivo e aplacar a fome, bem como um meio de troca e de comunicação entre as pessoas. Mas, pode ser também uma forma de suprir uma necessidade afetiva, funcionando como um substituto de algo que falta na criança ou em suas relações sociais (Nunes & Morais, 2012).

João (12 anos) vivencia o relacionamento entre seus pais de maneira não tradicional, uma vez que ele é fruto de uma relação extraconjugal da sua mãe com seu pai, que mora vizinho à sua casa com a esposa: *"Na minha casa mora apenas eu e minha mãe. Meu pai mora na casa ao lado com outra esposa. Minha mãe e a esposa dele brigam muito. Eu não me entendo muito com ela e ela sabe que sou filho dele (esposo). Por conta disso, ela também faz muita confusão com meu pai"*.

A fala de Mônica (52 anos), em relação ao filho João (12 anos), demonstra um emaranhamento na relação e uma dificuldade de diferenciação por parte da criança, mantendo sua dependência à mãe, o que pode contribuir para a obesidade na infância: *"Ele dorme comigo e quando o pai chega, João vai para o quarto dele.[...] já disse a ele que só vou deixá-lo namorar quando tiver 30 anos"*.



Figura 1: A família desenhada por João

No desenho da família (Figura 1), João (12 anos) representa o filho em primeiro lugar, seguido da mãe e do pai. A representação do filho em primeiro lugar pode indicar narcisismo, pois se trata de uma recusa a enaltecer os pais que, geralmente, são representados primeiro. Observam-se traços com avanços e recuos, bem como linha média (sinal de insegurança). Os personagens estão sem mãos (indica dificuldade de relacionamento) e sem pés (insegurança quanto ao seu lugar no mundo). Eles estão bem juntos (os braços se tocam), indicando harmonia familiar ou desejo dela. As figuras são infantilizadas (rostos redondos e bocas em

única linha, bem como olhos redondos), mas estão sorrindo. No questionário, considerou que a figura melhor e mais feliz era a mãe e a menos feliz era o pai, no entanto, afirmou que gostaria de ser o pai, mostrando ambivalência em relação a ele. Vale salientar que o pai também se mostra dividido entre duas famílias.

A compreensão que Valentina (8 anos) possui da relação com seus pais denota uma interação familiar estável, no entanto, a obesidade na criança pode designar o compromisso dos pais de estarem constantemente preocupados e cuidando dela, reforçando seu esquema de atenção e dependência à família: *"Meu relacionamento com meus pais é muito tranquilo. Eles sempre estão preocupados e cuidando de mim. Deve ser também porque sou filha única (risos)"*.

Sandra (34 anos), mãe de Valentina (8 anos), relata a dificuldade para conseguir engravidar e diz que a gestação foi planejada e desejada por ambos os pais: *"A gestação foi planejada, eu estava com 24 anos e a gente já desejava muito uma criança. Ela é a nossa vitória. Digo isso porque tive dificuldade para engravidar. Tenho a síndrome de ovários policísticos, desde muito cedo uso anticoncepcional, e mesmo assim, meus ovários não funcionam de maneira correta. Um ano antes de iniciarmos as tentativas para engravidar, eu já havia parado de tomar o remédio, no entanto, não consegui engravidar. Tive que voltar a tomar mais um ano de remédio, mudar a medicação para fazer efeito, depois de várias tentativas, finalmente conseguimos. Ela foi muito desejada"*.



Figura 2: A família desenhada por Valentina

No desenho da família (Figura 2), Valentina (8 anos) representa a filha em primeiro lugar, indicando narcisismo. Em seguida vêm as figuras da mãe (em maior tamanho e ocupando posição central) e, por fim, a do pai. Todos se tocam, o que sugere união na família ou desejo de que isso ocorra. Chama a atenção a boca da mãe toda borrada, o que ela mesma justificou para dizer que a mãe era a pior e a menos feliz (a mãe reclama muito). No entanto,

no questionário, indicou que gostaria de ser igual à mãe, o que mostra ambivalência em relação a ela.

Laura (11 anos) demonstra que o relacionamento com sua mãe é permeado por conflitos: *"O meu relacionamento com minha mãe é um pouco normal. Brigamos muito, ela é muito estressada, implica com tudo, diz que não faço nada que preste, que estou gorda, só sei mexer no computador deixando o quarto bagunçado"*.

Lúcia (36 anos), mãe de Laura (11 anos) fala sobre a falta do desejo de ser mãe e a dificuldade de cuidar e ser responsável pela criança depois do falecimento do marido, que ocorreu há oito anos: *"Nunca quis engravidar. A gravidez de Laura foi um erro em minha vida, mas deixou o pai dela muito feliz. Comigo Laura é bastante carinhosa, até me sufoca em determinados momentos. Me sufoca mesmo essa sensação de cuidados e responsabilidade com ela, de levar ao médico, psicóloga, só obrigações. Depois do falecimento do pai, há oito anos, sobrou tudo para mim"*. A fala aponta para uma dificuldade da genitora em tornar-se mãe e assumir as funções de cuidado, principalmente, no que diz respeito às responsabilidades pela criança. O fato de não ter desejado a gravidez, bem como o falecimento do marido que ajudava na criação de Laura parece dificultar a relação mantida com a filha. A obesidade de Laura pode ser entendida como uma tentativa de aproximação com a mãe, através dos cuidados exigidos com a doença; uma lacuna na relação parental ou até mesmo uma provocação às dificuldades de parentalidade por parte dessa mãe.

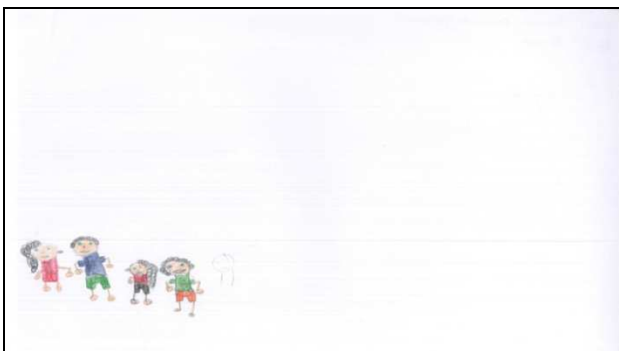


Figura 3: A família desenhada por Laura

No desenho da família (Figura 3), Laura (11 anos) representa a mãe, o pai, uma filha de 5 anos e um filho de 10 anos. Nota-se a eliminação de uma outra figura. O pai ocupa o maior tamanho e a mãe está em primeiro lugar, o que mostra a valorização de ambas as figuras. A figura da filha encontra-se perto do pai, evidenciando uma preferência pelo genitor

do sexo oposto e, talvez, seu desejo de estar perto dele. No questionário, também valorizou o pai que era a pessoa mais paciente e afetiva com ela.

Laís (9 anos), relata o distanciamento que caracteriza o convívio com a figura materna: *"Tem períodos que passo um mês sem ver minha mãe. Com mais ou menos três anos de idade, meu pai me buscou para morar com ele e meus avós paternos. Depois desse período meus encontros com ela diminuíram. Ela quase não me procura (pausa). Eu me entendo bem com a namorada de meu pai e com ele. Minha mãe acaba ficando mais distante do meu contato, mas já me acostumei. Eu acho (pausa)"*. Pode-se pensar nesse caso que o vazio deixado pela ausência materna pode estar sendo preenchido por doses extras de alimento, denotando a ambivalência que sente em relação à figura materna, pois acha que se acostumou com sua ausência, mas sente sua falta, referindo-se à namorada do pai como possível substituta.

Eva (60 anos), avó de Laís (9 anos), fala da negligência da mãe com a criança confirmando o distanciamento entre ambas: *"Quando Laís consegue falar com a mãe, ela promete que vai pegá-la no final de semana e não pega. A menina fica esperando. É de dar pena. Ela fica ligando, ligando, daí a mãe desliga o telefone. A menina liga para a tia, aí a tia liga para a mãe ou para a vizinha da mãe e quando consegue falar com ela, diz: "Deixe de ser sem-vergonha, atenda o telefonema da sua filha!"*. *"Como é que você diz que vai buscá-la e desliga o telefone?"*. *Às vezes, essa atitude da tia surte efeito e ela vai buscar a menina, só que ela não fica para dormir porque a mãe mora em um quartinho e não tem paciência de ajeitar as coisas para recebê-la. A menina acaba indo ficar na casa da avó materna"*.



Figura 4: A família desenhada por Laís

No desenho da família (Figura 4), Laís (9 anos) desenha a personagem que a representa em primeiro lugar, indicador de narcisismo. Depois vêm as figuras do pai, de quem

ela está perto, e, por último, a mãe. Acrescentou a figura de um gato, que pode simbolizar carência afetiva ou agressividade. As figuras estão localizadas no canto da folha, visto que indicam inibição e fuga ao meio. Nota-se também que seu traçado é bem fraco, indicador de meiguice, fragilidade e introversão, o que é reforçado pela utilização apenas de uma cor, denotando bloqueio emocional. No questionário, informou que a mãe era a pior e valorizou a figura do pai como sendo o mais feliz e o personagem de sua preferência. Ainda assim, ao final, relatou que gostaria de ser igual à mãe, mas não sabia por quê. Novamente mostra ambivalência em relação à figura materna, que pode ser compreendida como reação ao descaso da mãe para com ela.

Júlia (12 anos) assim se expressa acerca da relação com a mãe: "*Meu relacionamento com minha mãe é assim: eu não falo muito com ela, não conversamos, não tenho assunto para falar com ela, temos pensamentos bem diferentes*". A mãe de Júlia foi a única responsável que permitiu a participação da filha, mas optou por não participar. Pode-se observar, durante a pesquisa, que o fato de a mãe de Júlia ser de uma geração com valores mais tradicionais ocasiona uma percepção diferenciada de visão de mundo entre a genitora e a filha, instalando uma dificuldade na comunicação familiar.

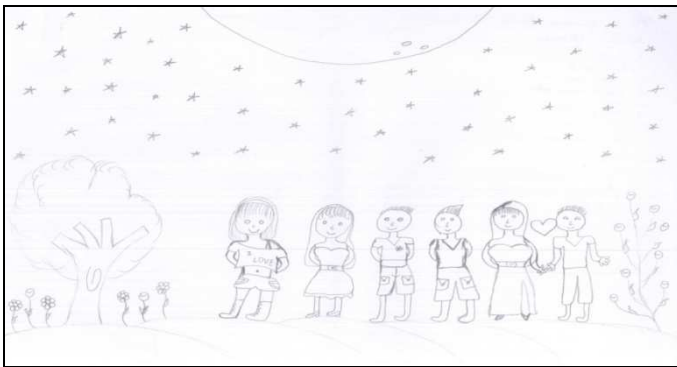


Figura 5: A família desenhada por Júlia

No desenho da família (Figura 5), Júlia (12 anos) representa todos os filhos em primeiro lugar, ficando as figuras da mãe e do pai por último. Há muitos acessórios no desenho (estrelas, lua, árvore, flores e monte) indicando fantasia e imaginação. A colocação dos filhos em primeiro lugar pode indicar a presença de narcisismo porque mostra a dificuldade de enaltecer preferencialmente os pais. Geralmente eles são desenhados em primeiro lugar. Demonstrou possuir criatividade, pois cada personagem é representado de um jeito. No questionário, valorizou os pais e a irmã, desvalorizou os irmãos, mas gostaria de ser ela mesma. O desenho, de maneira geral, revela dotes artísticos.

Clara (9 anos), ao relatar sobre o relacionamento entre seus pais e o seu com eles, deixou transparecer que a transição ecológica caracterizada pela perda do genitor ainda gerava muito sofrimento, além de uma interrupção nos seus processos proximais: *"Quando meu pai era vivo, ele tinha um relacionamento legal com minha mãe (seus olhos enchem d'água). Eu brincava muito com meu pai. Ele me levava para andar de bicicleta com meu irmão. Tenho uma relação muito boa com minha mãe. Mas, ainda sinto muito saudade dele.*

Mônica (64 anos), avó de Clara (9 anos), descreve o relacionamento da neta com os familiares. Fala que, depois do falecimento do pai, a criança aumentou a ingestão alimentar: *"Clara é uma criança muito tranquila de conviver. É carinhosa comigo, com a mãe e irmão. Tinha muito apego ao pai. Depois do falecimento dele, não parava de chorar, de ficar pelos cantos, começou a comer sem parar e a engordar. Levamos ela para se consultar com uma psicóloga. Depois fomos encaminhadas para esse tratamento aqui".*



Figura 6: A família desenhada por Clara

No desenho da família (Figura 6), Clara (9 anos) representa a mãe em primeiro lugar, um tanto inclinada, sinal de instabilidade e insegurança. Ela é seguida pelo pai (valorizado pelo maior tamanho); posteriormente a filha e, por último, o filho de 5 anos (também valorizado pelo tamanho maior). Valorizou o pai no questionário por ser o melhor e o preferido, dizendo sentir muito sua falta, referindo que ainda chora muito sua morte. Tem uma percepção da mãe como uma pessoa que gosta de se divertir e gostaria de ser como ela. Mostrou rivalidade com o irmão, que é considerada normal.

Karla (10 anos) fala sobre o relacionamento com seus pais e a falta que faz um irmão: *"O relacionamento com meus pais é bem sossegado. Me entendo muito com minha mãe. Sinto falta de ter um irmão, de brincar com alguém, sou filha única".*

Mara (39 anos), mãe de Karla (10 anos), diz que a gravidez da filha foi planejada, mas que não pretende ter outros filhos devido às questões financeiras: *"Nossa casa é um ambiente tranquilo. Procuramos viver em harmonia. A gravidez de Karla foi planejada, só tive um contratempo de uma queda, torci o pé e machuquei o braço, mas deu tudo certo. Não tenho pretensão de ter outro filho pela própria condição financeira"*.



Figura 7: A família desenhada por Karla

No desenho da família (Figura 7), Karla (10 anos) põe a personagem que a representa em primeiro lugar, indicando narcisismo. A figura que representa o pai está situada em um plano um pouco acima, mostrando que detém autoridade, mas, ao mesmo tempo, está um tanto inclinada, sugerindo insegurança. A figura materna está no centro e é bastante borrada e retocada, o que indica conflito. Todos estão de mãos dadas (desejo ou união na família). Aparece um sol do lado esquerdo indicando relação com figura materna. O sol é antropomórfico (sinal de infantilidade) e há também nuvens azuis, que indicam bom tempo na família. Nota-se a falta de braços na figura que a representa, sinal de desvalorização. No questionário, desvalorizou a figura da filha, considerando-a a pior e menos feliz, mostrando novamente desvalorização de si mesma, o que é um indicador de reação depressiva. Gostaria de ser igual à mãe.

Paulo (12 anos), a respeito do relacionamento entre seus pais ele diz: *"Eu acho que é um relacionamento normal. Eu me entendo mais com minha mãe. Converso e fico mais tempo com ela do que com meu pai. Ela é quem sabe resolver minhas coisas"*.

Lourdes (42 anos), mãe de Paulo (12 anos), comenta como foi a gestação do filho e o relacionamento dele com os pais: *"Antes de conseguir ter Paulo sofri três abortos espontâneos. Os médicos não garantiam que eu conseguiria chegar ao final da gestação. Ele*

foi muito desejado e esperado. Tento suprir todas as necessidades dele, estar presente, costumo dizer que ele vale por dez. Paulo se entende bem comigo e com o pai, mas sinto que temos uma ligação de mais intimidade, talvez cumplicidade". Através dessa fala, pode-se supor que a história de perdas e a expressão da mãe em valorar o filho por dez crianças pode ser um indicador dos excessos de proteção e alimentação que permeiam a obesidade de Paulo.

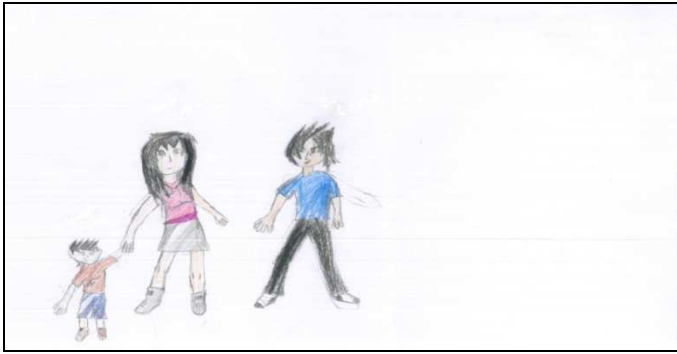


Figura 8: A família desenhada por Paulo

No desenho da família (Figura 8), Paulo (12 anos) representa o filho em primeiro lugar (narcisismo), dando mão à figura da mãe e ambos estão bem próximos e se tocam, mostrando claramente sua ligação com ela. Um pouco mais distante está a figura do pai, que foi bastante borrada, o que é um indicador de conflito. No questionário, valorizou a mãe (é a melhor e a preferida), mas gostaria de ser como o pai, “porque pode fazer tudo”.

O desenho da família realizado pelas crianças deste estudo contribuiu para uma melhor compreensão das informações coletadas nas entrevistas acerca da dinâmica do microsistema familiar. As características mais comuns foram: narcisismo (presente em seis desenhos, com os filhos sendo representados em primeiro lugar); insegurança (presente em cinco desenhos, através dos indicadores linha média, falta de pés, figuras inclinadas); sentimentos de inferioridade e constrição (presente em cinco desenhos, observados nos tamanho pequeno, pouco detalhe e utilização de apenas uma cor); conflito edípico (filhos desenhados em primeiro lugar e preferência nítida pelo(a) genitor(a) do sexo oposto); dificuldade de relacionamento (presente em cinco desenhos, através da ausência de mãos ou mãos para trás do corpo); desejo de união na família (presente em quatro desenhos: família de mãos dadas, tocando-se); rivalidade fraterna (presente em três desenhos naqueles que desenharam irmãos); falha no controle dos impulsos (presente em três desenhos, verificada pela falta de pescoço nas figuras). É interessante observar que nenhuma criança desenhou famílias obesas, ou mesmo, com algum membro obeso. A projeção da criança em torno da imagem corporal da

família pode ser um indicador do seu ideal ou uma maneira de dissimular as dificuldades relacionadas ao excesso de peso.

Os relatos das crianças e dos seus responsáveis demonstraram a complexidade da dinâmica familiar de cada uma. As vivências e eventos dolorosos como gravidez indesejada, distanciamento materno, negligência, separações, relacionamento extraconjugal e morte de um dos genitores aparecem como fatores estressores que influenciam negativamente as relações entre os familiares dificultando o andamento dos processos proximais (famílias de João, Laura, Laís, Julia e Clara).

O intenso desejo da gravidez, permeada por algumas complicações, teve como consequência a superproteção (Paulo, Valentina e Karla), que parece contribuir para o excesso de peso da criança, uma vez que o alimento pode estar sendo entendido como afeto e cuidado. A simbiose nas famílias pode torná-las emaranhadas, desenvolvendo-se fronteiras excessivamente rígidas que dificultam o intercâmbio com o mundo exterior, assim como desencorajam a autonomia da criança para lidar com as situações da vida (Moraes & Dias, 2013).

Nas crianças, o comer em excesso pode revelar uma forma de interação consigo e com o mundo, podendo-se transformar em uma maneira, rápida, imatura de buscar consolo, enfrentar frustrações, combater o tédio e outras formas de compensação. Segundo Santos (2003), a obesidade é uma doença de dependência e descontrole de excesso de alimentos, tendo como consequência mais impactante os riscos sociais e psicológicos à própria saúde. Isso significa dizer que o indivíduo obeso não o é por escolha, apesar de existir o fator prazer no ato de comer, pois o resultado do estado de obesidade se reveste de novas formas de sofrimento.

Outro aspecto observado na fala dos participantes foi a presença do filho único e dos avós nas famílias. Das oito crianças entrevistadas, três (Paulo, Valentina, Karla) eram filhos únicos do casal; João é filho único apenas por parte da mãe, e Laís, filha única apenas por parte do pai. De acordo com Santos e Rabinovich (2011), a dinâmica familiar da criança filha única obesa pode configurar uma complexidade da teia biopsicossocial familiar. Sobre a participação dos avós no sistema familiar das crianças, Laís (9 anos) reside com seus avós paternos e Clara (9 anos) reside com seus avós maternos. As demais crianças da pesquisa apresentaram em seu discurso algum tipo de contato próximo e frequente com os avós. Sabe-se que, nas últimas décadas, as alterações demográficas (longevidade humana e diminuição do

número de filhos nas famílias) e socioeconômicas (trabalho feminino, desemprego), entre outras, modificaram a estrutura familiar e, por conseguinte, as relações entre avós e netos foram também afetadas. Os avós acabam, muitas vezes, ocupando o lugar dos pais, devido à ausência deles, e podem tentar compensar essa ausência ou mesmo as falhas na educação dos próprios filhos, sendo excessivamente benevolentes com os netos.

Segundo Mainetti e Wanderbroocke (2013), têm-se evidenciado situações em que os avós se tornam cuidadores integrais e até legais dos netos. É válido lembrar que, embora possam trazer a sabedoria da experiência e uma visão mais objetiva das questões relacionadas com a criança, é importante para o sistema familiar que eles respeitem, em primeiro lugar, a criação dos pais, o que torna a função de ser avós um grande ato de diplomacia que se adquire com o tempo (Dominguez, Vitorino & Morgado, 2011).

Relacionamento da criança com os irmãos

A fratria é considerada uma teia de vasos comunicantes em que o comportamento de um irmão influencia o outro. Uma característica do relacionamento fraterno é a ambivalência de sentimentos, estando associada a afetos, tanto positivos quanto negativos, sendo uma das relações mais intensas e ricas de experiências na aprendizagem de padrões de comportamento. A vinculação entre irmãos possui uma força emocional que modela a história pessoal e o desenvolvimento da criança, favorecendo o exercício da disputa, da admiração, da inveja, da cooperação, da negociação, da competição, da imitação, da frustração, entre outras habilidades e sentimentos (Amaral & Dias, 2011). O estabelecimento dos processos proximais a partir dessa interação servem de laboratório para as relações sociais que serão efetivadas fora do microsistema familiar. Em seus estudos, Minuchin (1982, p. 63) também ressaltou que “no mundo dos irmãos as crianças aprendem a negociar, cooperar e competir”. O relacionamento fraterno apresenta como peculiaridade sua indissolubilidade (nunca se deixa de ser irmão) e o fato de ser, provavelmente, o laço familiar mais duradouro, uma vez que, em geral, os pais vêm a falecer antes que os irmãos. As falas abaixo refletem os processos de interação e comunicação que as crianças acometidas pela obesidade vivenciam com seus irmãos:

Júlia (12 anos), fala a respeito do relacionamento com os irmãos e demonstra a identificação com a irmã mais nova, bem como alguns desentendimentos com os outros irmãos: “*Desentendo-me muito com meu irmão mais velho porque ele quer dar muito palpite em minha vida. Por exemplo, quando eu estava namorando ele ficava me "arretando" muito.*

Ele e o mais novo implica muito comigo. Querem controlar o que como e com quem eu ando ou namoro. Eles dizem que, quando tinham minha idade, meu pai não deixava eles namorarem e nem fazer o que quisessem. Ficam colocando “pilha” na cabeça do meu pai para ele não deixar eu sair ou comer o que quero. Aí eu tenho raiva. Tenho mais proximidade com minha irmã mais nova, conversamos e guardamos segredos uma da outra”.

Laís (9 anos), descreve o relacionamento com seus irmãos marcado pelo distanciamento do convívio e pouca interação por conta da dinâmica familiar: *“Tenho três irmãos por parte de mãe, dois são mais velhos que eu e um mais novo. Apenas o mais novo (2 anos) mora com ela (mãe). O mais velho (14 anos) mora com meu tio e o outro (11 anos) com minha tia (ambos tios são por parte de mãe). Não os vejo muito. O mais velho é mais difícil ainda de ter contato. Eles são filhos de outros relacionamentos dela. Quando vou encontrar com minha mãe, vejo o meu irmão mais novo e muito raramente vejo meus outros irmãos mais velhos. Atualmente minha mãe vive com o pai desse meu irmão mais novo, mas, na verdade, vive mais ou menos. É que a ex-mulher dele teve um filho com problemas que ficou internado desde quando nasceu, e também, tem outro filho de 9-10 anos, então, ele mora com essa outra mulher para dar assistência aos filhos”.*

Por sua vez, Laura (11 anos) relata que o relacionamento com sua irmã sempre foi permeado por conflitos e discussões: *“Nós brigamos muito. Agora está menos porque ela está morando fora de casa, mas nunca foi um relacionamento bom. Ela é muito chata e implicante. Reclamava porque eu comia muito e dizia que eu estava gorda e que não conseguiria emagrecer. Quando morava em casa reclamava igual à minha mãe”.*

João (12 anos) descreve a dinâmica de comunicação com sua irmã por parte de pai. Ela reside ao lado da sua casa com os genitores, o paterno é também pai de João: *“Ela não fala comigo e eu também não faço questão de falar com ela. Quando ligo para casa do meu pai e ela atende, desliga o telefone na minha cara. Aí, eu fico ligando até comer o juízo dela e ela passar para meu pai. O que acontece é o seguinte: Eu ligo, ela desliga. Eu ligo de novo, de novo, de novo, até ela cansar. E acaba resolvendo”.*

Clara (9 anos) conta que, depois do falecimento do seu pai, ela e o irmão se uniram para tentar superar a perda do genitor: *“Eu e meu irmão brigávamos muito, mas depois que meu pai faleceu, ficamos mais unidos para ajudar minha mãe. Hoje brigamos muito pouco. Ele me faz companhia. Certa vez, estávamos brincando e ele disse que tinha visto uma estrela”.*

cadente. Daí eu perguntei: Fez algum pedido? Ele respondeu que sim. O que você pediu? “Que papai volte!”.

O relato de Clara mostra que o vínculo entre os irmãos pode desempenhar um papel importante como sustentáculo do equilíbrio familiar, especialmente em situações de crise, como foi com a morte do pai. As falas de Júlia, Laís, Laura e João demonstram uma interação marcada por conflitos e ressentimentos. Os irmãos podem perceber-se como pessoas sem afinidades no compartilhamento de sentimentos e atitudes, ocorrendo um desinvestimento emocional na relação (Amaral & Dias, 2011). Ainda assim, Goldsmid e Féres-Carneiro (2007) ressaltam que a função fraterna pode servir de ajuda recíproca, de colaboração, de assistência em um nível de igualdade, de provisão de modelos de identificação, que, por pertencerem à mesma geração, funcionam como modelos de identificação diferentes dos pais. A relação entre os irmãos é, inúmeras vezes, fonte de aprendizagem para os pais.

Shaffer (2009) afirma que o conflito conjugal pode predizer interações antagônicas entre irmãos e contribuir para a insegurança emocional. Nas famílias disfuncionais, os genitores envolvidos em dificuldades conjugais podem eleger um dos filhos como aliado, depositando nele suas necessidades e fantasias. Nesse sentido, a obesidade em um dos filhos pode servir para a manutenção do sistema, uma vez que a doença é capaz de manter a família unida, fazendo com que seus membros concentrem a atenção na criança obesa.

Relacionamento da criança com seus pares

As crianças que ficam juntas na escola, em seus bairros, constituem um grupo com capacidades sociais importantes e singulares contribuindo para moldar a personalidade, valores, atitudes e comportamentos sociais. A atividade que permite/fomenta o desenvolvimento das relações com os companheiros é o brincar. Quando se juntam para desenvolver atividades em comum, frequente e constantemente, as crianças estão envolvidas nos processos proximais (Bronfenbrenner, 2011). Garcia (2005) diz que a amizade na infância, ao lado da aceitação pelos pares, representa uma importante forma de socialização, com características próprias. Os contatos mais intensos, provocados pela escolarização mais precoce, pela urbanização, pela redução da família, possivelmente representam fatores que contribuem para a importância crescente das relações de amizade na vida da criança.

Segundo Luiz, Gorayeb, Liberatone Junior e Domingos (2005), as crianças acometidas pela obesidade não estão livres de discriminação e estigmatização por parte dos colegas e

sociedade. Os autores relatam que crianças obesas tendem a ser frequentemente importunadas pelos colegas e menos aceitas do que as crianças com peso normal. Essa constatação pode dificultar o desenvolvimento dos processos proximais necessários ao desenvolvimento da criança. Abaixo, segue a dinâmica das relações interpessoais das crianças:

Júlia (12 anos) relata seu comportamento na hora do recreio e a maneira como os colegas a chamam: *"Na hora do recreio, vou para a quadra conversar ou fico no pátio sozinha, não tenho muitos amigos na escola. No meu bairro também não saio muito. Não gosto quando os colegas da escola me chamam de Jujubola. Fico muito chateada com isso"*.

Paulo (12 anos) conta que sua mãe se esqueceu de realizar sua transferência escolar e que a transição ecológica vivenciada pela saída dos amigos da sua escola, gerou um distanciamento das suas relações de amizade. Fala ainda do sentimento de raiva e a agressividade gerada quando os colegas o chamam de gordo: *"Na minha escola tenho pouco colegas. Não gosto muito de lá. Gostaria de ir para outra escola porque a maioria dos amigos que estudavam comigo, se transferiram. Mas, minha mãe disse que somente trocaria se eu tirasse boas notas. Sei que ela esqueceu de fazer a minha transferência ano passado no período correto. Isso fez com que eu continuasse estudando lá. Não gosto quando me chamam de gordo. Fico com raiva, querendo bater"*.

Laura (11 anos) comenta o quanto a transição ecológica, caracterizada pela mudança de turno na escola, refletiu no estabelecimento de relações de amizades. Demonstrou sentimento de mágoa ao ser chamada de gorda: *"Na escola costumo ficar sentada no meu canto. Não tenho muitos amigos porque este ano fui estudar no período da manhã e ainda não fiz amizades. Onde moro, também não tenho muito contato com outras crianças. Sou mais de ficar em casa no computador ou assistindo TV. Quando os colegas me chamam de gorda, eu fico muito magoada"*.

Valentina (8 anos) relata a amizade com sua prima e como a mudança de turno escolar da prima ocasionou uma diminuição do contato entre as duas: *"Veja só, eu não brinco com ninguém. Antes eu brincava com minha prima, mas ela começou a estudar à tarde e eu estudo de manhã, por isso que agora não dá mais para brincar"*.

Clara (9 anos) conta que a transição ecológica vivenciada pela morte do genitor, também refletiu nas suas interações sociais: *"Não tenho muitos amigos, mas gosto de*

conversar com os que tenho. Eu brincava e conversava muito com meu pai, ele me ajudava a falar"

Laís (9 anos) descreve que, apesar de ter poucas amizades no local de sua residência, esse fato é compensado pelas relações estabelecidas na escola e pela amizade com o filho da namorada do seu pai: *"Na rua onde moro não tem outras crianças, brinco mais quando estou na escola. Quando estou na casa da namorada do meu pai, brinco com o filho dela, ficamos amigos"*.

Os relatos das crianças apontam em comum a existência de poucos amigos. As falas são permeadas por momentos de distanciamento, afastamento e isolamento do grupo, podendo ser reflexo de transições ecológicas e das dinâmicas familiares e intrapessoais. Segundo Garcia (2005), a amizade na infância representa uma forma particular de relacionamento com pares que é comparada com outras formas distintas de relacionamento, como a aceitação social. Segundo o autor, a amizade pode facilitar o ajustamento da timidez, contribuir para a elevação da autoestima e conseqüente proteção contra solidão e ansiedade. No entanto, a ausência de relações de amizade recíprocas pode dificultar o processo de desenvolvimento infantil.

Mesmo diante dos aspectos de proteção referentes à amizade, os relatos das crianças demonstraram características de estigmatização e discriminação através dos apelidos pejorativos que recebem dos colegas, ocasionando mágoa, sentimentos de raiva e agressividade. Cataneo, Carvalho e Galindo (2005) referem que crianças obesas que sofrem discriminação e estigmatização podem ter seu desenvolvimento físico e psíquico prejudicado, causando um impacto negativo em sua qualidade de vida. Isso acarreta obstáculos para efetivar mudanças no comportamento alimentar. Assim, diante da vivência desses ataques, a defesa pode resultar na própria ingestão alimentar.

Mesosistema:

Considerado o segundo componente do *contexto* do modelo bioecológico, refere-se ao conjunto de microsistemas e às inter-relações entre esses locais imediatos nos quais a criança está inserida. De acordo com Bronfenbrenner (1996, p. 21) "o mesossistema é constituído ou ampliado sempre que a pessoa em desenvolvimento entra em um novo ambiente". Por isso, a comunicação e o conhecimento interambiente são de fundamental importância para o desenvolvimento da criança.

Relação Família e Escola

Segundo Dessen e Polonia (2007), a escola e a família compartilham funções sociais, políticas e educacionais, à medida que contribuem e influenciam a formação do cidadão. Ambas são responsáveis pela transmissão e construção do conhecimento culturalmente organizado, modificando as formas de funcionamento psicológico, de acordo com as expectativas de cada ambiente. No ambiente familiar, a criança aprende a administrar e resolver os conflitos, a controlar as emoções, a expressar os diferentes sentimentos que constituem as relações interpessoais, a lidar com as diversidades e adversidades da vida. Essas habilidades sociais e sua forma de expressão, inicialmente desenvolvidas no sistema familiar, têm repercussões em outros ambientes com os quais a criança interage.

O sistema escolar é um ambiente multicultural que abrange também a construção de laços afetivos e preparo para a inserção da criança na sociedade. Ele comporta uma gama de pessoas, com características diferenciadas, incluindo um número significativo de interações contínuas e complexas, em função dos estágios de desenvolvimento do aluno. Sendo assim, a família e a escola emergem como duas instituições fundamentais para desencadear os processos evolutivos das pessoas, atuando como propulsoras ou inibidoras do seu crescimento físico, intelectual, emocional e social (Dessen & Polonia, 2007).

Sandra (34 anos), mãe de Valentina (8 anos), descreve um episódio ocorrido com sua filha na escola demonstrando uma concepção de regras diferente do ambiente escolar e como mediou a situação com a instituição: *“Sexta-feira houve um acontecimento na escola, no qual o menino a empurrou e a chamou de gorda. O eu e o pai procuramos a escola porque pela criança a gente vai contornando, mas não gostamos da atitude da professora que falou para ela revidar “bata nele também” e isso nos deixou indignados, pois não damos esse direcionamento a ela. Sempre falamos que, caso aconteça algo desagradável, procure sua professora ou diretora porque não achamos correto a situação de revidar. Desse jeito, isso acaba aonde? Não acaba. Fomos recebidas na instituição, conversamos e estamos ainda para ter uma outra conversa com a professora e diretora, só para esclarecer que esse não é o caminho que achamos certo”*.

Júlia (12 anos) conta estratégias utilizadas pela família junto à escola: *“Meus amigos na escola me chamam de gorda, mas eu tento levar na brincadeira. Minha tia disse que quanto mais eu ficar incomodada, mais eles tirarão onda com minha cara. Ela também*

conversou com minha professora que teve a mesma opinião. Agora estou tentando não me incomodar, mas ainda não consigo totalmente".

Laís (9 anos) relata que vivencia um ambiente escolar tranquilo e que os avós e seu pai não aparecem na escola: *"Estudo numa escola de crente, meus amigos me tratam bem. Meus avós e meu pai não participam das reuniões que são realizadas, mas eu também não sou de dar trabalho".*

Paulo (12 anos) refere-se ao desejo de estudar na capital e realizar outras atividades para o seu desenvolvimento. A mãe costuma interagir bem com a escola: *"Não gosto da minha escola. Queria poder estudar na capital, em um lugar mais desenvolvido que eu pudesse fazer um curso que eu gosto, como desenhar. Gosto muito de desenhar (pausa). Na minha cidade, não tem nada que eu goste de fazer. Minha mãe costuma conversar com minha professora e enche meu saco quando não faço as tarefas".*

Lourdes (42 anos), mãe de Paulo (12 anos), confirma o desejo do filho de estudar na capital para ter mais oportunidades de desenvolvimento. Conta ainda que procura estar próxima da escola para acompanhar o desenvolvimento dele: *"Paulo é bem tranquilo na escola, com seus colegas e professores. Fica chateado quando algum colega o chama de gordo. Mas no geral é sossegado. Vive falando que gostaria de morar na capital, mas eu e meu marido não temos condições de oferecer isso para ele. Sei que ele queria fazer um curso de desenho, de arte. Sempre que posso, gosto de conversar com a professora dele para saber se anda prestando atenção na aula".*

Dessen e Polonia (2007) ressaltam que a família e a escola são ambientes de desenvolvimento e aprendizagem humana que podem funcionar como propulsores ou inibidores dele. Os laços afetivos, estruturados e consolidados, tanto na escola como na família, permitem que os indivíduos lidem com conflitos, aproximações e situações oriundas desses vínculos, aprendendo a resolver os problemas de maneira conjunta ou separada. Na família, há o reconhecimento do papel dos pais, irmãos e outras pessoas que convivem com a criança e sua contribuição para o desenvolvimento geral e acadêmico. Na escola, destacam-se os professores e os pares, uma vez que eles se envolvem cotidianamente em atividades programadas e realizam intervenções importantes que afetam o processo de ensino e aprendizagem. As situações citadas pelos participantes como o erro na comunicação e resolução de conflito por parte do professor, discriminação e estigma social entre os pares e a

desmotivação estudantil referente ao conteúdo escolar, configuram situações estressoras que não colaboram com o enfrentamento da obesidade infantil.

Relação família e tratamento para obesidade infantil

Os cenários mundial e brasileiro da obesidade têm-se revelado como um novo desafio para a saúde pública, uma vez que sua incidência e sua prevalência têm crescido de forma alarmante nos últimos 30 anos. A mudança do perfil nutricional que se desenha no Brasil revela a importância de um modelo de atenção à saúde que incorpore ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento da obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis (Reis, Vasconcelos & Barros, 2011). O excesso de peso na infância predispõe a várias complicações de saúde, como: problemas respiratórios, ortopédicos, dermatológicos, cânceres, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemias, elevando o risco de morbidade e mortalidade na vida adulta. De acordo com Sichieri e Souza (2008), a obesidade associa-se, também, a um elevado custo financeiro, e os custos diretos das hospitalizações associadas à obesidade no Brasil indicam que os percentuais de gastos são similares aos de países desenvolvidos. Existe ainda o custo emocional da obesidade em uma sociedade que valoriza o ser muito magro como exemplo de beleza.

O tratamento para a obesidade infantil realizado no ambulatório da instituição inclui alterações em relação aos hábitos alimentares e ao estilo de vida, através de uma abordagem multidisciplinar. Algumas crianças chegam à instituição em que foi realizada a pesquisa, com um elevado índice de massa corporal (IMC), fazendo-se necessária uma intervenção menos flexível e, por vezes, internação hospitalar para perda de peso e manutenção da homeostase corporal.

Valentina (8 anos) relata a maneira como a família interage com a equipe de tratamento: *Minha família ajuda no tratamento me trazendo para as consultas e fazendo o que a médica manda.*

Sandra (34 anos), mãe de Valentina (8 anos), descreve a relação estabelecida com a equipe que realiza o tratamento da sua filha: *"Valentina sempre foi cheinha e saudável, não lembro exatamente quando ela foi ficando mais gordinha, mas ela nunca foi magrinha e com cinco anos começou aparecer os sintomas de puberdade precoce (pelos, odor nas axilas). Procurei a instituição e eles me deram todo o suporte, principalmente quando ela precisou retirar um ovário. Os profissionais acreditam que tenha sido uma consequência do excesso*

de peso. Não sei se é o tempo que a gente vive, tudo hoje se desenvolve mais rápido, que eu estou vendo tanta menina grande na altura e com pouca idade. Além do que se come."

Júlia (12 anos) narra como os membros da família colaboram com a equipe e no tratamento: *"Com relação ao tratamento, minha avó e meu pai têm conversado comigo, ele está com diabetes, com açúcar alto no sangue. Aí, estão me dando conselhos para eu controlar essa ansiedade para não ficar com diabetes porque como ele não gosta, não quer que eu fique. Aí, ele me ajuda. E minha mãe, ela me traz para ao hospital e conversa com a equipe sobre o que posso comer"*.

Paulo (12 anos), por sua vez, relata a relação da família com a equipe de tratamento e as dificuldades encontradas no ambiente familiar para aderir à nova rotina: *"Tem consultas que a médica fala mais séria comigo e com minha mãe, ela diz que já não sabe o que fazer para que eu perca peso. Em 2010, precisei ficar internado no hospital para perder peso urgente e diminuir minha pressão arterial que estava muito alta. A médica fala para minha mãe que minha família precisa ajudar porque ela não quer ficar aumentando as quantidades das medicações que já tomo. Lá em casa minha mãe faz algumas receitas que a médica passa. Minha avó não ajuda muito. Apenas eu e minha mãe é que fazemos a alimentação indicada. Nem meu pai colabora com isso"*.

Lourdes (42 anos), mãe de Paulo (12 anos), mostra a relação e o compromisso da família e do filho com o tratamento: *Acho que todos na equipe estão fazendo o que pode. A mudança teria que vim dele mesmo. Acho que ele não despertou ainda. Ele é rebelde, não segue a dieta. Fica difícil de controlar. Não reclama para vir à instituição, só não faz o acompanhamento correto. Tenho tido algumas dificuldades, inclusive da minha família aceitar e compreender o tratamento. Por conta da dieta, Paulo precisa comer coisas novas, como o arroz integral, mas ele não gosta. Então, preciso forçar para ele aceitar. Se eu não estiver por perto, ele não come o que deve. Vai para casa da avó e come o que desejar por lá. Para nossa família tem sido difícil aderir a todas as modificações, principalmente para o pai dele que não quer e não aceita a mesma comida. Se eu não fizer dois tipos de comida, meu marido faz a dele, mas não come a comida da reeducação. No final, o que acontece é o seguinte: se eu não estiver por perto Paulo acaba comendo o que pai fez"*.

Mara (39 anos), mãe de Karla (10 anos), refere-se à dificuldade da filha para lidar com as mudanças alimentares: *"Eu já falei para equipe de saúde que Karla precisa se ajudar. Estamos fazendo o possível. Já disse isso a ela também. Às vezes quer comer alguma coisa e*

quando digo que não faz bem, ela não gosta de ouvir. Quando é no final de semana, dá até para liberar, mas durante a semana fica mais difícil. Em relação a frutas e verduras é muito difícil inserir na alimentação dela”.

Para prevenir e tratar a obesidade em crianças, é necessário considerar as influências e relações estabelecidas entre família, escola, amigos, cultura. Por visar uma mudança de comportamento, o tratamento da obesidade é um processo lento e complexo, mas, nem por isso, inviável. Para ser eficaz, deve ter um olhar interdisciplinar, buscar melhorar as condições de saúde, reduzir a gordura corporal, promover a prevenção do ganho de peso e de complicações metabólicas e ainda promover o bem-estar psicológico. Além disso, é essencial que todos os membros da equipe sigam os mesmos princípios de tratamento e tenham as mesmas metas para não desestruturar o alicerce da família e da criança (Correia & Bomfim, 2007).

A mudança de hábitos alimentares por parte da criança está atrelada às modificações alimentares por parte da família e nem sempre o sistema familiar está preparado para essas mudanças (Correia & Bomfim, 2007; Moraes & Dias, 2013). Dessa maneira, a família pode abster-se de sua responsabilidade depositando na criança toda expectativa pelo sucesso ou insucesso do tratamento.

Moraes e Dias (2013) identificaram em seu estudo a dificuldade de os pais de reconhecerem a obesidade nos filhos, apoiando-se no simbolismo da saúde-gordura. A longo prazo, os problemas relacionados com a obesidade na infância podem ser de crescimento (idade óssea avançada, aumento da estatura, menarca precoce); respiratórios (apneia de sono); cardiovasculares: hipertensão arterial, hipertrofia cardíaca, morte súbita; ortopédicos; dermatológicos; metabólicos: resistência à insulina, *diabetes mellitus* tipo 2, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, gota úrica, esteatose hepática, doença dos ovários policísticos (síndromes hiperandrogênicas), com oligomenorreia ou amenorreia. Além disso, há os problemas psicossociais como discriminação e aceitação diminuída pelos pares; isolamento e afastamento das atividades sociais; tudo isso é visto pelos estudiosos como uma consequência negativa ao desenvolvimento infantil.

Exossistema

Segundo Cerqueira-Silva, Dessen e Costa Júnior (2011), é uma extensão do mesossistema, envolvendo outras estruturas sociais, formais e informais, que não contêm a

criança em desenvolvimento, mas que influenciam seu desenvolvimento. Em se tratando de famílias acometidas pela obesidade infantil, o trabalho dos pais e o hábito de assistir à televisão podem configurar um obstáculo no tempo de permanência com as crianças, no acompanhamento do tratamento, bem como na interação dos pais face a face com outros ambientes.

Jornada de trabalho dos pais e a influência da televisão

A criação dos filhos está imersa na realidade social em que vive a família. É moldada por valores e crenças presentes nas relações interpessoais estabelecidas e nos diversos núcleos familiares, fazendo, assim, com que a experiência da criação seja determinada por esse contexto (Rocha, Almeida, Silva & Cezar- Vaz, 2011). A inserção feminina no mercado de trabalho mudou o curso da história, numa caminhada longa e árdua. O antigo modelo familiar, baseado na complementaridade de papéis, em que o pai era o único provedor e a mãe se dedicava à 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).

Outro ponto observado é que o aumento da expectativa de vida e as mudanças no contexto social e cultural delinearão diferentes atribuições para os avós nas últimas décadas. Saindo do papel tradicional de provedores de presentes e carinhos, eles passaram a ser mediadores dos conflitos entre os filhos e os netos, proporcionando muito afeto e pouca repreensão a esses últimos. Atualmente, com certa frequência, os avós desempenham 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, seja pela convivência no mesmo lar (Dias, Aguiar, & Hora, 2009). Já o avanço tecnológico trouxe para a civilização inúmeros aparelhos modernos e práticos (televisores, computadores, celulares, automóveis, entre outros) que, a princípio, têm os seus benefícios, mas que também acabaram contribuindo para o sedentarismo. Segundo Bronfenbrenner (1996, p. 186), "Uma vez que as informações da televisão entram no lar, oriundas de uma fonte externa, constituem parte do exossistema da criança". De todos os hábitos sedentários, o tempo prolongado à frente da televisão parece ser o maior indicador de risco de obesidade (Moraes & Dias, 2012).

Clara (9 anos) refere que, depois do falecimento do seu pai, sua mãe precisou ausentar-se mais de casa para dar conta do sustento e dos estudos: *“Tenho tido alguns sonhos com meu pai, mas não toco nesse assunto com minha mãe, ela sempre está estudando e não quero preocupá-la com isso. Na minha casa, minha avó ou minha mãe deixam a comida*

pronta. Minha mãe trabalha o dia todo e ainda está estagiando por conta da faculdade de enfermagem. Depois do falecimento do meu pai, ela precisa trabalhar e estudar para nos ajudar. Gosto de ficar em casa brincando no computador e assistindo televisão. Gosto de comer na frente dela (TV)”.

Mônica (64 anos), avó de Clara (9 anos), relata sua dificuldade e a da filha de gerenciar o tratamento da neta, bem como acompanhar sua rotina: *“Tanto eu como minha filha precisamos trabalhar. Costumamos deixar a comida pronta para Clara e o irmão almoçarem. Não posso dizer que estamos perto, olhando a quantidade que eles comem e como comem, se na frente da televisão ou na mesa. É complicado essa situação, mas vamos fazer o quê? Sou servidora pública e faltam apenas três anos para me aposentar. Trabalho todos os dias das 7h às 15h. Já a mãe de Clara, sai às 5:30h e chega às 22h”*.

Karla (10 anos) expõe sua rotina familiar: *“Vou e volto sozinha da escola porque meus pais estão trabalhando e moro perto da escola. Lá em casa, minha mãe deixa a refeição pronta antes de ir trabalhar, às vezes, meu pai cozinha também. Apenas no sábado conseguimos fazer todas as refeições juntos. Durante a semana, meu pai sai muito cedo para trabalhar e logo depois minha mãe. Gosto de mexer no computador e assistir televisão”*.

Mara (39 anos), mãe de Karla (10 anos) refere que se dedicava apenas aos cuidados da casa e da filha e que optou por trabalhar para ajudar na renda familiar: *“Comecei a trabalhar para ajudar com as despesas da casa. Dediquei-me a ela 9 anos, sempre ficamos muito juntas, fazíamos tudo. Quando comecei a trabalhar na panificadora foi bem complicado tanto para mim, quanto para ela. Com o passar dos dias fomos conversando e se acostumando. Sempre digo que temos que aceitar as coisas e rezar para tudo dar certo, pois nada é perfeito”*.

Valentina (8 anos) diz que: *“Lá em casa, de manhã eu como sozinha, minha mãe é quem sai primeiro para trabalhar, meu pai me leva para escola e minha avó me pega. Almoço na casa da minha avó. Passo a tarde na casa dela (avó) e à noite, quando meus pais voltam do trabalho, me pegam. Em casa, gosto de assistir televisão”*.

Sandra, (34 anos), mãe de Valentina (8 anos), relata a dificuldade para acompanhar a criança no tratamento devido às suas atividades do trabalho: *“A endocrinologista encaminhou Valentina para uma nutricionista, mas eu ainda não consegui levá-la por conta dessa minha*

correria do trabalho. Para estar aqui hoje, tem toda uma reclamação de chefe. Não está fácil administrar tantas necessidades".

As atividades profissionais dos pais e responsáveis são apresentadas como elemento atrelado ao desenvolvimento infantil, em razão da influência que causam à relação familiar. Os relatos dos participantes demonstram que o trabalho dos pais diminui o tempo de convivência com os filhos, favorecendo a prática de uma alimentação solitária, uma vez que as crianças acabam comendo sozinhas ou na casa dos avós, fora do lar. Com as modificações sociais e do mercado de trabalho, os profissionais tendem a ter ampliadas suas responsabilidades/competências, o que contribui para um melhor desempenho profissional, mas, ao mesmo tempo, acarreta uma menor interação familiar (Rocha, Almeida, Silva & Cezar- Vaz, 2011). Isso pode dificultar a adesão ao tratamento em virtude do responsável não estar disponível para acompanhar a criança no tratamento.

A falta de companhia no cotidiano da criança pode favorecer o hábito de assistir à televisão. Bronfenbrenner (1996, p. 185) expõe: "O principal perigo da televisão não está tanto no comportamento que ela produz quanto no comportamento que ela impede: conversas, jogos, festividades e discussões familiares através dos quais grande parte da aprendizagem da criança acontece e seu caráter é formado". A obesidade pode surgir no intuito de ajustar-se ao cotidiano rápido e imediato no qual estão inseridas essas famílias. Incorporar e reter, de forma insaciada e voraz, pode significar, para a criança obesa, uma forma de compensação ao esvaziamento que caracteriza a contemporaneidade.

Macrossistema

O macrossistema, nesta pesquisa, tem como representantes as microinstituições, como o Governo Federal, o Estadual, o Ministério da Saúde e como resultado, as Políticas Públicas de combate à obesidade na infância, além da cultura, subcultura, hábitos alimentares que exercem influência preponderante na pessoa e interferem nas interações de todos os sistemas. Segundo Freire, Silva e Pontes (2011) essas políticas públicas se refletem nos padrões reais e potenciais das inter-relações dos indivíduos e na organização da sociedade, representando ações dos microsistemas que geram mudanças imediatas e de longo prazo nos grupos familiares, nas escolas e no desenvolvimento das crianças.

Saúde e Políticas Públicas direcionadas para obesidade infantil

Por meio da lei n.º 8.080/1990 é regulado o Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia para atenção e cuidado à saúde, integrando a seguridade social e baseando-se nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, devendo atuar na formulação e no controle das políticas públicas de saúde. As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado, orientado para a melhoria das condições de saúde da população. Seu trabalho específico consiste em organizar as funções públicas governamentais para promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (Reis, Vasconcelos & Barros, 2011).

O Brasil vem buscando alternativas de combate à obesidade, expressas através da elaboração de iniciativas que visam a ações preventivas e de tratamento. Reis, Vasconcelos e Barros (2011) apontam que, dada a complexidade da obesidade e de seus determinantes, uma única medida não é suficiente para melhorar o perfil nutricional da população. As intervenções devem integrar ações de *incentivo* (difundem informação e motivam os indivíduos para adoção de práticas saudáveis); *apoio* (visam a facilitar opções saudáveis entre pessoas que já estejam motivadas) e *proteção* à saúde (objetivam evitar a exposição de indivíduos e coletividades a fatores que estimulem práticas não saudáveis).

Em 2012, os Ministérios da Saúde e da Educação realizaram a primeira edição da Semana de Mobilização da Saúde na Escola. Em 2013, foi instituída com a portaria n.º 364, de 8 de março de 2013 (Santos & Scherer, 2012). A legislação brasileira trata da educação física escolar na Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (1996) como componente obrigatório no currículo da educação básica, devendo ser integrado à proposta pedagógica da escola e promovendo práticas desportivas formais e não formais dentro do ambiente educacional. A educação física tem papel fundamental para favorecer uma vida mais ativa na infância, incentivando estilos de vida saudáveis na adolescência e fase adulta (Silva, 2008).

Segundo Rivera et al (2010), as aulas de educação física escolar não estão ocorrendo com intensidade e duração necessárias ao desenvolvimento da aptidão física nos alunos. Em contrapartida, as horas em frente à televisão e os hábitos não saudáveis estão aumentando na população estudantil. Eis uma realidade mais preocupante: ainda há uma grande quantidade de alunos que, em desconformidade com a LDB, não possuem aulas práticas de educação física escolar em suas instituições de ensino.

Júlia (12 anos) refere: *“A minha escola está sem professor de educação física. O governo ainda não liberou nenhum para assumir o trabalho”*.

Valentina (8 anos) diz: *"Na minha escola temos a matéria de educação física, mas não brincamos ou corremos. Eu iria ficar muito feliz se tivesse aula prática, eu e meus colegas iríamos brincar"*.

João (12 anos) fala: *“Tenho a matéria de educação física, mas ela é teórica e não prática”*.

Laura (11 anos) conta: *"Eu estudo pela manhã e na minha escola a educação física é feita à tarde, por isso, às vezes não vou, mas tento ir quando estou com coragem"*.

Laís (9 anos) expõe: *"Na minha escola temos educação física, mas o professor falta bastante"*.

Paulo (12 anos) diz: *"Na minha escola a educação física é teórica"*.

Clara (9 anos) relata: *"Na minha escola não tem um professor para educação física, a minha professora de sala é quem dá essa matéria. Às vezes, no recreio ela brinca com a gente"*.

Karla (10 anos) refere: *"Na minha escola tem educação física, quem dá aula é minha professora, ela fica brincando com a gente de pegar obstáculos e correr"*.

Das oito crianças entrevistadas, seis (Júlia, João, Laura, Laís, Paulo e Clara) estudam em escola municipal ou estadual. Somente Karla e Valentina estudam em escolas particulares. Quatro crianças (Júlia, Valentina, João e Paulo) disseram que, na escola, não havia aula prática de educação física ou estava sem professor. Já Laura, Laís, Clara e Karla afirmaram que, em sua instituição de ensino, há aula de educação física nas seguintes condições: o mesmo professor que ensina as demais disciplinas é quem leciona a educação física, não sendo um profissional com formação na área; a educação física não acontece no mesmo horário das atividades escolares, o que pode acabar ocasionando uma evasão na atividade; o professor responsável pela disciplina e atividade falta com frequência.

Segundo Gonçalves, Catrib, Vieira Cunha, Vieira Souza (2008), a promoção da saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seus contextos familiar, comunitário, social e ambiental. Assim, as ações de

promoção de saúde visam desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas, bem como fomentar uma análise sobre os valores, as condições sociais e os estilos de vida dos próprios sujeitos envolvidos.

Nesse sentido, a falta de coerência entre o que preconizam as políticas públicas relacionadas à prevenção da obesidade infantil na esfera social e as atividades de educação física realizadas nas instituições escolares dos participantes desta pesquisa parece não favorecer o *incentivo*, o *apoio* e a *proteção à saúde* recomendados nos cuidados e ações contra a doença. Sabe-se que o enfrentamento do problema da obesidade infantil pelo governo requer políticas públicas e ações intersetoriais, que estão para além de informar e educar os indivíduos. Tais políticas devem, essencialmente, propiciar ambientes que estimulem, apóiem e protejam padrões saudáveis de alimentação e atividade física. Nesse sentido, a escola é um ambiente adequado para essa prática e aprendizagem.

Reis, Vasconcelos e Barros (2011) acreditam em que criar espaços de troca e construção constante de saberes, linguagens e práticas, buscando o desenvolvimento pessoal e social, habilitando as populações para opções por uma vida mais saudável, significa fazer com que, em cada um dos microssistemas (escola, casa, organizações comunitárias e instituições), sejam organizadas ações de Promoção da Saúde. Nesse sentido, faz-se necessária uma reflexão em parceria com as escolas, as famílias e a comunidade para uma ação consistente que contribua com a prevenção e intervenção da obesidade na infância.

Considerações Finais

Segundo a perspectiva sistêmica, não é possível reduzir a obesidade a um único fator biológico, social, comportamental ou familiar. A Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano permitiu um olhar relacional entre os níveis dos contextos em que as crianças e seus responsáveis estão inseridos, compreendendo sistemicamente a teia das influências exercidas no micro, meso, exo e macrossistema.

O *microssistema* familiar é a primeira instituição com a qual as crianças mantêm contato e estabelecem relações interpessoais, sendo responsável pela educação, socialização, proteção e afeto. A família também ensina os valores culturais, as regras, os papéis e suas crenças em virtude de estar inserida em vários contextos. Se, por um lado, o relacionamento familiar entre as crianças e seus pais foi marcado tanto por vivências sofridas e eventos

dolorosos como a gravidez indesejada, distanciamento materno, negligência, separações, relacionamento extraconjugal e morte de um dos genitores, por outro, foi observado que o desejo da gravidez, o nascimento, a presença do filho único e a superproteção podem ter causado um emaranhamento na díade mãe e filho, dificultando a entrada do pai na relação e a diferenciação da criança, como também a ideia de que a alimentação em excesso é um sinal de que os responsáveis são bons cuidadores, desviando-os da imagem do descuido.

A presença dos avós na vida das crianças desta pesquisa é marcada não somente como propiciando afetos, mas como provedores que ajudam financeiramente no sustendo e cuidado às crianças. Essa proximidade e a diferença entre as gerações podem favorecer os mimos, quando a situação se exacerba com a falta de limites. As divergências decorrentes dos modelos educacionais adotados por avós e pais podem colaborar para instalação e manutenção da obesidade e dificultar a adesão ao tratamento.

O relacionamento entre os irmãos mostrou ambivalência de sentimentos, como é comum, havendo aproximação por parte de alguns e evitação ou distanciamento de outros. Independentemente de o relacionamento ser calmo e satisfatório, ou conturbado e conflituoso, a vivência com irmãos ou irmãs é a base para a vida social de cada um e favorece os processos proximais das crianças. Pertencer ao mesmo subsistema estabelece uma relação entre iguais, que é íntima, diária e complexa.

As transformações na contemporaneidade têm exposto as crianças cada vez mais cedo e intensamente ao contato com os pares, fora da família. A presença dos amigos é uma importante fonte de apoio emocional para as crianças. A família exerce diversas influências sobre as relações de amizade na infância. Nesta pesquisa, observou-se que os pais afetam as amizades dos filhos por meio da estruturação da vida diária. Transições ecológicas como mudanças de escola, turno de estudo e bairro comprometeram as relações de amizade das crianças. Os processos e estados de rejeição, discriminação, estigmatização e solidão desempenhados pelos pares afetam as amizades.

O desenho, desde os primórdios da humanidade, tem tido importância crucial na compreensão das emoções, sentimentos e ações. Tendo surgido antes mesmo da escrita, estabeleceu-se como uma das mais antigas formas de comunicação humana. Com o intuito de garantir maior fidedignidade a essa pesquisa, o desenho da família mostrou-se como uma técnica útil na compreensão do microsistema familiar, sobretudo pelos resultados serem compatíveis com as informações coletadas nas entrevistas com os participantes.

O *mesossistema* dos participantes mostrou a importância da relação existente entre os microsistemas família e escola; família e tratamento, na prevenção e intervenção da obesidade infantil. A entrada na escola é uma condição favorável para a educação da criança, no que diz respeito à saúde; é um espaço adequado para aprender sobre hábitos de higiene e de alimentação. Na promoção de um desenvolvimento saudável, a instituição escolar deve proporcionar às crianças: conhecimentos, desenvolvimento de capacidades e competências, da autoestima, da sociabilização, agregando oportunidades para o desenvolvimento pessoal, familiar, comunitário e social. Isso significa ter em conta as dificuldades das crianças de uma forma integrativa, levando em consideração todas as facetas do seu desenvolvimento pessoal.

Foi observado que algumas instituições não estão preparadas para lidar com o fenômeno da obesidade, pois muitos professores, nas situações de constrangimento que ocorrem entre as crianças, não agem assertivamente e demonstram seu despreparo e desconhecimento. Toda criança precisa sentir-se amada, respeitada e valorizada, independente de ser ou não obesa.

No que se refere à relação da família com o tratamento da obesidade, observou-se que a experiência de adoecimento exige da criança uma habilidade para lidar com demandas que podem ultrapassar sua capacidade de adaptação cotidiana. Na proposta bioecológica do desenvolvimento humano, adoecimento e tratamento são transições ecológicas que alteram o sistema de comportamentos da criança com seus ambientes próximos. Alteram-se também os papéis sociais e as relações interpessoais da criança. O entendimento e a participação da família junto à equipe no tratamento são fundamentais para resultados positivos na intervenção.

O *exossistema*, representado pela influência do trabalho dos pais e hábito de assistir à televisão, refletiu no pouco tempo de interação dos pais com as crianças, no hábito das refeições solitárias ou comer fora do lar (na casa dos avós), o que pode facilitar o descontrole da ingestão alimentar. Além disso, foi comum ouvir os responsáveis queixando-se das dificuldades para acompanhar e manter o tratamento da criança devido ao trabalho. A restrição da vida familiar ao espaço doméstico pode representar sofrimento para as crianças, uma vez que dificulta a ampliação das suas relações interpessoais e sociais. A recorrência de passividade manifestada, por exemplo, no tempo gasto diante da televisão e do computador pode predispor ao comer excessivamente.

O *macrossistema* representado pelas microinstituições Governo Federal, Estadual, Ministério da Saúde, Políticas Públicas, Cultura, Subcultura, Hábitos Alimentares exercem influência nessas famílias e interferem nas interações de todos os sistemas. As escolas têm sido os alvos principais de implementação de propostas pelo governo para o combate da obesidade infantil, seguidas das tentativas diante dos setores comerciais e das indústrias alimentícias. No âmbito escolar, a atividade de educação física busca oferecer às crianças uma ação comprometida com a melhoria das suas condições individuais e sociais. No entanto, o que se observou nas falas dos participantes foi a falta de coerência entre o que preconizam as políticas públicas relacionadas à prevenção da obesidade infantil na esfera social e as atividades de educação física realizadas nas instituições escolares, que parecem não favorecer o *incentivo*, o *apoio* e a *proteção à saúde* recomendados nos cuidados e ações contra a doença.

Com esta pesquisa não pretendemos apresentar soluções imediatas e fechadas aos problemas identificados dentro do contexto ecológico dos participantes, mas oferecer aos profissionais que trabalham cotidianamente com as crianças e famílias acometidas pela obesidade um olhar sistêmico e relacional que lhes permita situar e contextualizar seu campo de ação, em um processo que se dá através de trocas de experiências e de saberes.

Referências

- Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Amaral, D. H., & Dias, C. M. S. B. (2011). O subsistema fraterno na família recasada. *Aletheia*, 34, pp.123-137.
- Brasil (1996). Ministério da Saúde: *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Resolução nº 196. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Bowlby, J. (1989). Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego (S. M. Barros, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1988).
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Development Psychology*, 22(6), pp. 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos* (A. C. Barreto, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Belsky, J., & Stratton, P. (2002). An ecological analysis of the etiology of child maltreatment. In K. Browne., H. Hanks., P. Stratton., & C. Hamilton (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse: a handbook* (pp. 95-110). Chichester: Wiley.
- Cerqueira-Silva, S., Dessen, M. A., & Costa Júnior, Á. L. (2011). As contribuições da ciência do desenvolvimento para a psicologia da saúde [Versão eletrônica]. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16, pp.1599-1609.
- 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), pp.1-12.
- Correia, A. P. B., & Bomfim, I. H. F. B. (2007). Obesidade na infância: uma aproximação da prática profissional do psicólogo [Versão eletrônica], *Revista Científica da Universidade de Franca*, 7(1/3), pp. 87-94.
- Cognet, G. (2013). *Compreender e interpretar desenhos infantis* (S. Matousek, Trad.). Petrópolis: Vozes.
- Delgado, P. (2009). O acolhimento familiar numa perspectiva ecológico-social [Versão eletrônica]. *Revista Lusófona de Educação*, 14, pp. 157-168.
- Dessen, M. A., & Polonia, A. C. (2007). A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano [Versão eletrônica]. *Paidéia*, 17(36), pp. 21-32.
- Dias, C. M. S. B. (2011). *Avaliação da personalidade infantil* (5a ed.). João Pessoa: Ideia.
- Dias, C. M. S. B., Aguiar, A. G. S., & Hora, F. F. A. (2009). Netos criados por avós: motivos e repercussões. In T. F. Carneiro (org.). *Casal e família: permanências e ruptura*. (pp. 41-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Diniz, E., & Koller, S. H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico [Versão eletrônica]. *Educar*, (36), pp. 65-76.
- Dominguez, T., Vitorino, A., & Morgado, S. (2011). Relações intergeracionais: a visão dos avós [Versão eletrônica]. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (4), pp. 237- 248.
- Fisberg, M. (2004). Primeiras palavras: uma introdução ao problema de peso excessivo. In M. Fisberg (Org.). *Atualização em obesidade na infância e adolescência* (pp. 01-09). São Paulo: Editora Atheneu.
- Freire, V. R. B. P., Silva, S. S. C., & Pontes, F. A. R. (2011). Reflexões acerca do programa Bolsa Família e o desenvolvimento de famílias no Brasil. In F. A. R. Pontes., S. S. C. Silva., C. M. C. Magalhães., L. I. C. Cavalcante., & L. S. Corrêa (Orgs.). *Contextos ecológicos do desenvolvimento humano* (pp. 119-140). Belém: Paka-Tatu.
- Garcia, A. (2005). Psicologia da amizade na infância: uma revisão crítica da literatura recente [Versão eletrônica]. *Interação em Psicologia*, 9(2), pp. 285-294.
- Goldsmid, R., & Fêres-Carneiro, T. (2007). A função fraterna e as vicissitudes de ser e ter um irmão [Versão eletrônica]. *Psicologia em Revista*, 13(2), pp. 293-308.
- Gonçalves, F. D., Catrib, A. M. F., Vieira Cunha, N. F., & Vieira Souza, L. J. E. (2008). A promoção da saúde na educação infantil [Versão eletrônica]. *Comunicação, Saúde, Educação*, 12(24), pp. 181-92.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010). *POF 2008-2009- Desnutrição cai e peso de crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional*. Recuperado em 22 outubro de 2011, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=699&id_pagina=1
- Kreppner, K. (2000). The child and the family: Interdependence in developmental pathways [Versão eletrônica]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), pp. 11-22.
- Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., Liberatore, R. D. R. Jr., & Domingos, N. A. M. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas [Versão eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, 10(1), pp. 35-39.
- Mainetti, A. C., & Wanderbroocke, A. C. N. S. (2013). Avós que assumem a criação dos netos [Versão eletrônica]. *Pensando Famílias*, 17(1), 87-98.
- Minayo, M. C. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (8a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S., Deslandes, F. S., & Gomes, R. (2008). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (27a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias, funcionamento e tratamento* (2a ed.) (J. A. Cunha, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2011). O desafio de trabalhar com famílias de alto risco social (2a ed.) (S. M. Spada, Trad.). São Paulo: Roca.
- Moraes, 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/PE.
- Moraes, P. M., & Dias, M. C. S. B. (2013). “Nem só de pão se vive”: a voz das mães na obesidade infantil [Versão eletrônica]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), pp. 46-59.
- Nunes, M. C. A., & Morais, N. A. (2012). As relações familiares de crianças obesas: uma análise dos discursos maternos. *Clínica & Cultura*, I (I), 68-82.
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *Obesidade e sobrepeso*. Recuperado em 31 Agosto, 2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- Pope, C. & Mays, N. (2005). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. São Paulo: Artmed.
- Reis, C. E. G., Vasconcelos, I. A. L., & Barros, J. F. (2011). Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil [Versão eletrônica]. *Revista Paulista Pediatria*, 29(4), 625-633.
- Rivera, I. R., Silva, M. A. M., Almeida Silva, R. D. T., Oliveira, B. A. V., & Carvalho, A. C. C. (2010). Atividade Física, Horas de Assistência à TV e Composição Corporal em Crianças e Adolescentes [Versão eletrônica]. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 95(2), 159-165.
- Rocha, L. P., Almeida, M. C. V., Silva, M. R. S., & Cezar-Vaz, M. R. (2011). Influência recíproca entre atividade profissional e vida familiar: percepção de pais/mães [Versão eletrônica]. *Acta Paulista Enfermagem*, 24(3), 373-80.
- Roz, D. F. P. (2007). Família do obeso. In N. Setian (Coord.), *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento* (pp. 181-189). São Paulo: Rocca.
- Santana, J. P., & Koller, S. H. (2011). Introdução à abordagem ecológica do desenvolvimento humano nos estudos com crianças e adolescentes em situação de rua. In S. H. Koller (Org.). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp.113-123). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santos, A. M. (2003). O excesso de peso da família com obesidade infantil [Versão eletrônica]. *Textos & Contextos*, 2(2), 01-10.
- Santos, L. R. C., & Rabinovich, E. P. (2011). Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único [Versão eletrônica]. *Saúde Sociedade*, 20(2), 507-521.
- Santos, A. M., & Scherer, P. T. (2012). Política alimentar brasileira: fome e obesidade, uma história de carências [Versão eletrônica]. *Textos & Contextos*, 11(1), 92- 105.
- Shaffer, D. R. (2009). *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência* (C. R. P. Cancissu, Trad.). São Paulo: Cengage Learning.
- Sichieri, R., & Souza, R. A. (2008). Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes [Versão eletrônica]. *Caderno Saúde Pública*, 24(2), 209- 234.

- Silva, F. M. (2008). School Physical Education and Education for Health [Versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 12(1), 81-94.
- Siqueira, A. C. (2006). *Instituições de abrigo, família e redes de apoio social e afetivo em transições ecológicas na adolescência*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS.
- Turato, E. G. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. (3a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por telefone- VIGITEL (2011). *Brasil*. Recuperado em 31 de março de 2012 em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/10/vigitel_100412.pdf

Artigo III

As dimensões pessoa e tempo do modelo bioecológico na obesidade infantil

Resumo

A obesidade infantil é objeto de estudo de extrema complexidade por envolver vários fatores em sua etiologia. O objetivo deste estudo foi analisar, através dos núcleos Pessoa e Tempo do Modelo Bioecológico, as características pessoais e a história de vida de crianças obesas e de suas famílias, que se inter-relacionam na gênese e na manutenção da doença. O delineamento metodológico foi o estudo de casos múltiplos que incluiu duas crianças, de ambos os sexos e duas mães, pertencentes à camada social menos favorecida financeiramente e atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os instrumentos utilizados na pesquisa foram ficha de coleta de dados a partir de consulta aos prontuários clínicos, a entrevista semiestruturada e o Desenho da Figura Humana (DHF). Os resultados mostraram que as crianças obesas apresentam dificuldades relacionadas a sua imagem corporal e acarretam introspecção, retraimento, vergonha e insegurança nos contatos sociais. Suas histórias revelaram segredos familiares relacionados às figuras parentais, fenômenos transgeracionais e relação mãe/criança caracterizada como emaranhada.

Palavras-chave: Obesidade, infância, família, teoria bioecológica do desenvolvimento humano.

The person and time dimensions in the bioecological model in childhood obesity

Abstract

Childhood obesity is an extremely complex object of study because it involves several factors in its etiology. The aim of this study was to analyze, through the nuclei Person and time of the bioecological model, personal characteristics and the history of life of obese children and their families that are interrelated in the genesis and maintenance of the disease. The methodological delineation was multiple case studies that included two children of both sexes and two mothers belonging to the lowest social layer and financially assisted by the Brazilian Unified Health System (SUS). The instruments used in the research were a data collection form based on consulting clinical records, a semi-structured interview and the Human Figure Drawing. The results showed that obese children have difficulties related to their body image resulting in insight, withdrawal, shame and insecurity in social contacts. Their stories reveal family secrets related to parental figures, transgenerational phenomena and mother / child relationship characterized as tangled.

Keywords: Obesity, childhood, family, bioecological theory of human development

Introdução

A infância é considerada uma etapa fundamental do ciclo vital, já que exerce influência em todas as experiências subsequentes. É entendida como um período vulnerável e crítico na constituição das bases psicológicas necessárias aos desenvolvimentos intelectual, emocional e físico. Por sua vez, a obesidade é considerada uma doença multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo (OMS, 2013). Surge associada a várias complicações de ordem física (hipertensão, diabetes tipo II), social (estigmatização) e psicológica (isolamento, introversão), podendo afetar o desenvolvimento infantil como um todo.

Bronfenbrenner (1996; 2011) concebe o desenvolvimento de uma pessoa a partir de intercâmbios cada vez mais complexos entre seus aspectos biopsicológicos e outros indivíduos, objetos e símbolos do contexto. Considera ainda que desenvolvimento humano é "um conjunto de processos por meio dos quais as propriedades do indivíduo e do ambiente interagem e produzem continuidades e mudanças nas características da pessoa e no seu curso de vida (Bronfenbrenner, 1992, p. 191). Representa uma reorganização contínua dentro da unidade tempo-espço, que opera no nível das ações, percepções, atividades e interações do indivíduo com seu mundo, sendo estimulado ou inibido por meio de intercâmbios entre os diferentes participantes do ambiente (Dessen & Guedea, 2005).

Bronfenbrenner propôs o Modelo Bioecológico: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (PPCT) para estudar, de maneira sistêmica, o desenvolvimento humano. Esse modelo abarca desde os sistemas fisiológicos e psicológicos, de comportamento individual e de interações entre pessoas, até as relações entre grupos e sociedades, incluindo o sistema de crenças, valores e mitos compartilhados pelas pessoas da relação (Dessen & Guedea, 2005). Nessa perspectiva, a obesidade na infância não é entendida como possuindo uma causalidade unidirecional, mas associada a múltiplas e recíprocas causas. As características pessoais da criança, a relação com seus cuidadores, os eventos que ocorrem no curso do desenvolvimento são considerados elementos importantes para a compreensão da doença e dos fatores que auxiliam sua manutenção.

Para Bowlby (1989), a relação construída entre cuidador e criança, as respostas do adulto perante os sinais emitidos pelo bebê, tais como choro, são determinantes para a formação de modelos funcionais internos. O modelo funcional interno consiste na representação de si e, igualmente, na representação de si quando interage com uma pessoa

significativa em um contexto com forte tonalidade emocional. Exerce influência no modo como o ser humano se sente em relação a si mesmo e em relação a seus genitores/cuidadores. Nas interações com as crianças, os cuidadores podem expressar diferentes tipos de responsividade e, assim, promover a consolidação dos modelos funcionais internos. Esses modelos estruturam-se tendo como base elementos de confiança ou não na figura de apego, o sentimento de rejeição ou afeição, o sentimento de que o outro é ou não uma base segura para exploração do mundo.

Do nascimento aos três meses de idade, o bebê se encontra num estado de dependência total em relação à figura cuidadora para a satisfação de suas necessidades. O contato bebê-cuidador é condição necessária para que o apego se desenvolva, ou seja, é por meio das interações em um longo período de tempo, nas situações de alimentação, de higiene corporal e de jogos que o apego entre o cuidador e a criança se estabelece. Através dessas ações, que requerem proximidade e reciprocidade para o estabelecimento do apego, ocorre a ativação dos processos proximais entre a criança e seu cuidador. Ambos compartilham de momentos interativos estimulando-se mutuamente (Bowlby, 2001; Diniz & Koller, 2010).

A sensibilidade materna caracteriza-se por uma alta frequência de respostas empáticas. Quanto mais empáticas são as mães, mais sensíveis elas se tornam aos sinais emitidos pelos bebês. Uma mãe emocionalmente insegura pode gerar uma relação disfuncional entre ela e a criança. Ao sentir-se tensa e angustiada diante dos cuidados com o bebê, a mãe pode não conseguir comunicar-se com ele e acaba não discriminando entre um choro de fome e de sono, de dor e de incômodo por estar com a fralda suja ou qualquer choro de outra natureza. Por sua vez, o bebê também permanece tenso, já que percebe, à sua maneira, que algo não funciona bem, que não é entendido em suas demandas e que é, de certo modo, invadido com uma alimentação inadequada ou, em momentos inoportunos, com outros procedimentos que lhe trazem desconforto (Dix, 1992).

Segundo Castilho (2001), aos dois anos, a maioria das crianças possui autopercepção e pode reconhecer a imagem de seu corpo refletida no espelho. Gradualmente, o corpo vai representando, aos seus próprios olhos, a sua identidade e, aos poucos, elas começam a pensar sobre como os outros veem a sua aparência. Os pré-escolares vão aprendendo como a sociedade enxerga diferentes características físicas e a imagem corporal vai, cada vez mais, tomando forma, à medida que eles absorvem conceitos do que é valorizado como atraente, ou seja, como deveria ser sua aparência. As crianças também formam imagens do que não é

atraente, ou seja, de como não deveriam parecer. Ao julgarem de que forma sua própria aparência corporal se adequa ao modelo que lhes é transmitido, isso pode comprometer seus sentimentos de autovalor.

A partir dos sete anos, as crianças têm a capacidade de formar sistemas representacionais como conceitos de si mesmas, amplos e abrangentes que integram diferentes características do eu. Crianças de oito a doze anos valorizam primeiramente a aparência física, depois a aceitação social, as tarefas escolares, condutas e habilidades (Papalia & Olds, 2000). Em um estudo sobre os fatores psicossociais da obesidade infantil em escolares de sete a doze anos, pesquisadores encontraram que a depreciação da própria imagem corporal é um achado constante e que acarreta insegurança em relação ao grupo social. Concluíram que as crianças que se deparam com a obesidade podem apresentar problemas em relação à aceitação, à autoestima e à valorização de seu próprio corpo (Feldmann et al., 2009).

Investigando o autoconceito e a imagem corporal na obesidade infantil, Carvalho, Cataneo, Galindo e Malfará (2005) identificaram que crianças obesas apresentam sinais de desconforto com sua imagem corporal e consideram importante para seu autoconceito terem suas ideias aceitas pelos colegas e conseguirem participar das atividades em conjunto. O estudo de Dechen, Cano e Ribeiro (2000), a respeito da autopercepção de crianças obesas, identificou descontentamento com o excesso de peso e sentimentos de menos valia, devido às chacotas provenientes dos colegas da escola. Luiz, Gorayeb, Liberatore e Domingos (2005) analisaram a literatura e encontraram uma relação existente entre a obesidade infantil e aspectos psicológicos, tais como depressão, ansiedade e déficits na competência social.

Os estudos acima citados demonstram que a obesidade na infância está relacionada a sérios riscos e consequências para a vida adulta. Nesse sentido, é fundamental que se tenha um olhar atento para a disponibilidade e sensibilidade parental nas interações com a criança, para a percepção que a criança possui da sua imagem corporal, pois, através dessa imagem, ela poderá estabelecer mais ou menos contatos sociais promotores do desenvolvimento, bem como ao estilo de vida das famílias ao longo do tempo e nas suas histórias.

Este artigo propõe-se analisar, através dos núcleos Pessoa e Tempo do Modelo Bioecológico e das falas das crianças e suas mães, as características pessoais e a história de vida de crianças obesas que se inter-relacionam na gênese e manutenção da obesidade infantil.

Método

Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, cujo delineamento é o Estudo de Casos Múltiplos, com crianças obesas atendidas em um hospital de referência, da cidade do Recife. Segundo Yin (2001, p. 27), o estudo de caso constitui uma contribuição importante para pesquisas nas seguintes circunstâncias: " quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e em situações nas quais o foco se encontra em fenômenos complexos e contemporâneos, inseridos no contexto da vida real". Esse método permitiu um estudo mais aprofundado do fenômeno da obesidade infantil e a triangulação dos dados proporcionou um aumento na confiabilidade dos resultados encontrados.

Participantes

Participaram deste estudo duas crianças, de ambos os sexos, na faixa etária entre 11 a 12 anos de idade, e suas mães, na faixa etária entre 36 a 42 anos, pertencendo à camada social menos favorecida economicamente e atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As crianças foram diagnosticadas com obesidade infantil através dos profissionais (nutricionista e endocrinologista) do ambulatório no qual são acompanhadas. Elas foram escolhidas por terem participado da investigação de mestrado da pesquisadora, o que possibilitou um olhar na dimensão tempo, levando em consideração o funcionamento dessas famílias.

Foram incluídas as crianças que apresentaram: 1) o Índice de Massa Corporal (IMC) acima do percentil 95%, pois, segundo o Centro Norte- Americano de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), esse índice configura estado de obesidade; 2) estavam fazendo tratamento clínico para perda de peso no ambulatório, no mínimo, há um mês; 3) os pais ou responsáveis e as crianças aceitaram o convite para participação na pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Informado (Anexos B; C). Foram excluídas as crianças que apresentaram: 1) manifestações clínicas de natureza endócrina que contribuem para seu estado de obesidade; 2) hiperfagia (fome excessiva) associada ao uso de medicações; 3) síndrome de Prader-Willi (PWS) - doença neurocomportamental de origem genética.

Instrumentos

Foram utilizados como instrumentos na pesquisa: 1) *Ficha de coleta de dados biossociodemográficos*, a partir da consulta aos *prontuários clínicos* possibilitando uma caracterização dos atendimentos e história clínica da criança (Anexos D; E; F); 2) *Entrevista semiestruturada*, abordou questões referentes aos objetivos do estudo, realizada com a criança e seu responsável (Anexos G; H), com um formato adequado para cada um. De acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2008, p. 63), a entrevista possibilita que o entrevistado possa “falar sobre a temática em questão sem se prender a uma investigação formulada”, podendo ser conduzida de maneira semidirigida. O *desenho da figura humana (DFH)*, de Karen Machover (1949) possibilitou compreender a multidimensionalidade das imagens internalizadas que as crianças têm de si mesmas, fornecendo elementos úteis para a compreensão de atributos pessoais e sua relação com outros contextos e indivíduos com quem a criança interage. Ao final do desenho, foi solicitado à criança que contasse uma história e respondesse às seguintes questões (Anexo I): É um menino ou menina? Quantos anos têm? Em que ano está na escola? Qual a parte do seu corpo que se apresenta melhor? Qual a que se apresenta pior? É feliz? É simpático? É forte? Quais são suas preocupações? Quando é que fica nervoso (a)? Com que sinais mostra que está nervoso (a)? Quais são as suas três piores qualidades? Quais são as três melhores qualidades? Têm muitos amigos (as)? Que dizem os outros a respeito dele(a)? Dá-se bem com a família?

Procedimento de coleta de dados

A pesquisa foi realizada em um hospital de referência em obesidade infantil na cidade do Recife-PE. Nessa instituição, atende-se a crianças não somente da comunidade como também oriundas de outras localidades (interiores do Estado de PE).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição de Saúde que apoiou a pesquisa, sob o número 3411-4 (Anexo A). Os procedimentos obedeceram aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). Os profissionais que indicaram as crianças foram procurados na Instituição de Saúde. Nesse contato, a pesquisadora explicou os objetivos da sua pesquisa e solicitou a colaboração deles para as indicações. No encontro com os pais ou responsáveis, e a criança, a pesquisadora explicou a finalidade da pesquisa e os que concordaram com a participação foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e (Anexo B) e o Termo de Assentimento Informado (Anexo C).

Para a realização da pesquisa, foram necessários dois encontros com cada participante. No primeiro encontro, foi dada a explicação sobre a pesquisa para os pais ou responsáveis e a criança e, posteriormente, foi realizado o desenho da figura humana com a criança. No segundo encontro, foi realizada, individualmente, a entrevista com a criança e, posteriormente, com o responsável. O tempo de cada encontro variou de uma hora e meia a duas horas de duração com cada participante. As entrevistas foram gravadas e deram-se nomes fictícios para preservar a identidade dos participantes.

Procedimento de análise dos dados

A ficha de coleta de dados biossociodemográficos a partir da consulta aos prontuários clínicos foi analisada através da conferência dos atendimentos e história clínica da criança. As entrevistas foram analisadas de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática. Segundo Turato (2008, p. 442) “ela procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes que fazem a sua aparição no interior de vários conteúdos mais concretos, portanto uma primeira forma de categorização e subcategorização constituindo o conjunto das entrevistas transcritas”. De acordo com Minayo (2007, pp. 209-210), a análise temática se desenvolve segundo as fases de *pré-análise*, que se concentra “na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final”. A segunda etapa é a *exploração do material*, que “consiste essencialmente na operação de codificação, através da transformação dos dados brutos, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto”. Por fim, a terceira consiste no *tratamento dos dados obtidos e interpretação* dos resultados com base na literatura consultada.

O teste projetivo gráfico *Desenho da Figura Humana* foi analisado levando em consideração os *aspectos formais* (localização na página, tamanho, qualidade do grafismo, estereótipos e imagem corporal que abarcam tamanho da cabeça, tronco, mãos, entre outras partes do corpo, entre outros), bem como o de *conteúdo* (referindo-se às partes do desenho). Machover (1949) expõe que, quando um sujeito realiza o desenho, está referindo-se às imagens internalizadas que tem de si e dos outros. Dessa maneira, o desenho representa a expressão do eu no ambiente.

Resultados

Serão apresentados os relatos das entrevistas realizadas com as duas crianças obesas e suas mães, juntamente com a descrição e análise do Desenho da Figura Humana aplicado às crianças.

Paulo: o amor e a proteção familiar transformados em tecido adiposo

Atualmente está com 12 anos e chegou à instituição de saúde para tratamento da obesidade em 2010. Nessa ocasião, ficou internado duas semanas porque estava com pressão arterial muito alta devido à obesidade. Em 2013, no momento desse encontro, pesava 95,2 kg e media 1,56 de altura, IMC= 39,04 e percentil >95%, mantendo o quadro de obesidade anterior. Apresentava como possíveis comorbidades da doença: Hiperinsulinismo; Foliculite e Hipertensão arterial. Fazia uso regular de medicações (Sibutramina; Hidroclorotiazida; Metilformina; Enalapril) e se encontrava em acompanhamento psicoterapêutico na instituição hospitalar por indicação da pesquisadora e da endocrinologista que o acompanhava no tratamento. É filho único e reside com seus pais em um município localizado a 100 km do Recife. Estava cursando o sétimo ano do ensino fundamental em uma escola municipal, no entanto, afirmava que gostaria de estudar na escola estadual, pois tinha um melhor conceito, mas a mãe tinha perdido o prazo de matrícula na referida escola.

Contou que todos os dias, à tarde, joga *videogame* na casa de um colega ou vai para uma *lan house* jogar sozinho. A mãe não consegue monitorar suas saídas porque trabalha no turno da tarde. Seu pai trabalha no corte de cana e está sujeito às sazonalidades desse cultivo, mesmo assim, não interfere nas ações da criança. Sua avó materna é vizinha da família de Paulo e a criança recebe muita influência dela, que, por vezes, interfere nas regras estabelecidas pela mãe de Paulo. A criança se considera calada. Apesar de afirmar que não tem dificuldade em fazer amigos diz que possui poucos e, na escola, menos ainda. Percebe que alguns colegas não o chamam para brincar. Tem vergonha de tirar a camisa na frente dos amigos, portanto, evita muitas brincadeiras na companhia deles, exceto o *videogame*, que não precisa dessa exposição. Fica irritado quando o chamam de gordo e diz sentir vontade de bater quando fazem isso.

Em sua casa, quem faz as refeições é sua mãe. Assim como o pai, gosta de comer macarrão, frituras e cuscuz com leite. Não gosta de nada integral. Não faz o desjejum pela manhã, não lancha na escola e nem à tarde, mas gosta de caprichar no almoço e na janta.

Sente dificuldade para controlar a vontade de comer à noite. Quando está triste ou aborrecido com algum acontecimento, fica no quarto, come e joga *videogame*. Não gosta de praticar atividade física e já ouviu dizer que a obesidade prejudica o coração. Mesmo não apresentando problemas endocrinológicos que justifiquem o ganho de peso, acredita que a obesidade seja algo constituinte da família, uma vez que sua mãe, seu pai e uma tia estão obesos. Além disso, seu pai e sua avó têm diabetes, mas não fazem o controle e acompanhamento correto da doença crônica. Paulo relatou que a mãe quer controlar sua alimentação, mas em vários momentos, surpreendeu o pai escondido comendo balas e que quando o genitor aferiu o nível de glicose estava 600, muito acima do desejável e não aconteceu nada com ele. Sua avó também não se controla na ingestão de doces. Quanto ao tratamento, disse que tem dificuldade de fazer a reeducação alimentar, oscilando mais para ganho do que perda de peso. Se fosse modificar algo em si próprio para ajudar na perda de peso, diminuiria o sono e tentaria ter mais disposição para fazer caminhadas, uma vez que, na escola, não há prática de educação física.

Abaixo, segue a Figura Humana desenhada por Paulo:



Desenho 1- Figura Humana desenhada por Paulo

Na representação da figura humana, Paulo desenhou uma figura do sexo masculino, o que sugere uma aceitação do próprio sexo, porém não a concluiu. Omitiu as mãos, indicando dificuldade de relacionamento e confiança nos contatos sociais. A omissão das pernas e dos pés dá a entender uma dificuldade na estabilidade espacial do corpo e insegurança ao caminhar no ambiente. O cabelo aparece desalinhado e com franja podendo representar cobertura de algum problema corporal. No geral, as características do desenho podem indicar uma não aceitação do próprio corpo. No questionário, contou que era um menino de 17 anos que cursava o segundo ano do Ensino Médio. A parte do corpo que se apresentava melhor eram os olhos e a pior, os cabelos. Era feliz e simpático. Sua preocupação era conseguir fazer

faculdade e raramente ficava nervoso, mas quando ficava, demonstrava através de batidas do dedo na mesa. Quanto à sua pior qualidade, não gostava da aparência do seu cabelo. Sua melhor qualidade era nunca desistir. Tinha amigos que o admiravam e dava-se bem com a família.

Sua mãe, D. Lourdes, 42 anos, casada, professora da pré-escola, era quem acompanhava a criança desde o início do tratamento. Contou que sua infância foi bastante difícil, seu pai trabalhava no corte de cana, era bastante bruto e batia nela e nos irmãos. Quando completou oito anos, seu pai faleceu. Devido a esse acontecimento na vida familiar, sua mãe precisou ausentar-se dos cuidados da casa e dos filhos para trabalhar no corte de cana, deixando a mãe de Paulo e seus outros irmãos sob os olhares dos vizinhos. D. Lourdes compreendeu essa vivência, para além de uma infância privada de necessidades básicas, uma carência de afeto.

Referindo-se à gestação de Paulo, disse que foi um acontecimento desejado e ocorreu após cinco anos de tentativas com três abortos espontâneos. Durante a gestação, sua alimentação não era controlada, ingeria muitos carboidratos e doces. Adquiriu muito peso e desenvolveu diabetes gestacional. Descreveu que a criança já nasceu gorda e só fez aumentar. Durante a fase da amamentação, D. Lourdes comia os mesmos alimentos do período gestacional. Amamentou Paulo durante quatro meses e depois introduziu mamadeira e alimentos sólidos. Como necessitava sair para trabalhar, Paulo precisou ficar, desde muito cedo, sob os cuidados da avó paterna. Nesse período não existia uma regra para alimentação, a criança comia na hora que quisesse e o que desejasse. Como consequência, ele comia o dia inteiro e quando chegava à noite, não jantava.

Atualmente, Paulo não quer tomar café da manhã e não faz os lanches saudáveis nos intervalos das refeições, conforme recomendação médica e nutricional. Quando não atende aos desejos alimentares do filho, a criança recorre às tias ou aos avós, que moram perto, os quais não se comprometem com o tratamento. Como a mãe trabalha na escola à tarde, sente dificuldade para acompanhar as recomendações solicitadas para a criança. Afirmou que tem grande dificuldade de conscientizar Paulo sobre a importância do tratamento e de ser mais interventiva, lançando mão de sua autoridade materna. Tem medo de revoltar a criança e comprometer a qualidade da relação entre eles. Contou que essa dificuldade se estende para sua atuação no trabalho, como educadora.

Relatou que seu relacionamento com o pai de Paulo é bastante tranquilo, mas o genitor também não colabora com o tratamento, nem com os aspectos gerais da formação do filho. Sobre as características da criança, a mãe descreveu rebeldia, por não seguir a dieta, e raiva, sendo que essa é bem contida dentro dele, assim, ninguém percebe. Fica chateado quando algum colega o chama de gordo e, às vezes demonstra vergonha relacionada ao seu peso, não querendo tirar a camisa para brincar. Contou ainda que Paulo come muito rápido, fazendo uma analogia como se a criança estivesse na guerra. Nunca come na mesa, junto à família, prefere o quarto na frente da televisão. Não experimenta novos alimentos e não come uma variedade deles. Mesmo depois do almoço, a criança não pára de procurar as panelas para comer algo mais. A genitora acredita que possa ser ansiedade. Relatou o interesse de Paulo em morar na capital para ter outras oportunidades de estudo, porém a família não tem estrutura financeira para esse investimento. Ao ser questionada sobre o significado que a comida ocupava na dinâmica familiar, respondeu: "Lá as pessoas não comem para viver, mas vivem para comer".

Laura: o excesso da falta que percorre a gordura visceral

Atualmente com 11 anos, ela chegou à instituição de saúde para tratamento da obesidade em 2009. Fora encaminhada por uma pediatra da sua cidade. Em 2013, no momento desta pesquisa, pesava 92,3 kg e media 1,60 de altura, IMC= 35,94 e percentil >95%, mantendo o quadro de obesidade. Apresentava como possíveis comorbidades da doença: Diabetes e Hipertensão Arterial. Além das doenças físicas, apresentava quadros de encoprese. Fazia uso regular de medicações (Sibutramina; Metilformina; Furosemida e Enalapril) e encontrava-se em acompanhamento psicoterapêutico na instituição hospitalar. Seus pais se conheceram em uma casa de prostituição, local onde a mãe trabalhava. Filha mais nova, tem uma irmã por parte de mãe e duas irmãs, por parte de pai, com quem não mantém contato. Seu pai faleceu de ataque cardíaco quando Laura tinha três anos. Reside com a mãe e o padrasto em um município, localizado a 110km do Recife. Estava cursando o sexto ano do ensino fundamental em uma escola municipal.

Contou que seu relacionamento com a mãe é bastante estressante, pois a genitora reclama muito e coloca defeitos em tudo o que ela faz. Na relação com o seu padrasto, ao contrário, a mãe é tranquila. Sua irmã saiu de casa para morar com o namorado porque brigava muito com sua mãe. Quando morava em casa, elas também brigavam muito, todos os dias. A irmã ficava no seu pé para emagrecer e isso deixava Laura muito irritada. Disse que,

mesmo com essas implicações, tinha uma companhia, e agora, fica sozinha. Em casa, gosta de assistir à televisão e brincar com seus jogos no computador, assim, esquece-se do mundo. Sente saudades do pai, que faleceu. Ele era mais paciente que a mãe e gostava de ficar com ela.

Em sua vizinhança não tem amigos, apenas uma colega, que mora um pouco distante, mas se esforçam para brincar juntas, vez por outra. Não consegue fazer amizades com facilidade. Considera-se quieta, gosta de ficar em seu canto, até que alguém se aproxime para buscar sua atenção e amizade. Esse comportamento acaba incomodando-a um pouco. Na escola não é diferente. Já lhe colocaram diversos apelidos como “gorda” e “baleia”. Quando isso acontece, busca a diretoria da escola para reclamar, mas logo esses episódios voltam a ocorrer. Não gosta de expor seu corpo em roupas apertadas. Prefere as folgadas e grandes, no entanto, a mãe reclama porque tem que comprar novas roupas em pouco tempo, referindo que a criança precisa perder peso para as roupas caberem.

Não toma café da manhã porque não consegue sentir fome logo cedo. Almoça na companhia da mãe, do padrasto e da televisão. O padrasto pula refeições e a mãe se alimenta de guloseimas. O almoço é o momento em que Laura sente mais dificuldade para controlar a fome. Não tem o hábito de jantar porque lancha muito à tarde. No entanto, revelou que acorda na madrugada para comer arroz. Não gosta de nada integral. Quando está triste ou aborrecida, come bastante, principalmente quando alguém querido seu morre. Contou que teve perdas importantes depois da morte do pai: uma prima em um acidente de carro, um tio acometido com leucemia e seu padrinho, de um infarto fulminante. Eram pessoas de quem a criança gostava e com quem se entendia bem.

Laura já ouviu dizer que a obesidade causa várias doenças, como diabetes e pressão alta. O pai tinha obesidade e diabetes tipo 2, o que faz a criança acreditar que herdou dele as duas doenças. Disse que outros familiares por parte do pai, com os quais ela não tem contato, também estão obesos, o que reforça na criança a crença da hereditariedade na gênese da doença. Já fez alguns tratamentos para emagrecer, mas não viu resultados. No tratamento atual, consegue se dedicar mais e tem uma boa relação com os profissionais. Tem dificuldade para experimentar novos alimentos, em especial, as saladas. Não gosta de feijão, prefere o arroz branco ao biscoito recheado. Não sabe se mudaria algo em si para melhorar o tratamento, mas colocaria arroz em todas as refeições. Afirma que o acompanhamento psicológico tem ajudado bastante no tratamento.

Abaixo segue a Figura Humana desenhada por Laura:



Desenho 2- Figura Humana desenhada por Laura

Na representação da figura humana, Laura desenhou uma figura feminina, o que sugere uma aceitação do próprio sexo. A linha média desenhada indica insegurança e introversão. A cabeça grande em relação ao tamanho do corpo está relacionada à introspecção, fantasia e questões relacionadas às aspirações intelectuais. A boca em linha grossa pode representar agressividade. A ausência do nariz sugere uma conduta retraída, tímida e interesse social reduzido. Os braços curtos podem ser associados também a uma tendência ao retraimento, ao fechamento em si e à inibição dos impulsos. A ondulação no cabelo sugere sensualidade. Mãos em bolacha, tronco retangular, olhos formados por um ponto são sinais de imaturidade, agressividade. A ausência do pescoço aponta falha no controle dos impulsos. No questionário, contou que era uma menina de 10 anos que cursava o quinto ano do ensino fundamental. A parte do corpo que se apresentava melhor era a cabeça e a pior, os pés. Era feliz, mas não era simpática. Sua preocupação era com a escola e a saúde. Não estava indo bem em nenhum dos dois. Ficava nervosa quando "arengava" (brigava) com os amigos e demonstrava o nervosismo através do rosto avermelhado. Sua pior qualidade era ser chata, enquanto a melhor era ser legal. Tinha muitos amigos que a achavam legal. No entanto, não se entendia muito bem com a família.

Sua mãe, D. Lúcia, 36 anos, recasada após uma viuvez, dona de casa, possui ensino fundamental incompleto, era quem acompanhava, desde o início, a criança no tratamento. Contou que teve uma infância bastante turbulenta e uma relação delicada com seus pais. Passou 15 anos sem ver o pai e, quando se encontraram, não foi agradável. Os contatos com sua família são raros. Tem uma irmã com quem não se entende muito bem, por isso, prefere o

distanciamento. Na sua rua, tem duas vizinhas de quem gosta bastante e considera família. Uma é madrinha de Laura e a outra a criança chama de avó.

O pai de Laura, Sr. Jorge, era 33 anos mais velho que D. Lúcia e teve duas filhas com ele. Relatou que nunca quis ser mãe, nunca sentiu desejo. Quando nasceu a primeira filha, teve certeza de que não queria exercer a função materna. Não tinha paciência para ouvir o choro do bebê e não gostava de aproximação com a criança. Quando engravidou de Laura, sentiu desespero. Informou que, no início, não aceitava a gravidez e não sabia dizer se já aceitava no momento da entrevista. O Sr. Jorge queria transformar D. Lúcia em uma mulher digna e, para isso, ele achava que ela deveria ser mãe. Assim, ela aprenderia os valores da casa e da família.

A relação da criança com o pai era muito sossegada. Laura era bastante apegada ao genitor, que gostava de passar bastante tempo com ela, já que era aposentado. A mãe contou que o Sr. Jorge não tinha hábitos alimentares saudáveis e que Laura, aos nove meses de vida, já comia Nissin Miojo com o pai; em outros momentos, chupava oito laranjas e comia três Danones de uma vez. O Sr. Jorge tinha diabetes tipo 2, pressão arterial alta e era obeso. Como resultado de complicações orgânicas, teve um infarto fulminante e faleceu em casa. Laura estava presente no momento do acontecimento e presenciou toda a cena e socorro ao genitor. Depois desse episódio, D. Lúcia afirmou que ela começou a comer sem controle e a engordar.

A relação da mãe com as filhas começou a piorar. Sem o genitor para ajudar nos cuidados, D. Lúcia começou a sentir-se sobrecarregada. Brigava e perdia a paciência com facilidade. A família do Sr. Jorge distanciou-se mais ainda dela e das filhas. E, à medida que Laura foi ganhando peso, D. Lúcia começou a sentir dificuldade, inclusive, de olhar para a criança. Relatou que, quando olhava para a filha, começava a chorar sem saber o motivo. Buscou ajuda de um psiquiatra e começou a tomar Clonazepan para se controlar. D. Lúcia recasou dois anos depois do falecimento do Sr. Jorge com uma pessoa com o mesmo nome. Informou que, inicialmente, foi difícil, mas há muito tempo a criança se entende bem com o padrasto.

D. Lúcia não sabia descrever com que a criança gostava de brincar, devido ao fato de ela estar sempre no quarto, no computador, vendo televisão ou na casa da vizinha, que chama de avó. Comentou que a criança tem características de agitação, ansiedade, apresentando comportamentos de bater as pernas e suar as mãos. Gostava de comer arroz até no lanche, mas a mãe procurava fazer menos para evitar a ingestão. Acordava no meio da noite para comer e,

ultimamente, estava apresentando quadros de encoprese. A outra filha, irmã de Laura, saiu de casa para morar com o namorado, não deu certo a relação conjugal, mas ela preferiu não voltar a morar com D. Lúcia.

Sobre a escola, quando Laura demonstrava algum desentendimento com outras crianças por chamá-la de gorda, a própria criança era quem resolvia com a coordenação. A genitora não se envolve. Segundo ela, nas horas das refeições, Laura come rápido e, desde pequena, já era assim. Nos dias de consulta com a endocrinologista, a mãe informou que a criança colocava alface no prato para dizer à médica que comeu salada. A mãe precisa ficar lembrando a Laura sobre as medicações para tomar. Mesmo assim, às vezes, esquece. Tem dificuldades para realizar as mudanças que o tratamento indica, o que faz a mãe se sentir mais sobrecarregada.

D. Lúcia informou que estava mais organizada emocionalmente depois que iniciou os atendimentos psicológicos na instituição de saúde. E, ao final desta entrevista, acabou revelando que conheceu o pai das filhas em uma casa noturna, ele era seu cliente. Foram morar juntos e tiveram a primeira filha. Enquanto ainda mantinha o relacionamento com o marido, ela conheceu outra pessoa e engravidou de Laura. O marido faleceu sem saber dessa informação. A criança também não tem conhecimento dessa história e a genitora relatou que não tem condições emocionais de revelar a verdade porque seria desfazer uma história de vida para construir outra. Prefere carregar o peso desse segredo e não pensar, nem falar a respeito. Disse que estava vivendo o que poderia ter evitado.

Discussão dos resultados

A partir da descrição dos relatos, optou-se pela análise de conteúdo temática para discutir os resultados com base nas categorias denominadas: Pessoa e Tempo, do próprio modelo bioecológico.

1) Pessoa

Ao conceituar a pessoa, Bronfenbrenner e Morris (1998), identificaram a existência de características que são determinadas biopsicologicamente e aquelas que se constituem na interação com o meio. Desta maneira, as características pessoais são desenvolvidas a partir da integração de experiências que englobam condições individuais, ambientais, aspectos culturais e relações afetivas. Ao lado disso, refletem a maneira como a criança se relaciona

com o mundo, pois é, a partir da relação estabelecida com o ambiente, que ela irá conhecer-se melhor e desenvolver-se.

Nos momentos das entrevistas, que ocorreram separadamente, Pedro e Laura se apresentaram disponíveis ao contato e facilitadores do processo. As idas ao hospital não aparecem como um desconforto em suas rotinas. As crianças tinham iniciado o tratamento há alguns anos (uma em 2010 e outra em 2009) e o quadro de obesidade ainda permanece. Apresentavam dificuldade para controlar a fome, o que pode denotar uma impulsividade no ato de comer. A falta de rotina nos horários dos lanches e refeições e a tendência para evitar brincadeiras que revelem uma parte do seu corpo demonstram uma dificuldade em gerenciar comportamentos e emoções também relacionados à imagem corporal. Para Bronfenbrenner e Morris (1998), as disposições são capazes de inibir ou colocar os processos proximais em movimento e continuar sustentando sua operação no desenvolvimento. No caso das crianças, essas disposições podem comprometer o tratamento e o estabelecimento de interações recíprocas com seus pares.

Sobre as consequências da obesidade, as crianças informaram apenas as comorbidades que já apresentavam ou que estavam em risco de apresentar. Não demonstraram conhecimento de outros agravos e nem argumento crítico a respeito do que seria uma alimentação saudável, mesmo tendo informações sobre as substituições que deveriam realizar. As mães relataram dificuldades na conscientização das crianças para experimentarem novos alimentos. No entanto, a própria iniciativa dos pais na experimentação também se mostrou ineficaz. Bronfenbrenner e Ceci (1994) consideraram que as características de recursos fornecem condições para que o indivíduo mude seu contexto de maneira ativa ou passiva. O acesso a uma alimentação inadequada e a falta de conhecimento sobre os riscos, a longo prazo, da doença podem ser compreendidos como uma condição que limita o funcionamento adequado do organismo no ambiente.

Atributos pessoais afetam o desenvolvimento por terem um potencial de convidar ou desencorajar reações de pessoas no ambiente. Esses atributos, Bronfenbrenner e Morris (1998) denominaram características de demanda. O fato de Paulo considerar-se calado e perceber que alguns colegas não o convidam para brincar e, além disso, o chamam de gordo, evidencia dificuldades relacionadas à sua aparência física e temperamento. Laura também demonstrou dificuldades semelhantes às de Paulo: considerou-se quieta e retraída no ambiente social relatando que essas características geram obstáculos em fazer amizades, aguardando a

atenção das pessoas ao invés de buscar o contato. Assim como Paulo, ela está exposta a situações de estigmatização através de apelidos por ter o corpo obeso. Em um movimento recursivo, tanto os atributos físicos das crianças desencorajam o engajamento em atividades com seus pares, como seus comportamentos de retraimento e vergonha direcionados ao corpo, rompem processos de crescimento psicológico importantes ao desenvolvimento.

O estudo de Simões e Meneses (2007) sugere que crianças com sobrepeso e obesidade se percebem menos hábeis em atividades físicas e vêem seu aspecto corporal de forma mais negativa do que crianças com peso normal. Não obstante, as crianças com excesso de peso se avaliam de forma mais positiva do que as demais no que diz respeito à atitude comportamental, acreditando fazer as coisas de forma correta, agindo de acordo com o esperado socialmente e evitando problemas. Segundo Carvalho, Cataneo, Galindo e Malfará (2005) e Martins, Nunes e Noronha (2008), um dos fatores que mobiliza o indivíduo a buscar ajuda para o problema diz respeito ao incômodo com sua imagem corporal que pode vir a interferir em seu senso de autoconceito e autoestima.

Além da percepção dos atributos pessoais em função do peso, estudos têm demonstrado que as crianças qualificam imagens de pares de acordo com a forma corporal. Atribuem características como gentileza, socialização, educação e felicidade ao corpo magro, e aspectos negativos, como envolvimento em brigas, chatices e preguiça àquelas figuras identificadas como apresentando excesso de peso (Carvalho et al., 2005; Lerner & Korn, 1972).

A análise do Desenho da Figura Humana de Paulo e Laura demonstrou a presença de sinais emocionais como introspecção, retraimento, dificuldade de relacionamento e confiança nos contatos sociais, insegurança, falha no controle dos impulsos, imaturidade e agressividade. Esses sinais apoiam o que as crianças e suas mães descreveram sobre si mesmas e sobre seus comportamentos em situações familiares e sociais, auxiliando na confirmação de algumas características pessoais das crianças deste estudo.

2) Tempo

O homem nasce com o potencial para se tornar humano, porém só o fará na relação com o outro ser humano. Ao nascer e ser recebido na sociedade, ele se desenvolverá e construirá sua subjetividade, a noção de valor da própria existência ao lado da existência do outro. Os processos proximais ocorrem através do tempo e numa base segura de apoio e

reciprocidade (Bronfenbrenner & Morris, 1998). No seu desenvolvimento, a criança necessita de uma figura de apego que esteja disponível e ofereça respostas, proporcionando um sentimento de segurança na relação (Bowlby, 1989). Com o passar do tempo, a representação de vinculação será estendida para outras relações além do sistema familiar.

O tempo pode ser compreendido como um organizador emocional e social, abrangendo, na dinâmica do desenvolvimento humano, a existência de grandes acontecimentos históricos pertinentes, o momento evolutivo de cada pessoa em desenvolvimento e as características da constância e mudança no decorrer do ciclo vital (Alves, 2002). A obesidade não é recente na história da humanidade, no entanto, sua prevalência na população do século XXI chegou a índices alarmantes. Historicamente, a pessoa magra era vista como doente, fraca ou associada aos ritos de penitência religiosa e o mais robusto como saudável, bem cuidado e bem sucedido. A comida abundante transformou-se em um sinal de poder, pois mesas fartas e variadas ganharam novos significados para além da questão alimentar, passando a constituir uma forma de inclusão na sociedade. Atualmente, a obesidade está relacionada às principais doenças crônicas e aos aspectos de preconceito, estigmatização, preguiça, falta de vontade e outras dificuldades de responsabilidade unicamente do indivíduo obeso.

A urbanização e a industrialização resultaram em hábitos alimentares com grande teor calórico por pessoas que hoje são menos ativas fisicamente. A aprendizagem desses hábitos pelas crianças está diretamente relacionada com os hábitos das famílias. A mãe de Paulo, D. Lúcia, relatou que, desde o período gestacional, ingeria grandes quantidades de carboidratos e doces, chegando a desenvolver diabetes gestacional. Além disso, no período da amamentação, não fez qualquer mudança em seus costumes alimentares. Tanto Pedro como Laura demonstraram preferências alimentares bem restritas, priorizando a ingestão de carboidratos e frituras, resistindo experimentar novos alimentos. No entanto, observou-se que essas preferências estavam integradas à cultura alimentar da própria família, ou seja, não se restringiam apenas às crianças. Valle e Euclides (2007) destacam a possibilidade de que experiências intrauterinas de alimentação das mães, no período da amamentação, possam contribuir para as preferências de sabores das crianças. Além disso, Wilhelm, Lima e Schirmer (2007) assinalam que a família constitui a principal instituição mediadora da criança nos primeiros anos de vida, sendo considerada um importante agente para a prevenção ou manutenção da condição de obesidade, desempenhando, assim, importante papel na educação alimentar dos filhos.

O hábito de assistir à televisão ou jogar *vídeo game*, inclusive nos momentos das refeições, foi outro aspecto observado nos relatos dos participantes. Na atualidade, atividades que demandavam um significativo gasto de energia foram substituídas por entretenimentos com pouco gasto calórico. A televisão representa uma das principais formas de passatempo humano de todas as faixas etárias, inclusive de crianças. Nesse sentido, longos períodos em frente à TV ou jogando *vídeo game* podem conduzir ao sedentarismo, comportamento que contribui para a obesidade. E, como Borges et al. (2007) salientaram, o hábito da ingestão de alimentos em frente à TV está presente em alta frequência na população, porém em um número ligeiramente superior nos obesos.

As histórias das relações familiares dos participantes são permeadas por dificuldades relacionais e segredos. Observa-se nos relatos das mães que essas dificuldades se estendem para os modos de vinculação e educação das crianças. D. Lourdes, ao relatar uma infância repleta de carência afetiva e nutricional, reproduz um outro extremo, através da obesidade, propiciando uma infância de excessos para o filho. Excessos na alimentação, na proteção, na realização dos desejos da criança. A obesidade na história de Paulo evidencia uma desordem na dinâmica relacional da família, que gira em torno da alimentação. Constatou-se que o pai não adota uma postura educativa na vida do filho e apresenta-se impossibilitado de romper o emaranhamento existente entre a criança e a mãe, uma vez que reforça negativamente os comportamentos de autocuidado de Paulo, com seus comportamentos de negação dos próprios problemas de saúde. A figura paterna fragilizada e sem autoridade ocupa o lugar de fracassado na relação familiar. Nesta história, nota-se a carência de limites propiciadores de frustrações que protegem e preparam as crianças para o mundo.

D. Lúcia exteriorizou um sentimento de pessoa desligada do sistema familiar, ficando nítida sua vivência de ruptura em relação à sua família de origem, comprometendo, de certa maneira, sua referência de vínculo com as filhas. Além disso, traz consigo os sintomas de um segredo que carregava há exatamente 11 anos, fundidos em sua história e na origem de Laura. Ao relatar o caso extraconjugal que culminou com a gravidez de Laura, e na impossibilidade de revelar para a família esse segredo, mantém o sintoma de distanciamento da criança. Certamente, a incapacidade de olhar para a filha de maneira afetiva está relacionada ao conteúdo do segredo que revela a consequência da ação ocorrida no passado e que permanece viva no presente. O segredo mantido pela genitora pode estar engendrando os sintomas de encoprese e o comer excessivo pela criança, além da falta de confiabilidade no relacionamento.

Imber-Black (1994) ressalta que os segredos são fenômenos sistêmicos ligados aos relacionamentos, capazes de medir a intimidade e o distanciamento interpessoal. Quando se torna negado e reprimido, transforma-se em segredo até para a própria pessoa. É o caso de D. Lúcia, que prefere não falar e nem pensar a respeito da origem de Laura. No entanto, os membros do sistema familiar que são mantidos fora do segredo podem tornar-se ansiosos por experimentar a tensão interpessoal que envolve o conteúdo (Imber-Black, 1994). Nesta história, a presença da obesidade na vida de Laura pode revelar a incapacidade da família confrontar sua história e solucionar os problemas.

As perdas de pessoas significativas na vida de Laura, em especial o pai, acarretaram um luto devido à saudade e ao distanciamento da principal figura de apego e cuidado na sua vida. Esse pesar pode estar sendo compensado pela alimentação em excesso, como uma forma de substituição da figura cuidadora. Bowlby (2001) enfatizou que as crianças pequenas se afligem com as perdas e separações e o pesar delas é, frequentemente, mais demorado do que por vezes se supõe.

A transgeracionalidade foi um indicador que apareceu na fala dos participantes, no sentido de justificar a obesidade, como um fenômeno recorrente em outras gerações. Na perspectiva sistêmica, o fenômeno transgeracional trata de valores e crenças que são compartilhados com as gerações posteriores das famílias, apoiando-se em mitos familiares que configuram as histórias dos grupos (Marques, 2000). Nas falas dos participantes, a identificação com o “ser gordo” apresentou-se alicerçada no sentimento de pertencimento às famílias, tornando-se verdadeiras lealdades familiares. No entanto, Penso (2003) alerta para a necessidade de flexibilidade dessas lealdades, ao longo do desenvolvimento, em virtude de poderem gerar riscos de aprisionamento nas crianças, devido às tentativas de fixação numa identidade pretensamente estável, produzindo processos mórbidos e geradores de adoecimento.

Considerações finais

O caráter qualitativo deste estudo, alicerçado na perspectiva Sistêmica e na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, viabilizou a análise das características das crianças e de suas histórias familiares na gênese e manutenção da obesidade. Acredita-se que esse olhar permitiu compreender que a criança representa uma parte de um todo complexo, não se construindo como elemento isolado da família e da cultura na qual está inserida.

A formação dos hábitos alimentares na infância sofre influência de fatores fisiológicos e ambientais. Entre os fatores ambientais que mais interfere na formação dos hábitos alimentares das crianças, destaca-se o papel dos pais, dos avós e da cultura. Tanto os exemplos dados pelos pais, quanto as atitudes relacionadas à alimentação são importantes na formação dos hábitos alimentares dos filhos. A influência da televisão na rotina das crianças também pode reforçar a preferência por alimentos não nutritivos. Além disso, as atividades sedentárias como *vídeo game* e computador são elementos que contribuem para o aumento de peso.

Os resultados demonstraram que a obesidade na infância pode ocasionar efeitos sobre a saúde física e a psicológica das crianças. Paulo e Laura já apresentam problemas de hipertensão e diabetes tipo 2, doenças crônicas que são predominantes em adultos. Como também dificuldades direcionadas ao corpo, gerando situações conflituosas desde os apelidos até a exclusão em brincadeiras. As características pessoais que predominaram nas falas das crianças foram: silêncio, quietude, raiva contida, irritação e ansiedade, que também foram citadas nas falas das mães.

No caso de Laura, as perdas instalaram uma condição de imersão na saudade das figuras de apego com quem a criança mantinha proximidade e confiança. Por sua vez, a manutenção do segredo da origem da referida criança, pela mãe, dos demais familiares e da própria criança, apareceu como um sintoma que isola os membros do sistema familiar ao prejudicar os recursos necessários ao desenvolvimento como a confiança interpessoal, a comunicação e o afeto. A transgeracionalidade surgiu facilitando o processo identificatório do “ser gordo” nas duas famílias. Nesse sentido, a obesidade torna-se uma saída para as dificuldades dessas crianças e famílias.

Considerando que a concepção de infância, neste século, está integrada a uma noção de desenvolvimento biopsicossocial, o Desenho da Figura Humana corroborou com a

compreensão de que a obesidade não se reduz apenas às complicações físicas, mas também articula-se aos problemas emocionais relacionados ao comprometimento da imagem corporal, introspecção, retraimento, dificuldade de relacionamento e confiança nos contatos sociais.

No que se refere à dinâmica familiar, as famílias não conseguiram realizar mudanças significativas em suas histórias e funcionamento, principalmente porque essas famílias já foram estudadas anteriormente (Moraes, 2010). No entanto, é importante salientar como ponto positivo o fato de que ambas as crianças continuavam em tratamento e estavam em acompanhamento psicológico, salientando-se que D. Lúcia, mãe de Laura, também tinha iniciado o seu acompanhamento psicológico.

Referências

- Alves, P. (2002). *Infância, tempo e atividades cotidianas de crianças em situação de rua: contribuições da teoria dos sistemas ecológicos*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS.
- Borges, C. R., Kohler, M. L. K., Leite, M. L., Silva, A. B. F., Camargo, A. T., & Kanunfre, C. C. (2007). A influência da televisão na prevalência da obesidade infantil em Ponta Grossa, Paraná. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(3), 305-311.
- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego* (S. M. Barros, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1988).
- Bowlby, J. (2001). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3a ed.). (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1982).
- Brasil (1996). Ministério da Saúde: *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Resolução nº 196. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. In R. Vasta (Org.). *Six theories of child development* (pp. 187-249). London: Jessica Kingsley.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos* (A. C. Barreto, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), pp.568-586.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon., & M. R. Lerner (Orgs.). *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development* (pp. 993-1028). New York: John Wiley.
- Castilho, S. M. (2001). *A imagem corporal*. São Paulo: ESETec Editores Associados.
- Carvalho, A. M. P., Cataneo, C., Galindo, E. M. C., & Malfará, C. T. (2005). Autoconceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia*, 15(30), pp.131-139.
- Dechen, S., Cano, M. A. T., & Ribeiro, R. P. P. (2000). A obesidade na adolescência e seus reflexos na auto-imagem corporal. [Resumo]. In Universidade de São Paulo (Org.). *CD-Rom 8º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP*, Ribeirão Preto: SP.
- Dessen, M. A., & Guedea, M. T. D. (2005). A ciência do desenvolvimento humano: ajustando o foco de análise. *Paidéia*, 15(30), pp. 11-20.

- Diniz, E., & Koller, S. H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. *Educar*, (36), pp. 65-76.
- Dix, T. (1992). Parenting on behalf of the child: empathic goals in the regulation of responsive parenting. In Sigel, I. E., McGillicuddy-Delisi, A. V., & Goodnow, J. J. (Eds.). *Parental belief systems: the psychological consequences for children* (pp. 319-146). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Feldmann, L. R. A., Mattos, A. P., Halpern, R., Rech, R., Bonne, C. C., & Araújo, M. B. (2009). Implicações psicossociais da obesidade infantil em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade serrana do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 3(14), pp. 225-233.
- Imber-Black, E. (1994). Os segredos na família e na terapia familiar. In Imber-Black, E. (Org.). (D. Batista, Trad.). *Segredos na família e na terapia familiar: uma visão geral*. (pp. 15-39). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lerner, R. M., & Korn, S. J. (1972). The development of body-build stereotypes in males. *Child Development*, 43(3), 908-920.
- Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., Liberatore, R. D. R. Jr., & Domingos, N. A. M. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10(1), pp. 35-39.
- Machover, K. (1949). *Proyección de la personalidad n el dibujo de la figura humana* (J. M. Gutiérrez, Trad.). Cuba: J. M. Cultural.
- Marques, W. E. U. (2000). *Infâncias (pre)ocupadas: trabalho infantil, família e identidade*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade Federal de Brasília. Brasília/DF.
- Martins, D. F., Nunes, M. F. O., & Noronha, A. P. P. (2008). Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicologia Teoria e Prática*, 10(2), pp. 94-105.
- Minayo, M. C. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (8a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S., Deslandes, F. S., & Gomes, R. (2008). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (27a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Moraes, 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/PE.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013). *About obesity*. Recuperado em 22 de fevereiro, 2014, de <http://www.who.int/en/>
- Papalia, D. E., & Olds, S. E. (2000). *Desenvolvimento Humano* (7a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Penso, M. A. (2003). *Dinâmicas familiares e construções identitárias de adolescentes envolvidos em atos infracionais e com drogas*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade Federal de Brasília. Brasília/DF.
- Simões, D., & Meneses, R. F. (2007). Auto-conceito em crianças com e sem obesidade. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20(2), pp. 246-251.
- Turato, E. G. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. (3a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Valle, J. M. N., & Euclides, M. P. (2007). A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. *Revista APS*, 10(1), pp. 56-65.
- Wilhelm, F. A., Lima, J. H. C. A., & Schirmer, K. F. (2007). Obesidade infantil e a família: educadores emocionais e nutricionais dos filhos. *Psicologia Argumento*, 25(49), pp.143-154.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2a ed.). (D. Grassi, Trad.). Porto Alegre: Bookman. (Obra original publicada em 1984).

Conclusão da Tese

O objetivo principal desta tese foi analisar a relação entre os sistemas familiar e social e os atributos pessoais de crianças obesas, no desenvolvimento da obesidade infantil, à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Para o alcance deste objetivo foram elaborados três artigos considerados complementares em si.

O primeiro, a partir de uma revisão narrativa da literatura, descreveu a ecologia das famílias com crianças obesas, a partir da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, de Urie Bronfenbrenner. Os resultados demonstraram que a referida teoria, como fundamentação para o estudo da obesidade infantil, possibilita que os processos implicados na obesidade sejam considerados em sua natureza sistêmica e inter-relacional podendo ser utilizada nos espaços de prevenção e tratamento da doença. Neste estudo, o ambiente familiar das crianças obesas caracterizou-se tanto pelo emaranhamento quanto pela rigidez nas relações familiares, refletindo na comunicação entre seus membros e comprometendo a autonomia da criança. A transgeracionalidade e o comportamento alimentar surgiram como indicadores da reedição da obesidade nas famílias.

O segundo, consistiu-se no relato de uma pesquisa empírica, na qual identificou a influência dos contextos ecológicos de crianças obesas que podem contribuir para seu estado de obesidade. No *microsistema* familiar dos participantes foram identificadas vivências sofridas pelas famílias como: gravidez indesejada, separações, mortes, relacionamento extraconjugal, bem como, modos de relacionamento marcados pela negligência, superproteção ao filho único, interferência dos avós na educação das crianças, ambivalência de sentimentos entre os irmãos e os processos e estados de rejeição, discriminação, estigmatização afetando as amizades.

O *mesossistema* representado pela relação existente entre os microsistemas família e escola evidenciou que algumas instituições escolares frequentadas pelos participantes não possuem profissionais capacitados para lidar com as demandas que o fenômeno da obesidade suscita em um contexto de interação e socialização entre as crianças. Já o *mesossistema* constituído pela relação da família com o tratamento da obesidade, na instituição de saúde, demonstrou que o estado de obesidade exige da criança e de seus familiares uma formação de compromisso com os profissionais através das consultas regulares, orientações acerca das modificações dos hábitos alimentares, prevenção, perda e manutenção do peso corporal.

Acontece que nem sempre a família e a criança estão preparadas para lidar com as demandas que o tratamento requer, o que dificulta a obtenção dos resultados esperados.

Dentre os pontos citados, a modificação dos hábitos alimentares se apresentou como um obstáculo para as famílias e as crianças. Acredita-se que essa dificuldade deva-se ao fato de os hábitos alimentares de uma população não se apresentarem como próprios de uma determinada faixa etária, mas como característica de uma cultura/ambiente que emoldura a vida social dos indivíduos, sejam eles crianças, adolescentes, jovens, adultos ou idosos, e dessa maneira, toda mudança gera estranhamento e desconforto.

A prevenção à obesidade constitui um caminho importante e, considerando a realidade estudada, acredita-se que deve ser iniciada desde o período neonatal com informações às gestantes e aos familiares sobre a importância da amamentação, funcionamento e hábitos alimentares da família, no intuito de minimizar os riscos com a instalação da doença e as consequências a ela associadas. No entanto, quando a obesidade encontra-se instalada, o problema pode ser compartilhado entre a família e as instituições de saúde, buscando realizar ações em conjunto que envolvam desde os microssistemas (escola, comunidade, organizações sociais de uma forma geral), até o macrosistema (políticas públicas).

O *exossistema* dos participantes indicou que as atividades laborais da família diminuem o tempo de convivência com as crianças, favorecendo uma exposição maior à televisão, refeições solitárias e fora do lar, impedindo o estabelecimento de conversas e interações familiares fundamentais ao desenvolvimento da criança, além de possibilitar aquisição de hábitos alimentares indesejáveis à saúde.

Quanto ao *macrosistema*, as políticas públicas brasileiras de intervenção à obesidade infantil focam suas ações na prevenção da doença, buscando proporcionar uma vida futura mais saudável, respaldando-se em ações de educação, orientação e estímulo à atividade. No entanto, os resultados encontrados neste estudo, apontaram que em algumas escolas os participantes não dispunham do professor de Educação Física, sendo a disciplina ministrada de forma teórica, o que impossibilita sua prática como prevenção à doença.

O terceiro, a partir do estudo de casos múltiplos, analisou através dos núcleos Pessoa e Tempo do Modelo Bioecológico, as características pessoais e a história de vida de duas crianças obesase de suas famílias que se inter-relacionam na gênese e manutenção da doença. Os resultados evidenciaram dificuldades relacionais e segredos familiares, refletindo no

estabelecimento da confiança, comunicação e afeto das crianças e familiares; postura permissiva por parte da figura paterna ocupando o lugar de fracassado na relação familiar e impossibilitando rompimento do emaranhamento formado entre mãe e filho, caso de Paulo e Dona Lourdes; saúde das crianças comprometidas com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes tipo 2; dificuldades relacionadas à aparência gerando conflitos e exclusão em determinadas brincadeiras entre os amigos. Predominaram como características pessoais das crianças o silêncio, quietude, raiva contida, irritação e ansiedade. Os achados deste estudo corroboraram com os dados obtidos na revisão narrativa do artigo um.

Esta tese foi alicerçada na epistemologia sistêmica, considerada o novo paradigma da ciência contemporânea formada pelo conjunto de três pressupostos: complexidade, instabilidade e a intersubjetividade. Segundo Vasconcellos (2002), a dialógica é característica fundamental do pensamento complexo por permitir unir conceitos que tradicionalmente se opõem, considerados racionalmente antagônicos, e que até então se encontravam compartimentalizados. Uma das consequências desse pensamento é que, em vez de pensar a compartimentação estrita do saber, passa-se a focalizar as possíveis e necessárias relações entre as disciplinas e a efetivação de contribuições entre elas, caracterizando-se uma interdisciplinaridade. Neste sentido, a utilização da Teoria Biecológica e os desenhos da Família e da Figura Humana foram fundamentais para ampliar o foco de contextualização e articulação do fenômeno da obesidade infantil, neste estudo.

Sendo a obesidade uma doença multifatorial e, portanto, de difícil tratamento, durante o desenvolvimento desta pesquisa, acompanhando as crianças, famílias e equipe profissional na vivência deste problema, tudo isso suscitou na pesquisadora a necessidade de contribuir, a partir dos resultados da pesquisa, com a elaboração de ideias para uma intervenção psicoeducativa na obesidade infantil. Desta maneira, a seguir, apresento uma perspectiva de conexão entre o trabalho de pesquisa e uma sugestão de intervenção para o microssistema hospitalar, com base na população estudada.

A instituição hospitalar na qual foi realizada a pesquisa é voltada para o atendimento à população carente do estado, prestando assistência integral à saúde da criança através do Sistema Único de Saúde (SUS). O tratamento realizado no ambulatório inclui alterações em relação aos hábitos alimentares e ao estilo de vida, através de uma abordagem multidisciplinar composta pelos profissionais da endocrinologia, pediatria, cardiologia, nutrição e psicologia.

O tratamento da obesidade, de maneira geral, possui como característica a dificuldade, pois se trata de um processo lento com possibilidades iminentes do não sucesso e reincidências.

As intervenções realizadas no contexto multiprofissional junto às crianças e familiares emergem como positivas pela equipe, no entanto, na realização deste estudo foram observadas dificuldades que não asseguram o êxito do tratamento: 1) diz respeito ao fato de as intervenções na instituição ocorrerem de maneira individual, ou seja, não há um trabalho em grupo com as famílias e crianças que possa facilitar estratégias motivacionais e de apoio social; 2) relaciona-se ao fato dos profissionais não conhecerem o comportamento da criança em mais de um ambiente ou à maneira pela qual as relações interambientais podem afetar o que acontece em outros espaços, não reconhecendo que os eventos fora do ambiente imediato influenciam o comportamento e o desenvolvimento da pessoa dentro do ambiente hospitalar; 3) refere-se à mudança comportamental da criança e dos familiares e à aquisição de maior conscientização sobre o tipo de alimentação a ser ingerida; 4) aponta sobre a importância do aumento da atividade motora, seja através de uma atividade física programada ou de lazer com os familiares.

As bases ecológicas na intervenção de famílias com crianças obesas ressalta a importância de: 1) consolidar a intervenção através do estabelecimento de processos proximais pelo meio da interação dos profissionais de saúde, pacientes, objetos e símbolos presentes no ambiente do hospital. Além do intercâmbio dos profissionais com as famílias e a comunidade; 2) triangular as informações, percepções e sentimentos surgidos dentro da equipe, através das experiências individuais e dos aspectos observados no ambiente. O processo proximal inicia-se através de procedimentos como observação naturalística, história clínica e conversas informais com as famílias e a criança.

A intervenção em grupo pode alcançar melhores resultados por promover, através das bases ecológicas, uma interação entre os participantes, apoio social, fortalecimento das motivações internas para a mudança, além de ser caracterizado por menores custos financeiros e de tempo. Para inserção no grupo é importante observar, além dos resultados das avaliações, a disponibilidade para realizar mudanças tanto por parte da criança, quanto da família. Neste momento, é interessante que a criança decida sobre a sua participação sendo informada sobre os aspectos da intervenção. O desenvolvimento do programa terapêutico deve envolver reuniões semanais em grupo para crianças e seu acompanhante responsável, com duração de aproximadamente duas horas, conduzido por psicólogos e outros profissionais da equipe, de acordo com os aspectos específicos a serem trabalhados em cada sessão. De acordo com o

desenvolvimento e necessidade do trabalho poderiam ser realizadas sessões em grupos formados apenas pelas crianças e outro pelos pais.

Os objetivos da intervenção devem ser: a progressiva adoção de comportamentos que contribuam para alcançar um estilo de vida saudável; favorecer aquisição de habilidades cognitivas para enfrentar circunstâncias conflituosas; redução de sofrimento relacionado ao excesso de peso. É importante notar que na infância o predomínio da motivação é externa e a internalização de novos comportamentos deve ser estimulada e apoiada pelos pais. Neste processo, é necessário compreender os aspectos emocionais e de relacionamentos da criança e da família.

Um aspecto relevante da intervenção diz respeito ao desenvolvimento da autoestima da criança. Durante a idade escolar, as crianças tendem a ter alguma semelhança entre si e o corpo acaba sendo fonte ou não de contato interpessoal. Crianças obesas relatam serem alvos de chacotas e piadas por causa da sua aparência física, dificultando sua socialização. Portanto, trabalhar a autopercepção da criança através do reconhecimento corporal e das suas emoções pode promover atitudes de enfrentamento evitando o isolamento nestas circunstâncias.

A intervenção em grupo com o acompanhante responsável deve propiciar uma oportunidade de conversação para os membros da família, numa relação em que o profissional facilite o acolhimento e a confiança para que os participantes tentem se ver e rever em relação às suas vivências de sofrimentos, conflitos e segredos. Eles precisam ser orientados a recolocar o cuidado na relação com eles mesmos, filhos(as) ou netos(as).

Um desafio à equipe que participa da intervenção é motivar as crianças e seus familiares a participarem de alguma atividade motora fora do microsistema hospitalar. É sabido que crianças obesas podem apresentar dificuldades nas habilidades motoras devido aos seus movimentos serem menos ergonômicos. Esse fato pode predispor uma baixa autoestima contribuindo para o isolamento social e intensificando a dificuldade de socialização com os pares, relatada anteriormente. Na equipe do hospital em que foi realizada a pesquisa não há educadores físicos, portanto, torna-se fundamental o envolvimento da família em atividades de lazer que dispendam algum esforço físico.

Para estimular o envolvimento familiar e da criança em atividades de lazer, a equipe de intervenção deve realizar abordagens com jogos no próprio ambiente hospitalar, visando reduzir comportamentos sedentários dos participantes. Dessa maneira, acredita-se que a criança e o cuidador brincando com seu corpo aprendem a reconhecer as sensações agradáveis

deste em movimento e podem compreender as vantagens que a atividade física oferece, de maneira prazerosa e gradual. Não deve haver proibições ou repreensões, pois a motivação para a mudança vem através do tempo e é fundamental respeitar o tempo da criança e da família.

É importante trabalhar com a família e a criança as expectativas acerca dos resultados da intervenção, para que o insucesso não gere abandono ou desistência do tratamento. A finalidade não é a exclusiva perda de peso no modelo dietético tradicional e sim a adoção de hábitos alimentares saudáveis que proporcione mudanças no comportamento dos participantes. Deve-se lembrar que proibir alimentos influencia negativamente a capacidade da criança em controlar a ingestão de maneira independente, além de tornar esses alimentos atraentes, aumentando a vontade de consumi-los.

Nessa perspectiva, o trabalho da equipe não se reduz a cuidar apenas da mudança de hábitos alimentares, já que inclui a compreensão e o diálogo em torno da vida dos participantes, dos seus vínculos familiares e sociais, dos seus valores e das suas dores. Redimensionar o fenômeno da obesidade implica considerar que a responsabilidade do tratamento não pode ser atribuída exclusivamente ao endocrinologista, ou ao nutricionista, ou ao psicólogo. É preciso criar possibilidades de diálogos entre os profissionais, com o intuito de gerar complementaridade entre os saberes.

A obesidade, sem dúvida, desafia profissionais a tentar dialogar e articular suas atuações, para que a efetivação do processo de mudança seja "co-construída" entre os profissionais e as famílias. Tratar crianças obesas implica um olhar que enxergue além da sua gordura e peso. Portanto, é necessário adotar trabalhos construídos em redes cooperativas com vistas ao fortalecimento dos vínculos familiares, sociais, profissionais e institucionais e de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, no intuito de ampliar a compreensão do problema e possibilitar intervenções mais efetivas diante da complexidade deste fenômeno.

Espera-se que este estudo possa suscitar novas discussões e pesquisas em relação ao tema, no âmbito da saúde e da educação, possibilitando intervenções além do microssistema hospitalar.

Referências gerais

- Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Alves, P. (2002). *Infância, tempo e atividades cotidianas de crianças em situação de rua: contribuições da teoria dos sistemas ecológicos*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS.
- Alves J. G, Siqueira P. P., & Figueiroa, J. N. (2009). Overweight and physical inactivity in children living in favelas in the metropolitan region of Recife, Brazil. *Jornal de Pediatria*, 85(1), pp. 67-71.
- Amaral, D. H., & Dias, C. M. S. B. (2011). O subsistema fraterno na família recasada. *Aletheia*, 34, pp.123-137.
- 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.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) (2011). *Os Números da Obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009*. Recuperado em 22 de março, 2012 de http://www.abeso.org.br/pdf/Obesidade%20no%20Brasil%20VIGITEL%202009%20POF2008_09%20%20II.pdf
- Badalan, G., & Silva, G. A. P. (2001). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola de rede privada de Recife. *Jornal de Pediatria*, 77(2), pp. 96-100.
- Baptista, M. N., Cardoso, H. F., & Gomes, J. O. (2012). Intergeracionalidade familiar. In Baptista, M. N., & Teodoro, M. L. M. (Orgs.). *Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção* (pp. 16-26). Porto Alegre: Artmed.
- Belsky, J., & Stratton, P. (2002). An ecological analysis of the etiology of child maltreatment. In K. Browne., H. Hanks., P. Stratton., & C. Hamilton (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse: a handbook* (pp. 95-110). Chichester: Wiley.
- Bertalanfly, L. V. (2008). *Teoria Geral dos Sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Borges, C. R., Kohler, M. L. K., Leite, M. L., Silva, A. B. F., Camargo, A. T., & Kanunfre, C. C. (2007). A influência da televisão na prevalência da obesidade infantil em Ponta Grossa, Paraná. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(3), 305-311.
- Burd, M. (2004). Obesidade e família. In Filho, M. J., & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família* (pp.299-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego* (S. M. Barros, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1988).
- Bowlby, J. (2001). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3a ed.). (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1982).
- Brasil (1996). Ministério da Saúde: *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Resolução nº 196. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Brasil (2007). *Decreto Federal 6.286*. Dispõe sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) e dá outras providências. Brasília: DF, Recuperado em 12 de abril, 2012, de <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2007/Decreto/D6286.htm>
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* (3a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brazão, N., & Santos, O. (2010). Transgeracionalidade na obesidade infantil. *Revista de Endocrinologia, Diabetes e Obesidade*, 4(2), pp. 87-94.
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2002). *As necessidades essenciais das crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. In R. Vasta (Org.). *Six theories of child development* (pp. 187-249). London: Jessica Kingsley.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Development Psychology*, 22(6), pp. 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos* (A. C. Barreto, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), pp.568-586.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon., & M. R. Lerner (Orgs.). *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development* (pp. 993-1028). New York: John Wiley.
- Carvalho, A. M. P., Cataneo, C., Galindo, E. M. C., & Malfará, C. T. (2005). Autoconceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia*, 15(30), pp.131-139.
- Castilho, S. M. (2001). *A imagem corporal*. São Paulo: ESETec Editores Associados.
- Castiel, L. D., & Vasconcellos-Silva, P. R. (2006). *Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- 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), pp.1-12.
- Cerqueira-Silva, S., Dessen, M. A., & Costa Júnior, Á. L. (2011). As contribuições da ciência do desenvolvimento para a psicologia da saúde [Versão eletrônica]. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16, pp.1599-1609.
- Cognet, G. (2013). *Compreender e interpretar desenhos infantis* (S. Matousek, Trad.). Petrópolis: Vozes.
- Correia, A. P. B., & Bomfim, I. H. F. B. (2007). Obesidade na infância: uma aproximação da prática profissional do psicólogo [Versão eletrônica], *Revista Científica da Universidade de Franca*, 7(1/3), pp. 87-94.
- Coulthard, H., Blisset, J., & Harris, G. (2003). The relationship between parental eating problems and children's feeding behaviour: A selective review of the literature. *Eating Behaviors*, 129(32), pp. 89-103.
- Dechen, S., Cano, M. A. T., & Ribeiro, R. P. P. (2000). A obesidade na adolescência e seus reflexos na auto-imagem corporal. [Resumo]. In Universidade de São Paulo (Org.). *CD-Rom 8º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP*, Ribeirão Preto: SP.
- Delgado, P. (2009). O acolhimento familiar numa perspectiva ecológico-social [Versão eletrônica]. *Revista Lusófona de Educação*, 14, pp. 157-168.
- Dessen, M. A., & Guedea, M. T. D. (2005). A ciência do desenvolvimento humano: ajustando o foco de análise. *Paidéia*, 15(30), pp. 11-20.
- Dessen, M. A., & Polonia, A. C. (2007). A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano [Versão eletrônica]. *Paidéia*, 17(36), pp. 21-32.
- Dias, C. M. S. B. (2011). *Avaliação da personalidade infantil* (5a ed.). João Pessoa: Ideia.
- Dias, C. M. S. B., Aguiar, A. G. S., & Hora, F. F. A. (2009). Netos criados por avós: motivos e repercussões. In T. F. Carneiro (org.). *Casal e família: permanências e ruptura*. (pp. 41-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diniz, E., & Koller, S. H. (2010). O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico [Versão eletrônica]. *Educar*, (36), pp. 65-76.
- Dix, T. (1992). Parenting on behalf of the child: empathic goals in the regulation of responsive parenting. In Sigel, I. E., McGillicuddy-Delisi, A. V., & Goodnow, J. J. (Eds.). *Parental belief systems: the psychological consequences for children* (pp. 319-146). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Dominguez, T., Vitorino, A., & Morgado, S. (2011). Relações intergeracionais: a visão dos avós [Versão eletrônica]. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (4), pp. 237- 248.
- Enes, C. C., & Slater, B. (2010). Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(1), pp. 163-171.

- Feldmann, L. R. A., Mattos, A. P., Halpern, R., Rech, R., Bonne, C. C., & Araújo, M. B. (2009). Implicações psicossociais da obesidade infantil em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade serrana do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 3(14), pp. 225-233.
- Felippe, F., & Santos, A. M. (2004). Novas demandas profissionais: obesidade em foco. *Revista ADPPUCRS*, (5), pp. 63-70.
- Fisberg, M. (2004). Primeiras palavras: uma introdução ao problema de peso excessivo. In M. Fisberg (Org.). *Atualização em obesidade na infância e adolescência* (pp. 01-09). São Paulo: Editora Atheneu.
- Freire, V. R. B. P., Silva, S. S. C., & Pontes, F. A. R. (2011). Reflexões acerca do programa Bolsa Família e o desenvolvimento de famílias no Brasil. In F. A. R. Pontes., S. S. C. Silva., C. M. C. Magalhães., L. I. C. Cavalcante., & L. S. Corrêa (Orgs.). *Contextos ecológicos do desenvolvimento humano* (pp. 119-140). Belém: Paka-Tatu.
- Garcia, A. (2005). Psicologia da amizade na infância: uma revisão crítica da literatura recente [Versão eletrônica]. *Interação em Psicologia*, 9(2), pp. 285-294.
- Goldsmid, R., & Fêres-Carneiro, T. (2007). A função fraterna e as vicissitudes de ser e ter um irmão [Versão eletrônica]. *Psicologia em Revista*, 13(2), pp. 293-308.
- Gonçalves, F. D., Catrib, A. M. F., Vieira Cunha, N. F., & Vieira Souza, L. J. E. (2008). A promoção da saúde na educação infantil [Versão eletrônica]. *Comunicação, Saúde, Educação*, 12(24), pp. 181-92.
- Gouveia, I. M. J. (2011). *Aceitação de alimentos por pré-escolares e atitudes e práticas de alimentação exercidas pelos pais*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Imber-Black, E. (1994). Os segredos na família e na terapia familiar. In Imber-Black, E. (Org.). (D. Batista, Trad.). *Segredos na família e na terapia familiar: uma visão geral*. (pp. 15-39). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010). *POF 2008-2009- Desnutrição cai e peso de crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional*. Recuperado em 22 outubro de 2011, de http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=699&id_pagina=1
- Koller, S. H., & De Antoni, C. (2011). Violência intrafamiliar: uma visão ecológica. In S. H. Koller (Org.). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 297-314). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kreppner, K. (2000). The child and the family: Interdependence in developmental pathways [Versão eletrônica]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), pp. 11-22.

- Leão, L. S., Araújo, L. M., Moraes, L. T., & Assis, A. M. (2003). Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*, 47(2), pp. 151-157.
- Lerner, R. M., & Korn, S. J. (1972). The development of body-build stereotypes in males. *Child Development*, 43(3), 908-920.
- Lerner, R. M. (2011). Prefácio. In U. Bronfenbrenner. *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos* (A. Carvalho-Barreto, Trad.) (pp.19-36). Porto Alegre: Artmed.
- Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., Liberatore, R. D. R. Jr., & Domingos, N. A. M. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas [Versão eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, 10(1), pp. 35-39.
- Machover, K. (1949). *Proyección de la personalidad n el dibujo de la figura humana* (J. M. Gutiérrez, Trad.). Cuba: J. M. Cultural.
- Mainetti, A. C., & Wanderbroocke, A. C. N. S. (2013). Avós que assumem a criação dos netos [Versão eletrônica]. *Pensando Famílias*, 17(1), 87-98.
- Marques, W. E. U. (2000). *Infâncias (pre)ocupadas: trabalho infantil, família e identidade*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade Federal de Brasília. Brasília/DF.
- Martins, D. F., Nunes, M. F. O., & Noronha, A. P. P. (2008). Satisfação com a imagem corporal e autoconceito em adolescentes. *Psicologia Teoria e Prática*, 10(2), pp. 94-105.
- Melo, S. H., & Tapadinhas, A. R. (2012). Relationship Between the Parents and the Child's Eating Behaviour. *Psychology, Community & Health*, 1(3), pp. 273–284.
- Minayo, M. C. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (8a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S., Deslandes, F. S., & Gomes, R. (2008). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (27a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Ministério da Saúde (2012). *Mais de 5 milhões de estudantes receberão orientação contra obesidade*. Recuperado em 04 de Abril, 2014, de <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm>
- Ministério da Saúde (2013). Portaria nº 364, de 8 de março de 2013. Recuperado em 04 de Abril, 2014, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0364_08_03_2013.html
- Minuchin, S. (1982). *Famílias, funcionamento e tratamento* (2a ed.) (J. A. Cunha, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2011). O desafio de trabalhar com famílias de alto risco social (2a ed.) (S. M. Spada, Trad.). São Paulo: Roca.

- Molinari, J. S. O., Silva, M. F. M. C., & Crepaldi, M. A. (2005). A saúde e o desenvolvimento da criança: a família, os fatores de riscos e as ações na atenção básica. *Psicologia Argumento*, 23(43) pp. 17-26.
- Montenegro, R. A., & Okano, A. H. (2012). Atividade cerebral relacionada ao apetite e exercício físico: implicações para a ingestão alimentar e controle do peso corporal. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício*, 11(1), pp. 48-54.
- Moraes, 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/PE.
- Moraes, P. M., & Dias, M. C. S. B. (2012). Obesidade infantil a partir de um olhar histórico sobre alimentação. *Interação em Psicologia*, 16(2), 317-326.
- Moraes, P. M., & Dias, M. C. S. B. (2013). “Nem só de pão se vive”: a voz das mães na obesidade infantil [Versão eletrônica]. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), pp. 46-59.
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2011). O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In S. H. Koller (Org.). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 55-70). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Navas, A. P. (2010). *Correlação entre obesidade, aptidão cardiorrespiratória e fatores comportamentais em escolares da rede estadual do município de Franca-SP*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde, Universidade de Franca, SP.
- Nunes, M. C. A., & Moraes, N. A. (2012). As relações familiares de crianças obesas: uma análise dos discursos maternos. *Clínica & Cultura*, 1(1), 68-82.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2006). *Obesidade e sobrepeso*. Recuperado em 31 de Agosto, 2012, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013). *About obesity*. Recuperado em 22 de fevereiro, 2014, de <http://www.who.int/en/>
- Papalia, D. E., & Olds, S. E. (2000). *Desenvolvimento Humano* (7a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Penso, M. A. (2003). *Dinâmicas familiares e construções identitárias de adolescentes envolvidos em atos infracionais e com drogas*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade Federal de Brasília. Brasília/DF.
- Petroski, E. L., Silva, R. J., & Pelegriani, A. (2008). Crescimento físico e estado nutricional de crianças e adolescentes da região de Cotiguiaba, Sergipe. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(3), pp. 206-211.
- Pinheiro, A. R. O., Freitas, S. F. T., & Corso, A. C. T. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista Nutrição de Campinas*, 17(4), pp. 523-533.

- Polonia, A. C., Dessen, M. A., & Silva, N. L. P. (2005). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In M. A. Dessen., & A. L. Costa Júnior (Orgs.). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp.71-89). Porto Alegre: Artmed.
- Pope, C. & Mays, N. (2005). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. São Paulo: Artmed.
- Quaioti, T. C. B., & Almeida, S. S. (2006). Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*, 17(4), pp. 193-211.
- Reis, C. E. G., Vasconcelos, I. A. L., & Oliveira, O. M. V. (2011). Panorama do estado antropométrico dos escolares brasileiros. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(1), pp.108-116.
- Reis, C. E. G., Vasconcelos, I. A. L., & Barros, J. F. (2011). Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil [Versão eletrônica]. *Revista Paulista Pediatria*, 29(4), 625-633.
- Rigo, L. C., & Santolin, C. B. (2012). Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. *Movimento*, 18(2), pp. 279-296.
- Rivera, I. R., Silva, M. A. M., Almeida Silva, R. D. T., Oliveira, B. A. V., & Carvalho, A. C. C. (2010). Atividade Física, Horas de Assistência à TV e Composição Corporal em Crianças e Adolescentes [Versão eletrônica]. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 95(2), 159-165.
- Rocha, L. P., Almeida, M. C. V., Silva, M. R. S., & Cezar-Vaz, M. R. (2011). Influência recíproca entre atividade profissional e vida familiar: percepção de pais/mães [Versão eletrônica]. *Acta Paulista Enfermagem*, 24(3), 373-80.
- Roz, D. F. P. (2007). Família do obeso. In N. Setian (Coord.), *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento* (pp. 181-189). São Paulo: Rocca.
- Santana, J. P., & Koller, S. H. (2011). Introdução à abordagem ecológica do desenvolvimento humano nos estudos com crianças e adolescentes em situação de rua. In S. H. Koller (Org.). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp.113-123). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santos, A. M. (2003). O excesso de peso da família com obesidade infantil [Versão eletrônica]. *Textos & Contextos*, 2(2), 01-10.
- Santos, L. R. C., & Rabinovich, E. P. (2011). Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único [Versão eletrônica]. *Saúde Sociedade*, 20(2), 507-521.
- Santos, A. M., & Scherer, P. T. (2012). Política alimentar brasileira: fome e obesidade, uma história de carências [Versão eletrônica]. *Textos & Contextos*, 11(1), 92- 105.
- Sichieri, R., & Souza, R. A. (2008). Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes [Versão eletrônica]. *Caderno Saúde Pública*, 24(2), 209- 234.
- Silva, F. M. (2008). School Physical Education and Education for Health [Versão eletrônica]. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 12(1), 81-94.

- Silva, S. L. R. (2003). *Adaptação acadêmica, pessoal e social do jovem adulto ao ensino superior contributos do ambiente familiar e do autoconceito*. Dissertação de Mestrado, Pós-Graduação em Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Silva M. A., Rivera, I. R., Ferraz, M. R., Pinheiro, A. J., Alves, S. W., Moura, A. A., & Carvalho, A. C. C. (2005). Prevalência de fatores de risco cardiovascular em crianças e adolescentes escolares na cidade de Macéio . *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84(5), pp. 387-392.
- Silva, N. C. B., Nunes, C. C., Betti, M. C. M., & Rios, K. S. A (2008). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16(2), pp. 215-229.
- Silva, D. M. V. (2012). *Fatores individuais e familiares associados à obesidade pediátrica e ao sucesso de uma abordagem terapêutica*. Tese de Doutorado, Pós-Graduação em Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Portugal.
- Siqueira, A. C. (2006). *Instituições de abrigo, família e redes de apoio social e afetivo em transições ecológicas na adolescência*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS.
- Simões, D., & Meneses, R. F. (2007). Auto-conceito em crianças com e sem obesidade. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20(2), pp. 246-251.
- Shaffer, D. R. (2009). *Psicologia do desenvolvimento: infância e adolescência* (C. R. P. Cancissu, Trad.). São Paulo: Cengage Learning.
- Spada, P. V. (2009). *Obesidade e sofrimento psíquico: realidade, conscientização e prevenção*. São Paulo: Unifesp.
- Tassara, V., Norton, R. C., & Marques, W. E. U. (2010). Importância do contexto sócio familiar na abordagem de crianças obesas. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(3), pp. 309-314.
- Tassara, V. (2012). *Obesidade na infância e interações familiares: uma trama complexa*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Tegethof, M. I. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Tese de Doutorado, Pós-Graduação em Psicologia e Ciências de Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Turato, E. G. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. (3a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Valle, J. M. N., & Euclides, M. P. (2007). A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. *Revista APS*, 10(1), pp. 56-65.
- Vasconcellos, M. J. E. (2009). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência* (8a ed.). Campinas- São Paulo: Papirus.


- Vasques, F., Martins, F. C., & Azevedo, A. P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista Psiquiatria Clínica*, 31(4), pp. 195-198.
- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por telefone- VIGITEL (2011). *Brasil*. Recuperado em 31 de março de 2012 em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/10/vigitel_100412.pdf
- Wilhelm, F. A., Lima, J. H. C. A., & Schirmer, K. F. (2007). Obesidade infantil e a família: educadores emocionais e nutricionais dos filhos. *Psicologia Argumento*, 25(49), pp.143-154.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2a ed.). (D. Grassi, Trad.). Porto Alegre: Bookman. (Obra original publicada em 1984).
- Yunes, M. A. M., Miranda, A. T., & Cuello, S. E. S. (2011). Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. In S. H. Koller (Org.). *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 201-222). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yunes, M. A. M., & Juliano, M. C. (2010). A bioecologia do desenvolvimento humano e suas interfaces com educação ambiental. *Cadernos de Educação*, 37, pp. 347-379.

ANEXOS

DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3411- 13 intitulado “Funcionamento familiar e tratamento da obesidade infantil, na perspectiva da criança”. Apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Priscilla Machado Moraes** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 20 de fevereiro de 2013.

Recife, 21 de fevereiro de 2013



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

Anexo B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Obesidade infantil na perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano.

- 1- O Senhor/ Senhora _____ e a criança _____, sob sua responsabilidade estão sendo convidados(as) para participarem da pesquisa: Obesidade infantil na perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano.
- 2- Vocês foram selecionados através da indicação dos profissionais de saúde que fazem parte da equipe do IMIP (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira) do setor de Endocrinologia e sua participação não é obrigatória.
- 3- A qualquer momento o/a Senhor/Senhora e a criança podem desistir de participarem e retirar seu consentimento.
- 4- Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o IMIP.
- 5- Os objetivos deste estudo são: Analisar a relação entre os sistemas familiar e social e os atributos pessoais, no desenvolvimento da obesidade infantil, à luz da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. Além disso, pretende-se descrever um método de pesquisa científica e sistêmica que contemple os fatores familiares, individuais e sociais envolvidos na obesidade infantil; Identificar a influência dos diferentes níveis do contexto ecológico no desenvolvimento de crianças obesas; Identificar os atributos pessoais, as mudanças e continuidades da vida da criança que pode influenciar na obesidade infantil.
- 6- A participação da criança nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista com assuntos relacionados ao tema pesquisado e desenhar uma família e uma figura humana. Os responsáveis responderão uma entrevista com assuntos sobre o tema, ambos no espaço físico da própria instituição – IMIP.
- 7- A princípio esta 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 ao encargo da pesquisadora encaminhá-los a tratamento psicológico (na própria instituição – IMIP), caso seja necessário.
- 8- Os benefícios relacionados com a participação da criança e do seu responsável são: analisar a relação entre os sistemas familiar e social e os atributos pessoais, no desenvolvimento da obesidade infantil, bem como, fornecer informações para construção de estratégias de prevenção e tratamento para essa população.
- 9- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a participação.
- 10- Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação dos participantes, para tanto utilizaremos iniciais fictícias na identificação da entrevista. O material coletado ficará sob a responsabilidade da pesquisadora e após cinco anos do final da pesquisa, será incinerado.

11- A pesquisadora se responsabiliza em oferecer um retorno dos resultados da pesquisa aos participantes.

12- Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e participação, agora ou a qualquer momento.

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

Dados do Pesquisador Principal:

Priscilla Machado Moraes
CEP: 51130-000
Tel: 81- 8800-2151

Declaração de Participação

Declaro que entendo os objetivos, riscos e benefícios de participação da criança (menor) na pesquisa e concordo que ele(a) participe. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP localizado na Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, CEP: 50070-550. Recife- PE – Brasil, Tel: (81) 2122-4100/2122-4703. E-mail: imip@imip.org.br

Recife, _____ de _____ de 20 _____

Responsável pela Criança.

Anexo C

Termo de Assentimento Informado

Você está sendo convidado para participar de um estudo. Participar deste estudo é uma escolha sua, assim como do seu responsável legal, que nos autorizou a lhe fazer esse convite. Este documento fala sobre o estudo. Por favor, pergunte se tiver qualquer dúvida.

O que você quer saber?

O seu conhecimento acerca do seu estado de obesidade, do funcionamento da sua família e do tratamento clínico que está realizando.

O que vai acontecer comigo se eu participar?

Iremos lhe entrevistar para anotar a sua idade, sexo, local que reside, com quem mora, ocupação dos seus pais, número de consultas realizadas na instituição (IMIP), ano que está estudando. Depois você vai responder uma entrevista, desenhar uma família e uma figura humana.

Participar do estudo vai me deixar triste?

As perguntas da entrevista podem fazer você ficar triste. Então, nós garantiremos que se não quiser responder, mesmo tendo aceitado em participar, não tem nenhum problema. Assim como, iremos solicitar que uma psicóloga lhe atenda, caso você precise.

Participar do estudo irá me ajudar?

A análise das suas respostas e dos seus desenhos, assim como de outras crianças que aceitarem participar desse estudo, ajudará a planejarmos estratégias de intervenção mais eficientes para o tratamento da obesidade na população infantil. Neste sentido, esta pesquisa trará benefícios à criança, família, equipe de saúde, escolas e comunidade.

Eu preciso participar deste estudo e eu posso desistir se eu quiser?

Se você não quiser participar deste estudo, não tem problema. Ninguém poderá lhe forçar a participar. A equipe de saúde cuidará de você da mesma maneira e em nada mudará seu atendimento aqui no IMIP. Essa participação é uma decisão sua, e mesmo que aceite em participar, pode desistir a qualquer momento se você quiser. Qualquer que seja sua decisão, ninguém ficará bravo com você.

E se eu tiver perguntas?

Se você tiver dúvidas, aqui está o nome e o número de telefone dos responsáveis por esse estudo: (81) 8800-2151 (Priscilla Machado Moraes), (81) 3241-4254 (Cristina Maria de Souza Brito Dias) e/ou do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, fone: 21224756.

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Pesquisador

Data

Anexo D**Dados Biossociodemográficos dos Participantes****Crianças:**

Data da entrevista: ____/____/____

Sexo: () F () M

Data de nascimento: ____/____/____

Idade:

Telefone para contato:

Escolaridade:

Endereço:

Bairro:

Estado:

Peso atual:

Altura:

Com que reside:

Grau de instrução dos responsáveis:

Ocupação profissional dos pais:

Tempo de tratamento na instituição:

Responsáveis:

Data da entrevista: ____/____/____

Sexo: () F () M

Nome do responsável:

Idade:

Nome da criança:

Grau de parentesco:

Telefone para contato:

Escolaridade:

Endereço:

Bairro:

Estado:

Estado civil:

Ocupação profissional:

Anexo E

Dados Biossociodemográficos dos Responsáveis

| Nome | Parentesco | Idade | Estado Civil | Escolaridade | Profissão | Cidade |
|---------|------------------|-------|----------------|-------------------------|---|--------------------|
| Lourdes | Mãe de Paulo | 42a | Casada | Magistério | Professora | Gameleira-PE |
| Eva | Avó de Laís | 60a | Casada | Ensino Médio | Comerciante | Arruda-PE |
| Mara | Mãe de Karla | 39a | Casada | Ensino Médio Incompleto | Balconista | Três carneiros- PE |
| Letícia | Mãe de Júlia | 45a | Casada | Fundamental Incompleto | Dona de casa | Prazeres-PE |
| Sandra | Mãe de Valentina | 34a | Casada | Ensino Médio Completo | Atendente em laboratório para exames clínicos | Jardim Jordão- PE |
| Marta | Mãe de João | 52a | Solteira | Fundamental Incompleto | Dona de casa | Vila rica- PE |
| Mônica | Avó de Clara | 64a | Casada | Ensino Médio Completo | Funcionária Pública | Limoeiro-PE |
| Lúcia | Mãe de Laura | 36a | Viúva/Recasada | Fundamental Incompleto | Dona de casa | Bezerros-PE |

Anexo F

Dados Biossociodemográficos das Crianças

| Nome | Idade | Sexo | Peso | Altura | IMC/ Percentil | Irmãos | Início do Trata- mento | Escolaridade | Reside | Cidade | Medicações | Comorbidades |
|-----------|-------|------|------|--------|-------------------|--------|---------------------------------|--------------|--------|-----------------------|---|---|
| Paulo | 12a | M. | 95,2 | 1,56 | 39,04 > 95% | - | 2010 | 8ª ano | Pais | Gameleira-PE | Sibutramina; Hidroclorotiazida; Metilformina; Enalapril. | Hiperinsulinismo; Foliculite; Hipertensão arterial. |
| Laís | 9a | F. | 45,3 | 1,40 | 22,96 > 95% | 03 | 2012 | 5º ano | Avós | Arruda-PE | - | - |
| Karla | 10a | | 53,1 | 1,41 | 26,66 > 95% | - | 2011 | 5º ano | Pais | Três Carneiros- PE | - | Puberdade Precoce (início de mamas e odor axilar, pêlos pubianos); Dermatite pruriginosa |
| Júlia | 12a | F. | 77,0 | 1,50 | 34,22 > 95% | 03 | 2009 | 7º ano | Pais | Prazeres-PE | - | - |
| Valentina | 8a | | 49,0 | 1,46 | 22,99 > 95% | - | 01/ 2013 | 2º ano | Pais | Jardim Jordão- PE | - | Puberdade Precoce (início de mamas, odor axilar e pêlos |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----|----|------|------|----------------|----|-------------|--------|--------------------------------|---------------|---|---|
| | | | | | | | | | | | | pubianos aos 6 anos); Ovários policísticos- em 2012 sofreu uma torção de ovário sendo necessário retirar o ovário direito e a tuba extensiva. |
| João | 12a | M. | 80,8 | 1,52 | 34,63 > 95% | - | 01/ 2013 | 8º ano | Mãe | Vila Rica- PE | - | Acantose; Estrias |
| Clara | 9a | F. | 41,0 | 1,30 | 24,26 > 95% | 01 | 2012 | 5º ano | Avós, mãe, irmão, tio | Limoeiro-PE | - | - |
| Laura | 11a | F. | 92,3 | 1,60 | 35,94 > 95% | 01 | 2009 | 6º ano | Mãe e padrasto | Bezerros- PE | Sibutramina; Metilformina; Furozemida; Enalapril | Diabetes; Hipertensão; Encoprese |

Anexo G

Entrevista com o Responsável

Família

- 1- O nascimento da criança foi planejado/desejado?
- 2- Com quem a criança mora?
- 3- Houve algum acontecimento que possa ter afetado o desenvolvimento da criança?
- 4- Como é a relação da criança com os pais, padrasto/madrasta, irmãos e avós?
- 5- Como é a relação entre os pais? E entre os pais e os avós da criança?
- 6- Como é a relação da criança com os amigos?

Contexto social e escola

- 1- A criança tem amigos na comunidade e na escola?
- 2- Ela faz amizades com facilidade?
- 3- A criança já demonstrou algum desentendimento na escola por conta da obesidade?
- 4- A família se comunica bem com a escola (professores, diretores, outras crianças)?

Obesidade

- 1- Existem outras pessoas na família com obesidade?
- 2- Em que momento você percebeu que a criança estava ganhando peso em excesso?
- 3- Você já percebeu a criança desconfortável por conta da obesidade?
- 4- A criança está sempre pedindo comida?
- 5- A criança termina as refeições rapidamente?
- 6- Deixa comida no prato no fim das refeições?
- 7- A criança interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes?
- 8- A criança gosta de uma grande variedade de alimentos?
- 9- Você percebe se a criança come mais quando está aborrecido, ansioso, preocupado? 10- Você percebe se a criança come mais quando está feliz?

Tratamento

- 1- Como você percebe o tratamento?
- 2- Como a família ajuda no tratamento?
- 3- A criança faz uso de medicações?

Anexo H

Entrevista com as Crianças

Família

- 1- O que gosta de fazer quando está em casa?
- 2- Do que mais gosta de brincar?
- 3- Com quem você passa o dia?
- 4- O que você costuma fazer nos finais de semana? Seus pais participam?
- 5- Quem faz as refeições em sua casa?
- 6- Como são os momentos das refeições (café da manhã, almoço, jantar) em sua casa?
- 7- Como é o relacionamento entre seu pai e a sua mãe?
- 8- Como é a relação dos seus pais (ou padrasto/ madrasta) com você? E a sua com eles?
- 9- Como é a sua relação com seus irmãos e avós?
- 10- Como é a relação dos seus pais com seus avós?

Contexto Social e Escolar

- 1- Você tem amigos na escola e na comunidade onde mora?
- 2- Como é sua relação com seus amigos? O que você mais gosta de fazer quando estão juntos?
- 3- E quando você chega a um lugar novo (aniversários, passeios, escola), faz amigos com facilidade?
- 4- E na escola, o que você faz no recreio?
- 5- Você pratica educação física na escola?
- 5- Você tem algum apelido? Você gosta que te chamem dessa forma?
- 6- Sua família procura a escola para conversar a respeito?
- 7- Quais os locais ou as situações que você sente mais dificuldade em controlar a vontade de comer?
- 8- O que você costuma fazer quando está triste ou aborrecido?

Obesidade

- 1- Na sua família existem outras pessoas com obesidade?
- 2- Você acredita que a obesidade pode fazer mal a saúde?
- 3- A sua escola realiza alguma campanha ou orientação sobre os prejuízos à saúde e prevenção da obesidade?
- 4- Você já se sentiu diferente de outras crianças por estar obeso(a)?

Tratamento

- 1- Você já fez outros tratamentos para emagrecer? Sentiu dificuldade(s), qual(is)? Observou resultados?
- 2- Atualmente, o que você está achando desse tratamento?
- 3- Se fosse possível mudar alguma coisa nesse tratamento, o que mudaria?
 - a) Essa mudança é importante para você continuar no tratamento?
- 4- Como sua família tem ajudado você no tratamento?

Anexo I

Perguntas:

O Desenho da Família

- 1- Identifique cada personagem (quem é a figura, o que faz, que idade tem).
 - 2- Qual o melhor? Por quê?
 - 3- Qual o pior? Por quê?
 - 4- Qual o mais feliz? Por quê?
 - 5- Qual o menos feliz? Por quê?
- E você, nesta família, quem prefere?
Qual gostaria de ser?

O Desenho da Figura Humana

Conte uma estória sobre esta figura como se fosse um personagem de novela/desenho respondendo o melhor possível às seguintes questões a respeito dela (dele).

- 1- Menino () Menina ()
- 2- Quantos anos têm?
- 3- Em que ano está na escola?
- 4- Qual a parte do seu corpo que se apresenta melhor?
- 5- Qual a que se apresenta pior?
- 6- É feliz? *Sim* () *Não* () É simpático? *Sim* () *Não* () É forte? *Sim* () *Não* ()
- 7- Quais são suas preocupações?
- 8- Quando é que fica nervoso (a)?
- 9- Com que sinais mostra que está nervoso (a)?
- 10- Quais são as suas três piores qualidades?
- 11- Quais são as três melhores qualidades?
- 12- Têm muitos amigos (as)?
- 13- Que dizem os outros a respeito dele(a)?
- 14- Dá-se bem com a família?