

**MINISTERIO DA SAUDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS RENE RACHOU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**OBESIDADE INFANTIL: COMPREENSÃO DAS RELAÇÕES FAMILIARES E
INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL**

por

Luciana Gaudio Martins Frontzek

Belo Horizonte

2016

TESE DSC-CPqRR L.G.M. FRONTZEK 2016

LUCIANA GAUDIO MARTINS FRONTZEK

OBESIDADE INFANTIL: COMPREENSÃO DAS RELAÇÕES FAMILIARES E
INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva- área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Orientação: Celina Maria Modena

Coorientação: Cristiane de Freitas Cunha

Belo Horizonte

2016

Catálogo-na-fonte

Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ

Biblioteca do CPqRR

Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

F935o Frontzek, Luciana Gaudio Martins.

2016

Obesidade infantil: compreensão das relações familiares e intervenção psicossocial / Luciana Gaudio Martins Frontzek. – Belo Horizonte, 2016.

XIV, 220 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 177 - 188

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Obesidade Pediátrica/psicologia 2. Hábitos Alimentares/psicologia 3. Saúde Pública/tendências I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação) III. Cunha, Cristiane de Freitas (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 616.398

LUCIANA GAUDIO MARTINS FRONTZEK

OBESIDADE INFANTIL: COMPREENSÃO DAS RELAÇÕES FAMILIARES E
INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

Tese apresentada ao programa de pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva na área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Celina Maria Modena (CPqRR/FIOCRUZ) Presidente

Profa. Dra. Maria Lucia Miranda Afonso (UNA) Titular

Profa. Dra Aline Cristine Souza Lopes (UFMG) Titular

Profa. Dra Márcia Rocha Parizzi (UNA) Titular

Profa. Dra Conceição Clarete Xavier Travalha (UFMG) Titular

Profa. Dra. Denise Nacif Pimenta (CPqRR/FIOCRUZ) Suplente

Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 24/10/2016

Ensinamento

Adélia Prado



Minha mãe achava estudo
a coisa mais fina do mundo.
Não é.
A coisa mais fina do mundo é o sentimento.
Aquele dia de noite, o pai fazendo serão,
ela falou comigo:
"Coitado, até essa hora no serviço pesado".
Arrumou pão e café , deixou tacho no fogo com água quente.
Não me falou em amor.
Essa palavra de luxo.

Dedico esta tese a Virginia Torres Schall, que foi
minha orientadora e uma grande inspiração para mim.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus. A Dra Celina Maria Modena que muito me ensinou e que mais do que orientadora foi uma amiga, por toda generosidade e paciência. Foi muito bom ser verdadeiramente orientada, mas foi melhor ainda ser acolhida. Aprendi a te admirar muito além do desempenho acadêmico. A Cristiane de Freitas por sua prontidão nas respostas e amabilidade costumeiras.

A Patrícia da Conceição Parreiras, por ser uma profissional tão atenta e sensível às necessidades discentes.

Agradeço também ao meu marido e meus filhos, meus maiores tesouros nesta vida. A toda minha família, em especial minha mãe sempre presente e apoiando minha trajetória. Agradeço também ao meu pai e minha irmã companheiros de todas as horas.

A amiga Isabel Cristina por toda ajuda, companheirismo e incentivo neste percurso. A Francislayne e Isabel pelas trocas e cumplicidade durante a realização das disciplinas.

Agradeço a amiga Valeria Tassara que me inspirou e ajudou durante todo o processo, por sua delicadeza, generosidade e alma grande.

Agradeço a todos os meus alunos por quem tenho imenso carinho. Agradeço em especial a Luana Bernardes, minha aluna de iniciação científica por ter sido uma companheira inseparável, disponível, alegre e ávida por ajudar. Você é a diferença!

Não posso deixar de agradecer ao Paulo César, ao Enock Ribeiro e a Maria Cristina, alunos que se tornaram amigos e que proporcionaram momentos de grande crescimento e alegria.

Agradeço aos solidários amigos do grupo NEPPCOM (Núcleo de Estudos e Pesquisas do pensamento Complexo) da UFMG e Universo.

Agradeço a Rejane Braga que tornou minha vida profissional bem mais tranquila permitindo maior dedicação à pesquisa. Sua amizade foi um grande presente pra mim.

Agradeço aos amigos Mateus Joanes, Marconi Moura, Alberto Mesaque e Naiara Silva por compartilhar da trajetória acadêmica, profissional e da vida!

Agradeço a todas as famílias que participaram da pesquisa. Agradeço ao hospital São Camilo e a Unidade Básica de Saúde do Maria Goreti, em especial a agente de saúde Geanete Carvalho.

Cada vez mais tenho CERTEZA de que o mais importante em nossa trajetória são as pessoas e as relações que se estabelecem durante o percurso. Este é o principal “produto” não só da tese, mas de qualquer coisa que façamos na vida! Fica registrado aqui meu carinho e gratidão por todos que torceram e contribuíram para o percurso aqui apresentado.

RESUMO

A obesidade infantil cresce em todo mundo e requer maiores pesquisas e contribuições para que haja prevenções e intervenções mais eficazes. A obesidade é considerada doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pelas comorbidades que acarreta como, por exemplo, pressão alta, diabetes, impacto nas articulações entre outros. O objetivo da pesquisa foi compreender a obesidade infantil, considerando sua complexidade, através da percepção da família, para subsidiar intervenções mais eficazes. Em um primeiro momento realizou-se uma revisão integrativa sobre a percepção dos pais em relação à obesidade de seus filhos. Foi revelada presença de distorção do real peso da criança por parte dos pais e a ineficácia dos programas de intervenção. Partindo destes primeiros dados foi feito um estudo qualitativo em hospital infantil, situado em Belo Horizonte, com 10 famílias. Foram realizadas intervenções interdisciplinares em grupo com as crianças obesas e suas famílias na perspectiva da teoria da complexidade e da teoria sistêmica. Os participantes foram entrevistados antes das atividades grupais. As crianças realizaram técnicas projetivas com os seguintes temas; como eu me vejo, como os outros me vêem e como eu vejo a comida. Os encontros foram quinzenais e duraram seis meses. Foram construídas, a partir destes dados dois jogos para intervenção com as famílias: O **Jogo da família- saúde divertida** e **Histórias da gente**. Eles foram reunidos em uma cartilha contendo também sugestões de oficinas sobre obesidade infantil para serem realizadas com famílias. O **Jogo da família-saúde divertida** foi aplicado em uma Unidade Básica de Saúde através de uma oficina. A experiência mostrou a aplicabilidade e potencial do material de intervenção psicossocial como instrumento capaz de suscitar reflexões e aumentar a percepção das famílias em relação aos seus hábitos alimentares e comportamentais. A pesquisa revelou que, pode parecer óbvio que as crianças imitam seus pais e que o comportamento alimentar é aprendido, mas uma série de outros elementos, sociais, psicológicos, econômicos, biológicos, compõe a dinâmica que culmina na obesidade. A compreensão do fenômeno não pode se basear em um pensamento linear simplificador. Concluiu-se que, mostra-se inviável compreender e intervir na obesidade infantil sem considerar a complexidade, a multicausalidade e as relações familiares / sociais envolvidas.

Palavras-chaves: Obesidade infantil, intervenção psicossocial, saúde coletiva

ABSTRACT

Childhood obesity is growing around the world and requires more research and contributions so that there may be more effective prevention and interventions. Obesity is considered a disease by the World Health Organization (WHO) given the co-morbidities it brings, such as high blood pressure, diabetes, impact on the joints, among others. The aim of this research was understanding obesity in childhood, considering its complexity, through the perception of the family to support more effective interventions. Firstly, we held an integrative review on the perception of parents about obesity on their children. The presence of distortion on the actual weight of the child by the parents and the ineffectiveness of intervention programs was found. Based on this early data we conducted a qualitative study with 10 families in a children's hospital, in Belo Horizonte. We performed interdisciplinary interventions in a group with obese children and their families according to the complexity and the systemic theories. Participants in the study were interviewed before group activities were performed. The children were submitted to projective techniques with the following themes: "how I see myself", "how others see me" and "how I see food". Fortnightly meetings were held which continued for six months. Two games for intervention with families were built based on that data: **The game of the family – fun health (o Jogo da família- saúde divertida)** and **Our stories (Histórias da gente)**. They were gathered into a booklet which also contains suggestions for workshops about childhood obesity to be carried out with the families. The **Game of the family: fun-health** was utilized in a Basic Health Unit through a workshop. Experience showed the applicability and the potential of the psychosocial intervention material as an instrument effective enough to further discussions and increase the perception within the families regarding their eating and behavioral habits. _We concluded that it proves unfeasible to comprehend and intervene in childhood obesity without considering the complexity, multi-causality and the family and social relations in play.

Key-words: Child obesity, psychosocial intervention, collective health

LISTA DE QUADROS

QUADRO I	Faixa etária e sexo das crianças participantes-----42
QUADRO II	Descrição dos encontros realizados com as famílias no hospital infantil em Belo Horizonte-----44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA – Artigo Percepção dos pais sobre a obesidade dos filhos: revisão integrativa que apontou caminhos para a intervenção.....	20
4 QUADRO TEÓRICO DA PESQUISA.....	39
4.1 Complexidade e obesidade	39
5 PERCURSO METODOLÓGICO	42
5.1 Local e participantes.....	42
5.2 Técnicas utilizadas	43
5.2.1 Entrevistas	43
5.2.2 Técnica gráfica	44
5.2.3 Grupos complexos/sistêmicos	44
5.3 Análise dos dados	45
5.3.1 Entrevistas:	46
5.3.2 Desenhos:	46
5.4 Construção de material psicossocial.....	46
5.4.1 Material psicossocial	46
5.4.2 Utilização do jogo em oficina na Comunidade Maria Goreti.....	47
6 DESENHO DA PESQUISA	50
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51

7.1 ARTIGO 1 – Estratégias para a Promoção e prevenção da alimentação saudável na infância: uma reflexão.....	51
Estratégias para a Promoção e prevenção da alimentação saudável na infância: uma reflexão	51
7.2 ARTIGO 2 - Obesidade infantil: compreender para melhor intervir	58
7.3 ARTIGO 3 - O uso de técnicas projetivas para compreender a percepção das crianças em relação à obesidade	77
7.4 ARTIGO 4 - Construção do Jogo da Família Saúde Divertida: intervenção psicossocial em obesidade infantil	93
7.5 Material psicoeducativo construído.....	107
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177
APÊNDICES	189
APÊNDICE A – ARTIGO - Parents perception on children’s obesity: Integrative Review that identified approaches for intervention	190
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	204
APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	205
APÊNDICE D – POSTER APRESENTADO NA CONFERENCIA INTERNACIONAL SUL-AMERICANA: TERRITORIALIDADES E HUMANIDADES	206
APÊNDICE E – DESENHOS DAS CRIANÇAS PARTICIPANTES DOS GRUPOS DO HOSPITAL INFANTIL	208
APÊNDICE F – FOTOS DOS ENCONTROS GRUPAIS NO HOSPITAL INFANTIL	213
APÊNDICE G – ANÁLISE TEMÁTICA DA ENTREVISTA DOS PAIS E DAS CRIANÇAS	215
APÊNDICE H – ANÁLISE DOS DESENHOS DAS CRIANÇAS DO HOSPITAL INFANTIL	218
APÊNDICE I – FOTOS DA OFICINA REALIZADA NA COMUNIDADE DO BAIRRO MARIA GORETI	226
APÊNDICE J – ARTIGO Strategies for healthy eating promotion in childhood: A reflection in Journal Childhood obesity	227

ANEXOS.....	230
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE PARCERIA COM O HOSPITAL INFANTIL	231
ANEXO B - NÚMERO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	232
ANEXO C – COMPROVANTE DA SUBMISSÃO DO ARTIGO 2.....	233
ANEXO D – COMPROVANTE DA SUBMISSÃO DO ARTIGO 4	234

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de saúde (WHO) relata crescimento da obesidade infantil em aproximadamente 40% nos países Europeus nos últimos 10 anos. No Brasil, os últimos dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são de 2008/2009 (BRASIL, 2008). Na região sudeste o excesso de peso infantil em crianças de 5-9 anos foi de 38.8% e nas idades de 10-19 foi de 22.8%. A Associação Brasileira para O Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso) mantém em seu site um mapa atualizado a partir de informações oficiais, onde é possível ver por região a prevalência da obesidade.

A literatura aponta aumento crescente da obesidade infantil e adulta em todo mundo, sendo considerada por diversos autores uma epidemia (FRONTZEK et al, 2015, FREITAS, 2014; NUNES, 2006, MELO et al, 2003). Trata-se de um problema de saúde pública, mas também de uma questão social, já que as pessoas com sobrepeso são estigmatizadas (POULAIN, 2009). Entretanto, as tentativas empreendidas para reduzir a incidência e prevalência da obesidade tem se mostrado ineficaz ou mesmo contraproducentes (MELO et al, 2003).

Este cenário aponta para a importância de mais estudos que contemplem o tema e apontem possíveis intervenções que possam ser efetivas para a redução da magnitude do fenômeno. Além disto, o desejo de estudar melhor o assunto se intensificou a partir do trabalho realizado com preparação multidisciplinar de candidatos a cirurgia bariátrica durante sete anos em um plano de saúde suplementar e do acompanhamento deste público em consultório de psicologia particular. Este trabalho foi descrito em artigo publicado (FRONTZEK et al, 2015).

No trabalho com pessoas obesas pode-se observar que é significativo a frequência com que relatam dificuldades com o peso desde a infância. Na preparação dos candidatos a cirurgia bariátrica, eram realizados encontros somente com a família de cada paciente. Nestes momentos eram feitos os esclarecimentos necessários e os familiares eram convidados para também aderirem à reeducação alimentar. A idéia era a de incentivar a criação e/ou fortalecimento da rede de apoio familiar como forma também de prevenção através do estímulo à mudança nos hábitos

cultivados pela família. Percebia-se nestas ocasiões, que muitos outros familiares, incluindo filhos, eram obesos também e as crianças se mostravam bastantes participativas durante os encontros. Além disto, era também frequente que os adultos solicitassem acompanhamento em grupo similar ao deles para os filhos. Viam-se nitidamente hábitos que levam a obesidade sendo repassados por gerações. Oliveira (2008) aponta que os hábitos alimentares tem base na infância e são transmitidos pela família. A seleção de alimentos é parte de um sistema comportamental complexo que na criança é determinada primeiro pelos pais (OLIVEIRA, 2008). Diante de tantas evidências sobre a importância de se cuidar das crianças de forma preventiva, a idéia de construir este trabalho foi se fortalecendo.

A partir desta experiência pode-se perceber que é inviável um trabalho na área da saúde para lidar com o sobrepeso infantil que não contemple e intervenha no conjunto familiar que cerca a criança. Sendo assim, se torna necessário escutar os filhos e os pais, já que boa parte do comportamento alimentar é aprendido. Melo et al (2003) realizou uma revisão de bibliografia sobre obesidade infantil que mostra que intervenções que não envolva os pais são menos eficazes. Camargo et al (2013) realizou uma revisão de bibliografia sobre a percepção dos pais em relação à obesidade de seus filhos e concluiu que a não percepção da obesidade de seus filhos pode representar um obstáculo ao tratamento. As duas revisões possuem um intervalo de 10 anos e apontam resultados semelhantes.

A obesidade é considerada uma doença crônica multifatorial. O tratamento deve ser também em uma perspectiva multidisciplinar. Qualquer tentativa fragmentada de lidar com a obesidade se mostrará ineficaz já que a doença evoca muitos elementos que se relacionam de forma dinâmica e simultânea. Apenas para ilustrar alguns destes elementos pode-se citar: a influência midiática, que estimulam uma alimentação inadequada ao mesmo tempo em que se cobra um padrão ideal de magreza oposto ao que preconiza, o incentivo ao consumismo, os interesse da indústria da alimentação, as relações familiares, a subjetividade, entre outros.

Para compreender a rede de elementos envolvidos na obesidade infantil, Tassara (2006) mostra que a teoria da complexidade proposta por Edgar Morin (1996) é pertinente para a análise dos dados por apresentar uma perspectiva que abrange a complexidade dos fenômenos inter-relacionais. O paradigma biomédico é centrado na doença e na auto responsabilização da pessoa, desconsiderando suas relações familiares e sociais. Assim, vê-se acontecer o que Freitas (2014) aponta em relação ao tratamento da obesidade: os médicos se deparam com a falta de adesão ao tratamento, que os deixa perplexos e os pacientes se ressentem do médico que os julga e recrimina. A perspectiva da teoria da complexidade reintegra o olhar fragmentado que se direciona à pessoa obesa, permitindo assim maior compreensão do fenômeno e da não adesão ao tratamento na área da saúde.

A complexidade permite uma releitura crítica da prática e dos pressupostos configuradores da abordagem isolacionista da obesidade. Nesse aspecto, ressalta-se a importância de um paradigma que se propõe a buscar o desconhecido do conhecimento pelo seu próprio inacabamento, baseando-se, por exemplo, no princípio de causalidade complexa, ou seja, causalidade mútua inter-relacionada (MORIN, 1996). Portanto, este estudo está sendo construído tendo a perspectiva da complexidade como referencial teórico e metodológico da obesidade.

É importante esclarecer, no entanto que partimos da idéia de que o conhecimento é também uma construção processual e se apropriar de uma nova forma de pensar não é tarefa fácil. Estamos imersos em uma lógica predominantemente centrada na idéia biomédica e capitalista. A transmissão do conhecimento na área da saúde tem se dado de maneira verticalizada e impositiva. Por mais que se reconheça que valorizar o saberes sem hierarquias qualitativas seja mais pertinente a uma aprendizagem significativa, é preciso reconhecer também que este modelo já está bastante arraigado na cultura. Como acadêmicos, simpáticos e estudiosos das teorias da complexidade e da subjetividade, nos percebemos nos contradizendo em linguagem e atitude em vários momentos pela força do hábito. Quem nem conhece estas teorias terá ainda mais dificuldades para compreender uma proposta diferente das usuais. Não é de um momento para o outro que iremos desconstruir uma realidade reforçada por várias instâncias sociais. Esta

explicação se faz necessária na introdução deste trabalho porque pode parecer contraditória algumas “orientações” contidas nos jogos, algumas formas de falar sobre o tema, por exemplos, mas na verdade a idéia é começar a construir outra lógica, se apoiando e respeitando a lógica que já existe, já que é o saber do outro que deve ser valorizado. Isto significa que nos valem de uma linguagem usual no meio para não ficar tão distante o nosso discurso desta realidade, mas introduzimos “quebras” nestes costumes ao enfatizar que as orientações não devem ser vistas como normas fechadas e acabadas, ao incentivar as pessoas a criarem e adaptarem o que está escrito. A subjetividade e as relações que a permeiam não devem ser desconsideradas se quisermos compreender a obesidade infantil. Porém, o trabalho prático neste campo ajudou a perceber que não adianta ir direto a subjetividade e nem querer aprofundá-la em oficinas coletivas. É preciso edificar um caminho e respeitar o tempo das pessoas. É preciso encaminhar para um trabalho individual para este aprofundamento em questões subjetivas mais complexas quando for o caso, mas o trabalho coletivo mostra grande potencial de fortalecimento e direção para o cuidado em saúde.

Além disto, como foi citado, pensar de forma complexa é um exercício processual e constante. A transição do pensamento simplista, reducionista para o pensamento globalizante, complexo e articulado se revela em uma linguagem que também mostra suas contradições, uma vez que ordem e desordem compõe o mesmo objeto e aqui não seria diferente.

A pretensão deste trabalho é tímida. Mas, é sincera ao querer se revelar, mesmo com todas as fragilidades como um fator de contribuição para pensar sobre a obesidade infantil e para se deslocar o olhar reducionista que se predomina sobre o tema.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender a obesidade infantil pela perspectiva da criança e da família, para, partindo daí, construir uma intervenção psicossocial.

2.2 Objetivos específicos

- Compreender a relação que as crianças e seus pais possuem com a alimentação;
- Compreender a vivência das crianças e de seus pais em relação às pressões sociais sofridas;
- Compreender quais são as estratégias de enfrentamento exercidas para o controle da obesidade;
- Compreender quais relações se estabelece com os profissionais de saúde e promover reflexão sobre o tema;
- Construir material para intervenção psicossocial.

3 REVISÃO DE LITERATURA – Artigo Percepção dos pais sobre a obesidade dos filhos: revisão integrativa que apontou caminhos para a intervenção

A revisão de literaturas será apresentado em formato de artigo de revisão integrativa sobre o tema. Foi realizado um levantamento das pesquisas nacionais e internacionais sobre a obesidade infantil. O artigo foi publicado na revista International Review Social Sciences and Humanities; FRONTZEK, LGM (2016), BENTO, IC, BERNARDES, LR, MODENA, CM, FERNANDES, MM. Parents' Perception on Children's Obesity: Integrative Review that Identified Approaches for Intervention. International Review of Social Sciences and Humanities. Vol. 11, No. 2, pp. 126-139 (Apêndice A).

Artigo

Percepção dos pais sobre a obesidade dos filhos: revisão integrativa que apontou caminhos para a intervenção

Resumo: Objetivou-se conhecer as principais contribuições acadêmicas sobre a percepção que os pais possuem sobre a obesidade de seus filhos. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura a partir da busca de artigos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Pubmed (National Library of Medicine, Estados Unidos), Google acadêmico e Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Utilizou-se os seguintes descritores “percepção social” e “obesidade infantil”, assim como “obesidade infantil” e “pais”. Utilizou-se a Análise de Bardin e foram construídas três temáticas: 1) Percepção distorcida do real peso corporal por parte dos pais; 2) A intervenção educativa precisa contemplar a percepção dos pais; 3) Sentimentos autodepreciativos em pais e crianças como facilitadores para uma maior prevalência da obesidade. Percebeu-se que são significativos os estudos que mostram que a percepção dos pais de crianças acima do peso geralmente é distorcida, tendendo a subestimar o peso do filho. Boa parte dos programas de prevenção e tratamento são pouco eficazes e uma das hipóteses levantadas para o fato é a percepção distorcida dos pais. Portanto, ao planejar intervenções voltadas para crianças obesas, deve-se contemplar a percepção dos pais e seus filhos.

Palavras Chaves: obesidade infantil, percepção, pais

Abstract: The aimed was to know the main academic contributions on the perception that parents have on obesity of their children. It was conducted an integrative review of the literature from the search for articles in the Scientific Electronic Library Online databases (SciELO), PubMed (National Library of Medicine, USA), Google Scholar and Capes (Higher Education

Personnel Improvement Coordination). It was used the following descriptors "social perception" and "childhood obesity" as well as "childhood obesity" and "parents". We used the Bardin analysis and were built three themes: 1) distorted perception of actual body weight by parents; 2) The educational intervention need to contemplate the perception of parents; 3) self-deprecating feelings in parents and children as facilitators to a higher prevalence of obesity. It was noticed that are significant studies showing that the perception of parents of overweight children is usually distorted and tend to underestimate the child's weight. Much of prevention and treatment programs are ineffective and one of the hypotheses for the fact is the distorted perception of parents. Therefore, when planning interventions for obese children should consider the perception of parents and their children.

Key words: pediatric obesity, perception , parents, child

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade infantil representa um importante problema de saúde pública por constituir-se em uma doença crônica não transmissível¹. Do ponto de vista epidemiológico é vista como uma pandemia, pois abrange nações desenvolvidas e em desenvolvimento, como o Brasil, em todas as fases de vida, mas com maior incidência na infância^{1,2}.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, verificou a ocorrência de um aumento significativo no número de crianças acima do peso no país, na faixa etária entre 5 e 9 anos de idade. Sendo que o número de crianças do sexo masculino e acima do peso dobrou entre os anos de 1989 e 2009, passando de 15% para 34,8%, respectivamente. Já o número de crianças obesas teve um aumento de mais de 300% nesse mesmo grupo etário, indo de 4,1% em 1989 para 16,6% em 2008-2009³.

Estes dados mostram que o aumento crescente do fenômeno em todo o mundo sugere a realização de pesquisas para melhor compreensão, bem como para subsidiar intervenções na área. No caso específico da obesidade infantil, entende-se que a família contribui em grande parte para a determinação da formação dos hábitos alimentares das crianças. Os pais, principalmente, podem de diversas maneiras, favorecer ou prejudicar o processo de aprendizagem de seus filhos⁴.

Sendo assim, considerando-se que no Brasil a socialização é realizada geralmente pelos pais, percebe-se que, muitas vezes, os hábitos aprendidos nas relações familiares predispõem à obesidade infantil, juntamente com a obesidade adulta⁵. Estudo realizado por Frontzek⁶, que relatou a experiência de organizar um grupo operativo multidisciplinar para obesos mórbidos que se submeteriam a cirurgia bariátrica, verificou que a maioria dos participantes do grupo solicitavam, com frequência, a realização de um grupo semelhante ao deles para seus filhos, os quais encontravam-se acima do peso e apresentando hábitos alimentares inadequados.

Para que a perda de peso, efetivamente, aconteça, é necessário que o trabalho não seja focado apenas na obesidade em si, como se ela existisse de forma autônoma e à parte do contexto de cada um. Segundo Tassara⁷, esta intervenção deve incluir a vida das pessoas, seus vínculos afetivos, familiares e sociais. Precisa ainda contemplar um novo estilo de vida familiar.

Pensando nisto, objetivou-se compreender mais sobre as percepções que os pais possuem acerca da obesidade dos seus filhos nos últimos 10 anos. Partiu-se do pressuposto de conhecer o fenômeno “por dentro”, ou seja, pela visão dos pais de crianças obesas, já que estes promovem os primeiros aprendizados da criança em relação ao seu corpo e sua alimentação. Por isso, a pergunta norteadora foi: Quais são as percepções dos pais acerca da obesidade de seus filhos?

METODOLOGIA

A fim de reunir e sintetizar os resultados desta pesquisa, de forma sistemática, ordenada e aprofundar o conhecimento acerca do tema investigado, bem como permitir a síntese de vários estudos publicados e suas conclusões gerais, realizou-se uma revisão integrativa⁸.

Para a realização desta revisão foram utilizadas as seguintes etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de

estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a outubro de 2015. Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), onde então foram indexados a base de dados de forma a facilitar o acesso à informação. Foram usados os seguintes descritores: “Obesidade infantil” AND “percepção social” AND “pais” AND “percepção social” (isoladamente e ou de forma combinada). O descritor “percepção social” foi utilizado pelo fato de não constar nos descritores o termo representação social, já que este era o primeiro alvo da pesquisa realizada.

Realizou-se uma busca de artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), National Library of Medicine, Estados Unidos (PUBMED), Google acadêmico e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) entre os anos de 2005 e 2015.

Para a seleção da amostra foi estabelecido os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2005 a 2015, nos idiomas inglês, espanhol e português, disponíveis na íntegra e realizados especificamente sobre a pergunta norteadora. Foram excluídos artigos de reflexão e relatos de experiência, pesquisas cujo público fosse adolescente e não criança, de acordo com os critérios definidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que considera criança a pessoa até 12 anos incompletos⁹, editoriais de jornais sem caráter científico, teses, dissertações e revisões. Aqueles duplicados em mais de uma base foram considerados somente uma vez.

Após a aplicação dos critérios e o refinamento da busca a partir da leitura dos resumos dos artigos pré-selecionados, a amostra final restringiu-se a 12 artigos (Quadro 1). Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento, já validado⁸, que contempla: identificação do artigo, introdução e objetivos, características metodológicas do estudo, resultados e conclusão. Desse modo, foi possível avaliar o rigor metodológico dos estudos e os níveis de evidência de cada artigo.

Quadro 1. Descrição dos artigos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura, segundo autor, ano/país de publicação, objetivos e temática.
Belo Horizonte- MG, 2015.

Referências	Ano e país de publicação	População do Estudo	Objetivos	Principais achados	Temáticas
Pakpour et al ²⁴	2011/Brasil	300 mães de crianças obesas	Investigar o conhecimento das mães a respeito do problema de peso dos filhos e avaliar o impacto de uma intervenção educativa na conscientização das mães sobre a obesidade dos filhos.	Mais de 1/3 das mães não foram capazes de reconhecer que seus filhos eram obesos. Somente uma pequena parcela das mães acreditava que a obesidade infantil era um risco para a saúde. A intervenção educativa pode melhorar a percepção das mães sobre o problema de peso dos filhos, e modificar a maneira pela qual os pais controlam o peso dos filhos.	1, 2
Silva et al ¹²	2011/Brasil	16 mães de crianças obesas	Compreender o significado, para as mães, de ter um filho com distúrbio nutricional.	As mães sentem-se tristes ao ver o filho comparado com crianças consideradas saudáveis. Mães que possuem filhos com sobrepeso ou obesos tendem a subestimar o excesso de peso das crianças, o que aumenta a probabilidade de agravar o estado nutricional.	3

Bordignon et al ¹³	2011/Brasil	79 crianças entre 7 e 12 anos	Verificar as relações entre autoconceito, traços depressivos, satisfação e percepção corporal entre crianças com e sem excesso de peso.	Os resultados mostraram associações entre a percepção e satisfação corporal, as crianças com peso normal e excesso de peso não apresentaram diferença na percepção do estado nutricional. Nesse estudo, uma grande proporção de crianças com peso normal, se percebe como gorda/muito gorda (31,3%). Esses achados merecem atenção especial dos profissionais de saúde, tendo em vista que a imagem corporal distorcida está associada a comportamentos alimentares inadequados e a transtornos alimentares, tais como Bulimia e Anorexia Nervosa.	1, 2, 3
Nogueira et al ²¹	2012/Portugal	1885 crianças entre os 3 e os 10 anos de idade	Avaliar a associação entre a percepção parental do ambiente local e os valores de obesidade em crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 10 anos residentes no distrito de Coimbra.	Observou-se associações significativas entre as dimensões ambientais e o peso das crianças do sexo feminino. Uma percepção parental negativa do ambiente construído, em relação ao uso do solo e ao desenho urbano, associa-se a valores mais altos de meninas obesas; uma percepção negativa do ambiente social e da segurança do local associa-se também a uma maior prevalência de obesidade nas meninas.	3

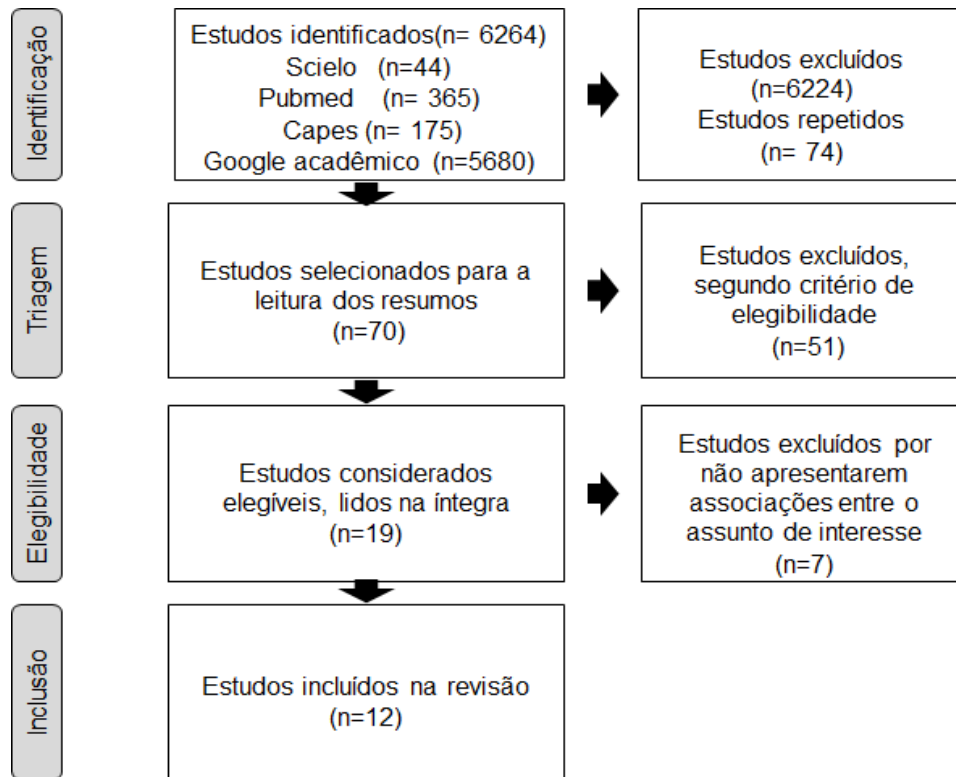
Costa e Silva ³³	2009/Brasil	40 pais de crianças de 6 a 10 anos de uma escolha básica do 1º ciclo	Identificar os conhecimentos e comportamentos que os pais de crianças entre os 6-10 anos possuíam sobre obesidade infantil	Verificou-se que 80% apresentava conhecimentos sobre pelo menos uma das consequências da obesidade infantil, e 85% referiram como prevenção para obesidade a alimentação saudável e a prática regular de atividade física.	1
Giacomossi et al ²³	2011/Brasil	493 crianças, de 1,5 meses até a idade máxima: 92,9 meses)	Avaliar a prevalência e os fatores associados ao erro na percepção do estado nutricional das crianças de creches públicas e privadas de Balneário Camboriú (SC) por parte das mães ou responsáveis.	Crianças com excesso de peso ou desnutrição, filhas de mães com mais de 35 anos de idade, e com cor da pele não branca, apresentaram maior probabilidade de terem seu estado nutricional avaliado de forma incorreta pelos responsáveis.	1
Simões et al ⁴¹	2007/ Portugal	100 crianças (n=58 do gênero feminino), entre os 8 e os 12 anos (M=10,19; DP=1,26), maioritariamente residentes em meio urbano (n=54) e com NSE médio (n=78), das quais 45 eram obesas.	Comparar o auto-conceito em crianças obesas e não obesas.	Relativamente às dimensões Competência Escolar, Aceitação Social e Auto-Estima Global, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de crianças avaliados. Verificou-se que os sujeitos não obesos apresentavam valores médios significativamente mais elevados nas subescalas Competência Atlética e Aparência Física, enquanto que os sujeitos obesos apresentavam valores médios significativamente mais elevados na subescala Atitude Comportamental.	3

Feitosa et al ⁴³	2012/Brasil	17 crianças entre 8 a 12 anos	Avaliar a percepção da imagem corporal de crianças que praticam Dança-Educação na escola pública	Constatou-se que quando a criança investigada era obesa, consistia uma inadequação da avaliação subjetiva comparativamente ao IMC. O contrário aconteceu com as crianças não obesas, suas escolhas refletiam mais próximas da realidade do grau comparativo do IMC.	1
Pereira et al ²²	2013/Brasil	397 estudantes de 8 a 17 anos	Analisar a associação entre percepção do peso corporal e variáveis relacionadas, em estudantes do ensino fundamental.	Observou-se que a percepção do peso corporal associou-se ao estado nutricional em ambos os sexos, e à faixa etária apenas em meninos. Isso reforça a necessidade do acompanhamento desses adolescentes por profissionais de saúde, visando uma melhor consciência do próprio corpo.	1, 2
Aparício et al ²⁵	2011/Portugal	234 pais (mãe e pai), com idade entre os 20 e os 54 anos e 234 crianças entre os 3 e os 6 anos	Identificar a percepção dos pais (mãe e pai) acerca do estado nutricional do filho em idade pré-escolar e analisar a sua relação com variáveis sócio-demográficas e clínicas	Observou-se que os pais têm uma percepção distorcida da imagem corporal dos filhos, assinalando uma tendência para subestimar o verdadeiro estado nutricional das crianças. A zona de residência, associou-se a uma maior distorção nos residentes das zonas rurais, o que reforça ainda mais a influência cultural nas crenças e práticas parentais, nos meios rurais.	1, 3

Moraes et al ³⁵	2013/Brasil	Participaram seis mães e uma avó de crianças, na faixa etária entre oito a dez anos incompletos, que se encontravam em atendimento em um ambulatório de referência para obesidade infantil.	Compreender os elementos presentes na história familiar de crianças com obesidade	Pode-se concluir que as famílias apresentaram falta de coesão acerca das normas alimentares e de limites à criança, conflitos conjugais e familiares e dificuldades em adequar o ambiente às recomendações solicitadas pelos profissionais.	1, 2 e 3
Pinheiro et al ⁴⁴	2010/Brasil	Trezentos e quarenta e sete participantes (160 meninos e 187 meninas) de 8 a 12 anos	Avaliar a percepção corporal e a insatisfação corporal em uma população de pré-adolescentes brasileiros; e examinar a relação dessas variáveis com o gênero, idade e IMC.	Encontrou-se que 26,4% da amostra apresentam sobrepeso ou obesidade, que o nível de percepção corporal foi subestimado e que 64% estão insatisfeitos com seu corpo. Encontraram-se diferenças significativas em imagem desejada segundo o gênero; em discrepância perceptiva segundo IMC e idade; e em insatisfação corporal segundo IMC.	1

Utilizou-se a Análise de Conteúdo (AC) proposta por Laurence Bardin¹⁰ para elencar categorias temáticas após a leitura dos artigos. A análise categorial poderá ser temática, construindo-se as categorias conforme os temas que emergem do texto¹⁰. Esta análise tenta encontrar um conjunto de significados em comum em função da análise do codificador, partindo de indicadores percebidos no texto após leitura atenta e cuidadosa¹¹. Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento¹⁰.

Figura 1. Seleção dos artigos incluídos na revisão.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos incluídos nas temáticas apresentadas estão descritos no Quadro 1, onde se encontra uma descrição dos artigos incluídos na Revisão Integrativa da Literatura, segundo autor, ano/país de publicação, objetivos e temática.

Observou-se que durante a pesquisa na base de dados, foram localizadas três revisões internacionais¹²⁻¹⁴ sobre o tema, percepção dos pais em relação a obesidade dos seus filhos, e um nacional¹⁵.

A partir da interpretação dos dados coletados foram construídas três temáticas: 1) Percepção distorcida do real peso corporal por parte dos pais; 2) A intervenção educativa precisa contemplar a percepção dos pais; 3) Sentimentos autodepreciativos em pais e crianças como facilitadores para uma maior prevalência da obesidade.

Temática 1- Percepção distorcida do real peso corporal por parte dos pais

Os artigos encontrados^{10,16,47,48} mostram que a percepção dos pais em relação à obesidade do próprio filho, geralmente, é distorcida e tende a ser subestimada. Alguns apontaram também diferenças na percepção de pais, crianças e profissionais da saúde, gerando comunicação ineficaz, já que cada um se referencia em sua percepção e elas nem sempre coincidem. Assim, se não houver uma escuta e uma relação de diálogo, pais, crianças e profissionais da saúde estarão falando de percepções diferentes e muitas vezes, achando que todos estão percebendo da mesma forma.

Um dos artigos¹⁷ mostrou que os pais tendem a subestimar o peso da criança. Estas distorções constituem fatores relevantes para se pensar sobre o aumento da incidência e prevalência da obesidade e sobrepeso na população infantil¹⁷. A percepção inadequada sobre a situação nutricional do filho representa riscos para o fracasso das intervenções relacionadas a esse distúrbio. As respostas das mães com filhos obesos ou com sobrepeso podem variar entre alívio, desinteresse, negação ou raiva¹⁶.

Segundo Adami *et al*¹⁸, a imagem corporal é um complexo fenômeno humano que envolve aspectos cognitivos, afetivos, sociais e motores. Está associada com o autoconceito e recebe influências das dinâmicas interações entre o ser e o meio em que vive. O seu processo de desenvolvimento está coligado aos determinantes sociais que variam em cada contexto e transformam-se ao longo do tempo. Porém, geralmente, estes determinantes são excludentes e rigorosos ao estabelecer um padrão ideal que poucos alcançam: o da magreza e da juventude. Sendo assim, a distorção da imagem corporal se dá em meio a um emaranhado de fatores, sociais,

relacionais e de mecanismos psicológicos internos que vai se construir em meio a todo o conjunto envolvido.

A imagem corporal depende da percepção de cada um e se dá nos níveis físicos, mentais e emocionais. Schilder¹⁹ coloca que além da percepção existe a apercepção, ou seja, inclui figurações e representações mentais. Tendo em vista que a percepção é construída a partir do meio, é possível apreender a representação social presente coletivamente sem perder de vista a individualidade de cada um. A noção de representação social veicula, de modo sucinto, a idéia de que não existe distância entre o universo interior e exterior, do indivíduo e de seu grupo²⁰.

Outro fator relevante foi relativo ao gênero e a etnia, mostrando que estes fatores também se associam as distorções encontradas. Pais de criança de cor não branca tendem a distorcer mais sua percepção do que as outras mães em relação ao estado nutricional do filho. O sobrepeso aumenta com o aumento da percepção negativa advinda dos pais acerca do meio, tanto nas meninas quanto nos meninos na faixa de 10 a 14 anos. Os meninos desta faixa etária apresentam maior dificuldade em perceber o próprio corpo do que as meninas, as quais tendem a se preocuparem com a própria estética culturalmente mais cedo que os meninos^{25,26,27}.

Temática 2- A intervenção educativa tem que contemplar a percepção dos pais.

Os artigos desta temática têm em comum o fato dos métodos de intervenção para obesidade infantil atual serem pouco eficazes^{16,28,29}. Uma das hipóteses para elucidar esse fato é, exatamente, o que a revisão apontou como predominante na temática 1, a percepção distorcida para o tratamento e falta de convicção de que o filho realmente precisa dele^{16,24,29,30}.

Silva *et al*¹⁶ apontaram que as mães que possuem filhos com sobrepeso ou obesos tendem a subestimar o excesso de peso das crianças, o que aumenta a probabilidade de agravar-lhes o estado nutricional. Esse seria um fator muito importante sobre o aumento da incidência e prevalência da obesidade e sobrepeso na população infantil. A percepção distorcida sobre a

situação nutricional do filho e da própria família seria então um risco para o fracasso das intervenções relacionadas a esse distúrbio³¹.

Percebeu-se que os pais apresentam dificuldades em perceber o real peso de seus filhos e quando isto acontece, a necessidade de um tratamento contínuo e preventivo não é percebida. Contrariamente, o estudo de Oliveira *et al*²⁴ revelou que os pais não tiveram dificuldades em reconhecer o peso dos filhos, contudo, não estavam alertas para a real necessidade de tratamento dos filhos.

Segundo Uchoa e Vidal³², estudos revelam que os comportamentos de uma população diante de seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços médicos disponíveis, são construídos a partir da percepção de saúde dessa população, a qual se desenvolve a partir de seu contexto sociocultural. O conhecimento prévio dessa percepção de saúde da comunidade, que determina o pensar e o agir da população perante o processo saúde-doença, é fundamental para a eficiência das ações de assistência e educação em saúde.

Desta forma, as ações neste campo devem verificar a capacidade dos pais em identificar o sobrepeso ou a obesidade da criança e em entender que a obesidade é um fator de risco para problemas de saúde duradouros. Se os pais forem incapazes de reconhecer que o filho é obeso, ou mesmo distorcerem sua real condição física, resistirão em tomar qualquer atitude para mudar o comportamento do filho, o que pode acelerar o desenvolvimento do problema da obesidade na criança³³.

No entanto, estudos demonstram que muitos pais não estão atentos ou preocupados com o sobrepeso de suas crianças, porque alguns subestimam o peso dos filhos ou acreditam que a obesidade é hereditária, e, portanto não pode ser modificada^{30,34}. Percebe-se que focar nos pais é uma estratégia rentável para a gestão dos problemas relacionados ao peso em crianças³⁵. O estudo de Pakpouret *al*²⁸, demonstrou que, mesmo entre os pais com maior escolaridade, a intervenção melhorou nitidamente a percepção sobre a obesidade infantil.

O profissional de saúde tem um papel importante e vital nas intervenções, pois ele precisa interagir com os pais com respeito e dignidade, entendendo que essa é uma experiência adversa, com visões de mundo diferentes, e como tal exige uma postura mais humana e um relacionamento mais significativo. Não se trata de uma relação vertical, onde um sabe mais que o outro. Trata-se de uma interação horizontal que inclui saberes diferenciados, não sendo possível quantificar nem tão pouco qualificar tais saberes. É preciso, então, estabelecer com as pessoas uma relação de empatia, a entendendo como “a capacidade de participar do mundo interior de outra pessoa, embora permaneça você mesmo”³⁶. Tal postura pode amenizar a situação vivenciada pelos pais e melhorar o processo de cuidado com o filho¹⁶.

Interessante notar que uma das pesquisas³⁷ revelou que é bastante expressiva a porcentagem de pais que possuem informações adequadas sobre como prevenir a obesidade infantil e ainda assim não conseguem colocar em prática atitudes que consideram mais apropriadas. Este fato mostra consonância com as ideias de uma importante expoente da educação em saúde Hortênsia de Hollanda³⁸, que considera que somente a informação não muda o comportamento e é preciso seguir o caminho das pessoas, pois é muito mais fácil para elas mesmas reconstruírem suas concepções e fazeres. Se a percepção se dá em níveis emocionais, físicos e mentais, todas estas instâncias precisam ser contempladas¹⁸.

Temática 3- Sentimentos autodepreciativos, em pais e crianças, como facilitadores para uma maior prevalência da obesidade.

Os artigos^{16,17,25,29,39} revelaram, com predominância, a percepção autodepreciativa por parte dos pais. Os sentimentos mais citados foram: culpa, tristeza, sentimento de inferioridade por causa da comparação com crianças saudáveis, percepção de ter falhado como pais e sentimentos negativos em relação a si mesmos. Percepções negativas do ambiente refletindo em um aumento do sobrepeso infantil também foi apontado²⁵.

Apesar de serem sentimentos negativos, o fato dos pais reconhecerem seus filhos como obesos é um grande passo para adotarem ou investirem em um novo comportamento alimentar. Este fato contribui para a obtenção de intervenções bem sucedidas em alimentação e nutrição para os seus filhos⁴⁰. Embora nem sempre isto aconteça já que, mesmo quando os pais conseguem reconhecer a obesidade dos filhos muitos não estão alertas para a real necessidade de tratamento²⁴.

Nota-se que os sentimentos autodepreciativos dos pais remetem a uma falta de manejo para lidar com a situação do ponto de vista emocional. A construção da obesidade infantil e, também da adulta, se dá em um meio relacional e, contextualizada. Os filhos irão aprender com os pais pelos ensinamentos e principalmente pelo exemplo, por meio da convivência. As relações familiares com toda sua subjetividade, emoções e sentimentos estão intimamente imbricadas no processo da obesidade infantil.

Estudos mostram que, geralmente, os pais tendem a não perceber a obesidade dos filhos e a vê-los com o peso normal^{41,42,43}. Talvez esta visão esteja atrelada ao medo de sentirem que falharam como pais e dos sentimentos negativos em relação a si mesmos e ao seu meio. As crenças e referências culturais relacionadas ao peso, bem como o sexo e idade das crianças, renda e escolaridade dos pais influenciam a percepção dos pais quanto à obesidade dos filhos²¹.

Segundo Camargo *et al*^{40, p.332}, “os pais – e não somente as mães – a família e a sociedade têm um papel fundamental no desenvolvimento global do ser humano, tanto na aquisição de estilo de vida saudável, quanto no comportamento alimentar adequado”, uma vez que a criança é influenciada em primeiro lugar por sua família, e somente após interações com outros indivíduos vai tomando conhecimento de si e dos aspectos afetivos cognitivos e comportamentais⁴⁴.

O estudo de Simões e Meneses⁴⁵ apontou que crianças com sobrepeso e obesidade têm um conceito negativo quanto a seu aspecto corporal se comparado às crianças de peso normal. No entanto, as crianças com excesso de peso podem apresentar autoconceito positivo em atitudes comportamentais (e comunicativos) como possível mecanismo compensatório para o

autoconceito negativo em relação ao desempenho e aparência física⁴⁵. Um dos artigos¹⁷ mostrou que as crianças tenderam a superestimar o seu peso corporal, o que também demonstra uma percepção distorcida sobre o seu peso.

O conceito negativo denota uma insatisfação com o corpo, e isto pode ser um importante fator de risco para o desenvolvimento da depressão, baixa auto-estima e alterações no comportamento alimentar⁴⁶.

Por fim, pode-se perceber que as temáticas levantadas nesta revisão integrativa revelam parte das representações sociais que os pais possuem sobre obesidade infantil. Considerar que o filho não está acima do peso ou que não precisa de uma intervenção externa revela uma destas representações e pode estar ancorada em crenças culturais de que filho gordinho é saudável, pois preocupante seria ele emagrecer demais. Uma diversidade de crenças e referências culturais relacionadas ao peso molda a percepção dos pais referente ao peso corporal dos filhos.

Jodelet²² nos mostra a importância do estudo do corpo a partir da perspectiva das representações sociais, pois estas nos permitem identificar o caráter social da dimensão individual. O termo representação social não constou na lista de descritores em saúde, mas sim o de percepção social como “A percepção dos atributos, características e comportamentos dos próprios colegas ou grupo social”²³.

Um estudo de revisão de Tenorio e Cobayashi²¹, o qual objetivou conhecer a percepção dos pais sobre a obesidade dos filhos, revelou as seguintes crenças dos pais com relação ao peso corporal dos filhos: criança que se apresenta acima da média na tabela de crescimento e peso pediátrico é uma questão de orgulho para os pais; crianças mais “gordas” são possuidoras de boa saúde; se o bebê não for “gordinho” há uma percepção de que a mãe falhou; o excesso de peso decorre de um metabolismo herdado e por isso “não há muito que fazer”; a obesidade só é preocupante se a criança perde a mobilidade, se a criança corre e brinca normalmente não há com o que se preocupar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se a existência de uma lacuna referente ao conhecimento sobre a obesidade infantil na área qualitativa, pois encontrou-se um maior número de pesquisas quantitativas. Salienta-se que a pesquisa qualitativa volta-se para compreensão na perspectiva da subjetividade do pesquisado, o que poderia ajudar a conhecê-lo melhor e a aumentar as chances de intervenções mais bem sucedidas. Acredita-se que aumentar o número de pesquisas na área qualitativa pode ser um caminho promissor para se criar programas de intervenção mais eficazes no combate a obesidade infantil.

Programas interventivos em obesidade infantil têm-se mostrado ineficazes, sem, no entanto, haver respostas que elucidem os motivos pelos quais isto acontece. Uma das hipóteses levantadas foi que à percepção distorcida e subestimada do peso do filho contribui para esta ineficácia. As percepções estão relacionadas aos sentimentos e emoções dos pais, sendo muito relevantes na compreensão e intervenção da obesidade infantil já que apontam para a efetividade das ações propostas para crianças acima do peso. Além disto, estas percepções vêm carregadas de representações relativas à cultura em que foram construídas e revelam como os vários fatores que causam a obesidade infantil estão relacionados à vida de uma pessoa.

Intervir em obesidade infantil implica intervir com os pais e provocar mudanças no estilo de vida da criança e seus familiares. Porém, orientação apenas não é suficiente. É necessário que os pais compreendam os riscos da doença e é imprescindível trabalhar temas tais como: a imagem corporal e a percepção de cada familiar.

A obesidade infantil não pode ser vista como um fenômeno isolado, pois está inserida em uma gama de fatores, sociais, culturais, econômicos, comportamentais, ambientais, genéticos, emocionais, metabólicos e principalmente relacionais. Faz-se necessário a compreensão destes fatores, tanto do ponto de vista dos pais como das crianças, pois isto possibilitará a realização de intervenções centradas nas famílias e que se adequem a necessidade e realidade das mesmas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO) (2003). Report of a WHO Consultation on Obesity. Obesity, Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: WHO.
2. Vitolo M. Obesidade infantil. Nutrição: da Gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro, 2008.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Obesidade na infância e adolescência, manual de orientação. Rio de Janeiro; Departamento de Nutrologia, 2ª edição revisada e ampliada Departamento Científico de Nutrologia, 2012. [acessado 2015 10 22]. Disponível em http://www.sbp.com.br/pdfs/14297c1-Man_Nutrologia_COMPLETO.pdf. Acesso em 14/10/2015
4. Fonseca NG, Goldenberg M. (orientadora). A influência da família na aprendizagem da criança. Projeto de pesquisa do curso de especialização em linguagem, São Paulo, 1999.
5. [Jahnke DL](#), [Warschburger PA](#). [Obesity \(Silver Spring\)](#). Familial transmission of eating behaviors in preschool-aged children. 2008 Aug; 16(8):1821-5.
6. Frontzek L, Fernandes M, Gomes, M. (2014). A Multidisciplinary Treatment for Morbid Obesity: Therapeutic Experience with Groups. Psychology, 5, 875-885.
7. Tassara, V. Obesidade na infância e interações familiares. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm 2008; 17(4):758-764.
9. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente : lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 207 p. [acessado 2015 10 24]. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977
11. Bauer MW. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3ªed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p.189-217.
12. Sosa ET. Mexican American mothers' perceptions of childhood obesity: a theory-guided systematic literature review. Health Educ Behav. 2012; Aug; 39(4):396-404.
13. Lundah A, Kidwell KM, Nelson TD. Parental underestimates of child weight: a meta-analysis. Pediatrics, 2014; Mar; 133(3).

14. Rietmeijer-Mentink M, Paulis WD, van Middelkoop M, Bindels PJ, van der Wouden JC. Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2013 Jan; 9(1):3-22.
15. Tenorio AS, Cobayashi F. Obesidade infantil na percepção dos pais. *Rev. Paul Pediatr, São Paulo*, 2011; v. 29, n. 4, p. 634-639, Dec.
16. Silva DA, Andrade GN, Ferreira FMF, Andrade E, Madeira AMF. Percepção materna acerca do distúrbio nutricional do filho: um estudo compreensivo in *Rev. Min. Enferm* 2011; 15(4):498-503.
17. Bordignon S, Teodoro MLM. Relações entre percepção corporal, autoconceito e traços depressivos em crianças escolares com e sem excesso de peso. *Aletheia [periódico na Internet]*. 2011 Abr [citado 2015 Set 09]; (34): 19-31. [acessado 2015 10 24]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100003&lng=pt
18. Adami F, Fernandes T, Frainer D, Oliveira F. (2005). Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física. *Revista Digital – Lecturas* (83). [acessado 2015 10 25]. Disponível em <http://www.efdeportes.com>
19. Schilder, P. (1977). *A imagem do corpo*. Buenos Aires: Paidós.
20. Secchi K, Camargo B, Bertoldo. Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 229-236.
21. Tenorio AS, Cobayashi F. Obesidade infantil na percepção dos pais. *Rev. Paulista de Ped.*, 2011; 29(4), 634-639.
22. Jodelet D. (1984). Représentation social e phénomènes, concept et théorie. In *Psychologie Sociale* (S. Moscovici, Ed.), pp. 357-378, Paris: P.U.F.
23. Decs. Descritores em ciências da saúde. [acessado 2015 Out 20]. Disponível em <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
24. Oliveira AMA, Eneida MM, Cerqueira ACO. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana-BA: detecção na família x diagnóstico clínico in *J. Pediatr. (Rio J.)* 2003; vol.79 no.4 Porto Alegre July/Aug.
25. Nogueira E, Ferrão MM, Gama A, Mourão I, Marques VR, Padez C. Percepção parental do ambiente de residência e obesidade infantil no Distrito de Coimbra. *Antropologia Portuguesa*. V.29. 2012
26. Pereira FN, Oliveira JR, Zöllner CC, Gambardella AMD. Percepção do peso corporal e fatores associados em estudantes. *Journal of Human Growth and Development* 2013; 23(2): 170-176

27. Giacomossi MC, Zanella T, Hofelmann DA. Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do Sul do Brasil. *Rev. Nutr.*, Campinas, 2011; v. 24, n. 5, p. 689-702, Oct.
28. Pakpour AD, Seed YM, Chen H. A percepção das mães sobre a obesidade em escolares: uma pesquisa e o impacto de uma intervenção educativa. *JPediatr (Rio J)*. 2011; 87(2):169-174.
29. Aparício G, Cunha M, Duarte J, Pereira A. Olhar dos Pais sobre o Estado Nutricional das Crianças Pré-escolares. *Millenium*, 2011; 40: 99-113.
30. He M, Evans A. Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care? *Can Fam Physician*. 2007; 53:1493-9.
31. Amaral O, Pereira C, Escoval A. Prevalência de obesidade em adolescentes do distrito de Viseu. *Rev. Port. de Saúde Pública*. 2007; 25(1):47-58.
32. Uchoa E, Vital JM. A antropologia médica: elementos conceituais e metodologia para uma análise da saúde e doença. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10:493-504
33. Jain A, Sherman SN, Chamberlain LA, Carter Y, Powers SW, Whitaker RC. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*. 2001; 107:1138-46.
34. Myers S, Vargas Z. Parental perceptions of the preschool obese child. *Pediatrnurs*. 2000; 26:23-30.
35. Golan M. Parents as agents of change in childhood obesity-from research to practice. *Int J Pediatr Obes*. 2006; 1:66-76.
36. Benjamim, A. A entrevista de ajuda. São Paulo, Martins Fontes, 2002.
37. Costa A, Silva C. Obesidade Infantil- Conhecimentos e Comportamentos dos Pais de crianças entre os 6-10 anos. *Rev. da Fac. de Ciências da Saúde*. 2009, 208-217.
38. Schall V. Alfabetizando o corpo. O pioneirismo de Hortensia de Holanda na educação em saúde. In *cad saúde pública*. RJ, 1999; 15 (Sup2) 149-159.
39. Moraes PM, Dias CMSB. Nem só de pão se vive: a voz das mães na obesidade infantil. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília , 2013; v. 33, n. 1, p. 46-59.
40. Camargo APPM, Barros Filho AA, Antonio MÂRGM, Giglio JS. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18(2), 323-333.
41. Vuorela N, Saha MT, Salo MK. Parent sun derestimate their child's over weight. *Acta Paediatr* 2010; 12:1-6.
42. Molina MC, Faria CP, Montero P, Cade NV. Correspondence between children's nutritional status and mothers' perceptions: a population-based study. *CadSaude Publica* 2009;25:2285-90.

43. Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomson JS, Millard SC, Binns HJ et al. Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics* 2006; 117:681-90
44. Suehiro ACB, Rueda F J M, Oliveira EZ, Pacanaro SV. Avaliação do autoconceito no contexto escolar: análise das publicações em periódicos brasileiros. *Psic.: Ciência e Prof.*, 2009; 29(1), 18-29.
45. Simões D, Meneses RF. Auto-conceito em crianças com e sem obesidade. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, 2007; v. 20, n. 2, p. 246-251.
46. Mirza NM, Davis D, Yanovski JA. Body dissatisfaction, self-esteem, and overweight among inner-city Hispanic children and adolescents. *J Adolesc Health*. 2005; 36(3):267 e16-20.
47. Lima PRF, Frota MA, Pinto NV. Percepção da imagem corporal de crianças que praticam dança-educação na escola pública. *FIEP BULLETIN*, 2012; Vol. 82 - Special Edition - Article I.
48. Pinheiro N, Jimenes M. Percepção e insatisfação corporal: um estudo em crianças brasileiras in *Psico* Porto Alegre, PUCRS, 2010; v. 41, n. 4, pp. 510-516.

4 QUADRO TEÓRICO DA PESQUISA

4.1 Complexidade e obesidade

Este estudo teve como referencial a abordagem qualitativa, a qual busca compreender o fenômeno da obesidade infantil baseado no significado que ele possui para quem o vivencia. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos (Minayo, 2012).

Sendo assim, para compreender a obesidade infantil a partir da perspectiva familiar foi utilizada a teoria da complexidade de Edgar Morin (1996) que busca realizar uma análise crítica dos fenômenos sociais considerando a complexidade de toda rede de elementos envolvidos em sua dinâmica. Esta teoria visa contrapor o paradigma da simplificação que se pautava por raciocínios lineares, a busca da não-contradição e a dicotomia entre ordem e desordem sem conceber estes conceitos como complementares e simultâneos.

O pensamento complexo proposto por Morin (2005) oferece recursos para ultrapassarmos a lógica reducionista que pode ser uma das causas da ineficácia dos programas propostos para combater a obesidade infantil. Desconsiderar a subjetividade e a complexidade envolvida torna limitado o potencial de compreensão do tema. Algumas destas idéias são;

- Recursividade ou multicausalidade: Oposição ao princípio determinista da causalidade linear que acredita que todos os fenômenos têm uma causa e são, por isso, explicáveis em

relações particulares de causa-efeito; A é causa de B. É preciso pensar a recursividade ou, seja, a possibilidade de a causa agir sobre o efeito e de o efeito agir sobre a causa.

- Dialógica; Pensar dialogicamente é compreender que a realidade se constitui, modifica, destrói e regenera a partir de princípios e forças contrárias. Ordem e desordem não podem ser pensados separados, mas como um par que na sua relação dialógica produz as infinitas configurações e modificações do real.

Trata-se de ser capaz de pensar o real como um todo e não de o reduzir arbitrariamente fragmentando-o. Desta forma, a obesidade deve ser vista com todas as contradições, subjetividades, ordem e desordens que a compõe. Por oposição ao princípio da não-contradição a **dialógica** é a unidade complexa entre duas lógicas, entidades ou substâncias complementares, concorrentes e antagônicas que se alimentam uma da outra, se completam, mas também se opõem e combatem, (MORIN, 2005). O pensamento complexo se constitui em um exercício que se mostra necessário para nos aproximarmos mais do fenômeno.

É comum se atribuir causas lineares para explicara obesidade; “engordou por causa da ansiedade”. A recursividade nos remete a multicausalidade da obesidade infantil que não é linear. A multicausalidade nos mostra que existe uma rede complexa atuando em que não é possível distinguir causa e efeito, pois o sintoma representa ambos; engordou por causa da ansiedade, mas vemos que por que engordou ficou ansioso e além disto, as relações familiares, as pressões sociais e os estímulos midiáticos vão influenciar no aparecimento da ansiedade e do engordar. Ansiedade então é causa/consequência, ordem e desordem que compõe um quadro composto por vários elementos que não podem ser dissociados para compreender a obesidade como uma das causas/consequências. Não existe obesidade isolada e não é possível tratar “a obesidade” de forma descontextualizada. Devemos intervir na pessoa que apresenta este quadro vivencial no qual a obesidade é um dos componentes do sistema.

A complexidade de fenômenos como a obesidade evoca a transdisciplinaridade. Nicolescu (2008) nos mostra que o prefixo trans se relaciona àquilo que esta ao mesmo tempo entre as disciplinas,

através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina. Varias áreas do conhecimento dialogam para a compreensão e intervenção em obesidade.

O conceito de obesidade engloba também uma perspectiva histórico-sociológica e todos os elementos que compõe seu enredamento. A construção social do fenômeno da obesidade, com todos os interesses políticos, econômicos, midiáticos e industriais envolvidos culmina na atual organização do conceito na área da saúde. Constata-se que em nossa sociedade predomina conceitos de saúde pela visão biomédica que determina obesidade como doença e a define por indicadores biológicos. Para exemplificar a limitação deste enfoque pode-se citar o Índice de Massa Corporal (IMC) que é um dos indicadores mais utilizados e apresenta inúmeras fragilidades, pois é importante que seus valores se correlacionem com outras medidas independentes de composição corporal e nem sempre isto é feito (CERVI, 2005).

Neste modelo biomédico o profissional da saúde assume figura central e a intervenção é vertical, no qual ele assume o “saber” e a postura de que detém “o caminho” do tratamento, como se este fosse único. Assim, cobra e culpabiliza o usuário que por sua vez deposita no profissional a expectativa da solução dos seus problemas privilegiando a via medicamentosa e prescritiva, tão incentivada pela mídia e pela indústria farmacêutica. Desta forma, os profissionais da saúde se deparam com a falta de adesão ao tratamento, que os deixa perplexos e os pacientes e familiares se ressentem deles que os julga e recrimina. (FREITAS, 2014).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Local e participantes

A pesquisa foi realizada no Hospital Infantil São Camilo. Trata-se de uma das principais instituições hospitalares infantis privadas de Belo Horizonte. O termo de parceria foi devidamente assinado (Anexo A). Lá são realizados, por equipe multidisciplinar composta por nutricionista, pediatra e psicóloga, grupos de intervenção na obesidade infantil na perspectiva sistêmica/complexa.

Foi acordado com esta equipe realizar o estudo no grupo que aconteceu no 2º semestre de 2015. O grupo durou seis meses. Os encontros eram quinzenais com duração de duas horas.

Participaram 10 famílias com a presença de 10 mães e 3 pais. As idades das crianças variaram entre 9 e 12 anos. A caracterização das crianças participantes se encontra no quadro 1. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos (Brasil, 1994).

QUADRO I - Faixa etária e sexo das crianças participantes

Criança	Idade	Sexo
01	11	Feminino
02	09	Feminino
03	09	Feminino
04	09	Feminino
05	09	Feminino
06	09	Feminino
07	09	Masculino
08	11	Masculino

09	10	Feminino
10	11	Masculino

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, que estuda as percepções, opiniões e descrição das vivências (Minayo, 2007), o mais significativo não é a quantidade final de entrevistados, mas a representatividade dos dados e a qualidade dessas informações (Fontanella, Ricas & Turato, 2008).

Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, (Apêndice B). As crianças assinaram o Termo de Assentimento (Apêndice C). O projeto foi aprovado pelo comitê de ética sob o nº CAAE: 47144615.8.0000.5091, submetido via plataforma Brasil em 14/07/2015 (Anexo A). A pesquisa foi apresentada no Cosah em 05 de outubro na modalidade pôster (Apendice D).

5.2 Técnicas utilizadas

5.2.1 Entrevistas

Todas as famílias, antes do início do grupo foram entrevistadas individualmente pela pesquisadora utilizando-se entrevista semi aberta com questões norteadoras sobre suas percepções em relação à obesidade, relação com a comida, limitações cotidianas e preconceitos sociais, entre outros temas que surgiram. As questões para os pais foram: “O que significa obesidade para você?”, “O que significa o alimento em sua vida?”, “Como as pessoas vêem as outras que tem sobrepeso?”, “Estar acima do peso influencia a vida do seu filho?”, “Fale-me de seus hábitos e de sua família?”, “Vocês já procuraram algum profissional por causa do sobrepeso da criança?” e “Você já teve sobrepeso?”.

As questões para a criança foram: “Como você se vê?”, “Como você acha que os outros o vêem?” e “Qual o significado da comida em sua vida?”

5.2.2 Técnica gráfica

Foi solicitado as crianças que fizessem três desenhos utilizando folha branca A4, lápis de cor, lápis grafite e borracha. A primeira produção foi um desenho de como ele se vê. Desta forma o indivíduo revela seus próprios conflitos e motivações, pois ele é estimulado a associar livremente, e a escolha que fez ao desenhar mostrará o “foco” de suas representações (Trinca, 2010). No segundo desenho foi solicitado a criança representar como ela acha que os outros a vêem, para verificarmos a internalização dos constructos sociais acerca do seu corpo. Já no terceiro desenho foi pedido que desenhasse como ela vê a comida em sua vida (Apêndice E).

5.2.3 Grupos complexos/sistêmicos

Após as entrevistas individuais foram realizados grupos (Apêndice F) pela metodologia proposta por Tassara, (2012). A autora realizou uma pesquisa de mestrado sobre a obesidade infantil e construiu uma metodologia de grupos com as famílias com referências na teoria da complexidade e na teoria sistêmica. Este trabalho está descrito no livro escrito por ela intitulado Obesidade na infância e interações familiares: uma trama complexa (Belo Horizonte, Coopmed, 2012). Além da participação no grupo que nos permitiu observar, interagir e compreender melhor as relações familiares que envolvem a crianças acima do peso foi cedido para a pesquisa três encontros para discussão de que tipo de material psicossocial, educativo, seria interessante para eles.

Participaram do grupo, duas médicas, uma nutricionista, duas psicólogas e uma estagiária de Psicologia. Foram nove encontros no total. A descrição dos encontros encontra-se no quadro II.

QUADRO II- Descrição dos encontros realizados com as famílias no hospital infantil em Belo Horizonte

ENCONTROS	DESCRIÇÃO DOS ENCONTROS
ENCONTRO 1	Apresentação e realização do projeto da família. Todas as famílias desenharam em papel craft suas mãos listando nos dedos as metas individuais e no centro das mãos as metas coletivas, da família toda. Eles foram orientados a deixar em local visível e convidar toda a família a participar.
ENCONTRO 2	Todos compartilharam sobre a confecção do projeto da família e do convite que foi feito para os familiares que não vem ao grupo.
ENCONTRO 3	Discussão material educativo. Foi feito grupos separados de crianças e pais para pensarem em ideias de materiais. Depois fez-se um único grupo para discuti-las. Ficou como para casa construírem algum esboço de material e trazer daqui a dois grupos.
ENCONTRO 4	Técnica grupal dos alimentos. Vários alimentos foram levados em formatos diferenciados. Pera cozida, chips de maçã, cenoura cozida em bolinhas, etc. Todos fecharam os olhos para experimentar e tinham que tentar adivinhar o que era. Foi discutido sobre a afetividade do paladar. A importância de experimentar.
ENCONTRO 5	Discussão material educativo- Foram discutidos materiais que as crianças e familiares trouxeram. Foi sugerido jogos de tabuleiro, confecção de um boneco com a barriga elástica e comidas de brinquedo que ele come e engorda ou não, cartilhas com personagem divertido, historia interessante sobre o assunto, jogo de perguntas e respostas, cartas sobre alimentos.
ENCONTRO 6	Foi realizada uma técnica grupal onde todos foram convidados a derreter um pedaço de chocolate na boca. Era proibido morder. Foi feita uma reflexão sobre sentir o alimento, prestar atenção no ato de comer. Foi problematizou sobre a pressão da mídia, a “correria” do dia-a-dia. A nutricionista explicou a importância da mastigação e do não engolir.
ENCONTRO 7	Discussão material educativo- Foi discutido sobre qual das idéias prevaleceria na criação de um material educativo, de intervenção. Foi decidido pelo grupo que jogo seria o material mais interessante seguido de historia.
ENCONTRO 8	Jogo da alimentação- As famílias tinham que pegar na mesa figuras e miniaturas de alimentos e montar um prato. As escolhas foram discutidas após.
ENCONTRO 9	Confraternização

5.3 Análise dos dados

5.3.1 Entrevistas:

Para organização e análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo Categorial Temática de Bardin (1979), escolhida pela possibilidade de adequação às diversas condições de produção da palavra ocorridas na pesquisa. Essa técnica compreende procedimentos sistemáticos na descrição do conteúdo de mensagens, possibilitando a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. As entrevistas foram transcritas e identificadas através de códigos preservando a identidade dos participantes (Apêndice G).

5.3.2 Desenhos:

É uma atividade que possibilita ao sujeito expressar conteúdos da sua vivência emocional, possuindo também caráter terapêutico que permite a reelaboração (SCHALL, 2005). Após a realização da técnica gráfica foi realizada uma entrevista semi aberta a partir de questões norteadoras sobre o tema, como subsídio para uma melhor compreensão do desenho. Foram utilizados alguns autores, tais como Campos (2014) e Buck (2003).

As recomendações técnicas preconizadas por Trinca (2010), quanto ao ambiente e estrutura foram adotadas como referencial para a coleta dos desenhos, bem como os diálogos a respeito das produções com os pacientes após sua conclusão (Apêndice H).

5.4 Construção de material psicossocial

5.4.1 Material psicossocial

As principais sugestões levantadas nos encontros do grupo do hospital São Camilo foram jogos dinâmicos e divertidos ou livro contando uma história com personagens interessantes que prendam atenção. Foram esboçadas por eles algumas idéias de jogos e histórias.

O material educativo permite o intercâmbio de saberes ao associar o conhecimento conceitual (como modalidades terapêuticas) a aspectos comportamentais e permitindo ressignificar as vivências (Croscato, Pina & Mello, 2010). Ressalta-se a necessidade da construção desse

instrumento devido à escassez dessas produções na área da obesidade infantil. A idéia é possibilitar a construção de novos significados e maior compreensão das experiências, considerando os aspectos afetivos (Schall, 2005). Partindo das sugestões dadas, da experiência vivenciada no grupo, da análise dos dados obtidos e da literatura consultada formulou-se três materiais: Dois jogos e uma cartilha.

Os conceitos utilizados na formulação do jogo se baseiam na teoria da complexidade (Morin, 2012) como já citado, além de Afonso (2009), Freire (1996) e Pichon-Riviere (1988). O conceito de mediador é Freiriano, pois parte-se da idéia de que o encontro deve ser democrático e afetivo e todos devem se expressar a partir de suas realidades. O mediador contribui para as conexões entre os saberes, instiga a reflexão e apoia o acesso ao conhecimento de forma crítica, sem se posicionar como quem detém o saber.

5.4.2 Utilização do jogo em oficina na Comunidade Maria Goreti

O *Jogo da família-saúde divertida* foi realizado em uma oficina na Comunidade do bairro Maria Goreti em Belo Horizonte-MG, com seis famílias em um encontro que durou 2 horas e meia (Apêndice I).

A oficina sugerida para a utilização deste material na área da saúde seguiu o planejamento proposto por Afonso (2002) que prevê em cada encontro três momentos com ou sem o uso de técnicas: (1) momento de Sensibilizar, (2) problematizar e (3) sistematizar.

Afonso (2006) enumera ainda quatro momentos na realização de uma oficina. O primeiro momento é a pré-análise, no qual o profissional deve fazer uma pesquisa sobre o tema e realizar um levantamento de dados importantes sobre o tema. Nesta etapa, foi feita uma revisão integrativa sobre a obesidade infantil e análise das entrevistas e desenhos realizados pelos participantes da pesquisa.

Em um segundo momento é trabalhado o tema geral da oficina. Em torno do foco, surgem os temas-geradores, que são assuntos complementares. Cada um deles pode ser trabalhado em um encontro ou em vários. Importante ressaltar que os temas-geradores devem ter relação com o cotidiano do grupo e não devem ser apresentados de uma forma intelectualizada. O tema central foi o sobrepeso infantil, que foi trabalhado através do jogo construído para as famílias dialogarem. Vários temas geradores apareceram tais como; ansiedade, falta de cooperação familiar, dificuldade financeira para comprar alimentos saudáveis, prazer de alimentar, entre outros.

O terceiro momento diz respeito ao enquadre: Foram seis famílias participantes durante um encontro de 2 horas e meia na UBS do bairro Maria Goreti em Junho de 2016. Participaram da oficina 06 famílias. As idades das crianças variaram entre 6 e 12 anos.

Afonso (2006) sugere que esta etapa seja pensada em termos de facilitar a expressão livre dos participantes, a troca de experiências, a relação com o facilitador, a privacidade dos encontros e o espaço e tempo para levar uma reflexão sobre o tema, assim como, os limites institucionais para a proposta de trabalho. Foram observadas estas sugestões durante a condução da oficina.

O quarto momento resulta do desdobramento do foco e das problematizações dos temas-geradores. Trata-se de uma construção flexível e alguns pontos devem ser sistematizados para que sejam operacionalizados ou para que sirvam de gatilho para mudanças. O mediador da oficina antecipa temas e estratégias como forma de se qualificar para a condução da oficina, no entanto, ele deve estar ciente e preparado para acompanhar o grupo em seu processo, sendo que provavelmente acontecerão mudanças no planejamento inicial.

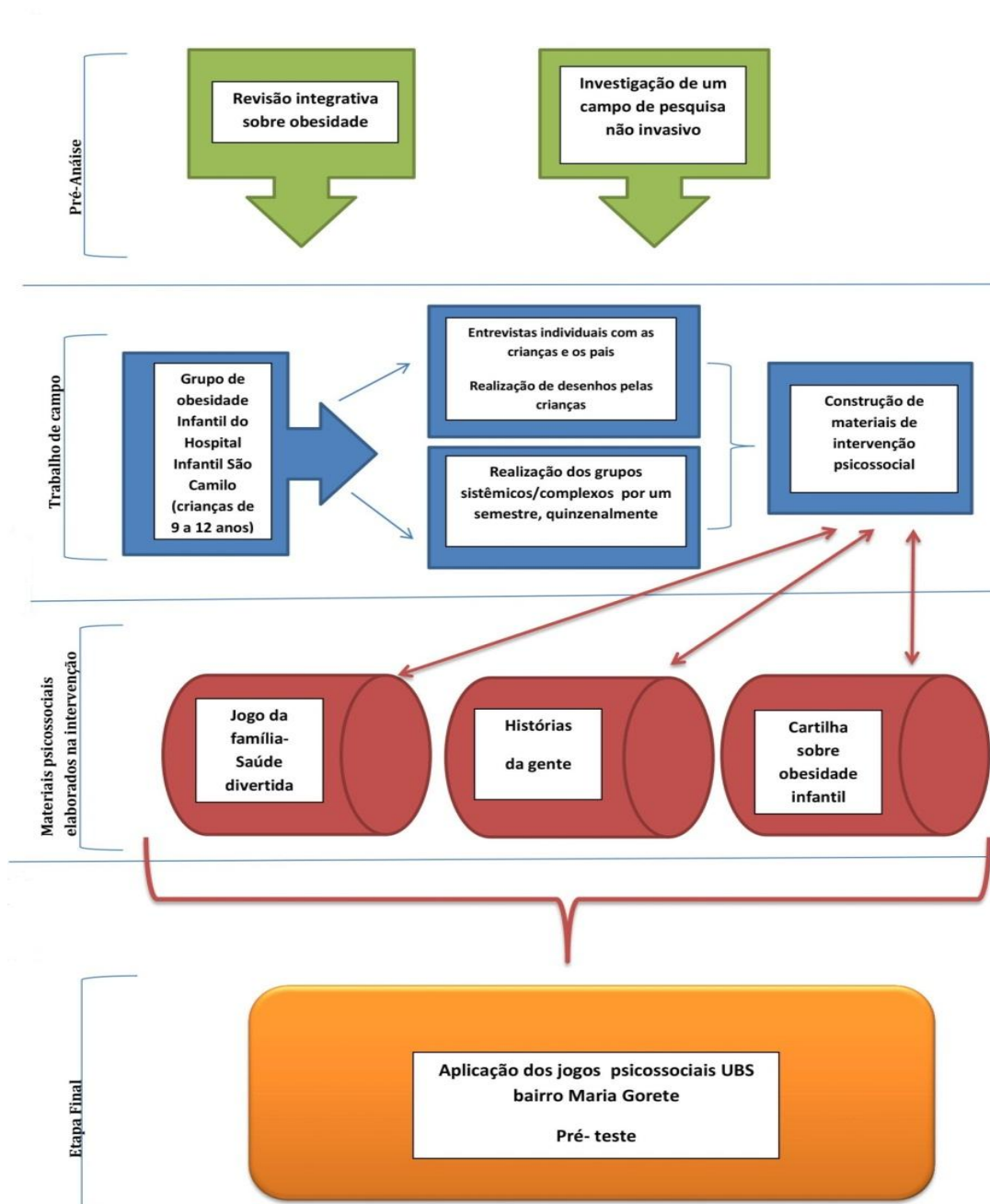
Assim, sugere-se realizar oficinas para aplicar os jogos em UBS, escolas, espaços de promoção e prevenção de saúde e outros. A oficina é uma metodologia de trabalho que prevê a formação coletiva. Ela prevê momentos de interação e troca de saberes a partir de uma horizontalidade na construção do saber inacabado. Sua dinâmica toma como base o pensamento de Paulo Freire

(1991) e Edgar Morin (2007) no que diz respeito à dialética/dialogicidade na relação educador e educando. A oficina constitui um espaço de construção coletiva, de análise da realidade, de confronto e troca de experiências.

A oficina se caracteriza ainda por ser um trabalho que leva em conta a complexidade humana, seus aspectos subjetivos e sociais, cuja elaboração ou aprendizagem não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, suas formas de pensar, sentir e agir. Combinando relações de produção e de afeto, o grupo é um espaço no qual as manifestações nos remetem ao contexto grupal e social (AFONSO, 2000).

Neste momento do estudo, novamente todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). As crianças assinaram o Termo de Assentimento (Apêndice C).

6 DESENHO DA PESQUISA



7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados na forma de 05 artigos, nos quais 02 estão publicados, 02 estão submetidos, aguardando parecer das revistas e 01 ainda será submetido. Como resultado também apresenta-se material psicoeducativo constituído de dois jogos e uma cartilha sobre obesidade infantil.

7.1 ARTIGO 1 – Estratégias para a Promoção e prevenção da alimentação saudável na infância: uma reflexão

Short Communication publicada na revista Childhood obesity: BENTO, IC, FRONTZEK, LGM. Strategies for healthy eating promotion in childhood: A reflection in Journal Childhood obesity, N3.16, 2016 (Apêndice I).

Estratégias para a Promoção e prevenção da alimentação saudável na infância: uma reflexão

A obesidade infantil vem crescendo vertiginosamente mundialmente nas últimas três décadas e se tornou um grande problema de saúde pública no Brasil (Barbosa Filho et al, 2016).

A alimentação das crianças, principalmente as de 2 a 5 anos, está diretamente relacionada ao seu crescimento e desenvolvimento e também à formação de seus hábitos alimentares (Vitolo, 2008). Sendo assim, uma ingestão alimentar adequada pode prevenir a desnutrição, bem como o excesso de peso, que pode evoluir para a obesidade e suas comorbidades. Verifica-se também com o aumento de peso uma menor qualidade de vida e uma maior oneração dos custos para os serviços de saúde

A partir do conhecimento do consumo alimentar de crianças, é possível compreender os hábitos instalados em nossa cultura para, partindo deles, planejar ações capazes de promover mudanças positivas no comportamento alimentar ainda na infância, fase na qual os hábitos de consumo estão sendo adquiridos e consolidados. A literatura sobre nutrição infantil evidencia que o comportamento alimentar das crianças é determinado, em primeira instância, pela família, da qual ela é dependente, e, secundariamente, pelas outras interações psicossociais e culturais, ou seja, o ambiente em que vive. Portanto, a seleção de alimentos é parte de um sistema comportamental complexo que na criança é determinada, primeiro, pelos pais (OLIVEIRA, 2008).

A literatura mostra que crianças associam pessoas magras e gordas a qualidades negativas, enquanto indivíduos de tamanho médio foram associados a qualidades positivas. Desta forma, a criança interioriza muito cedo que ter excesso de peso é motivo de vergonha e embaraçoso, estando sob risco de desenvolver uma sintomatologia depressiva por um baixo autoconceito e autoestima, levando ao seu isolamento social (SIMÕES; MENESES, 2007)

Percebe-se que os tratamentos bem sucedidos para obesidade geralmente são invasivos e caros. O mais adequado seria trabalhar desde cedo com a promoção e prevenção de doenças não transmissíveis como a obesidade. No entanto, vive-se em um ambiente obesogênico e muitos fatores conspiram contra ações que visem à promoção e prevenção, tais como a indústria de alimentos, as propagandas na televisão, os filmes e jogos e a própria programação da televisão que mantêm as crianças cada vez mais sedentárias e submetidas a um hiperconsumo.

Sendo assim, torna-se necessário escutar os filhos, mas também os pais, já que boa parte do comportamento alimentar é aprendido. A literatura na área também aponta que, intervenções que não envolva os pais são menos eficazes (MELO et al, 2003, CAMARGO et al, 2013). Dentre os vários comportamentos que corroboram esta idéia, podemos citar o fato dos pais parecerem mais preocupados com a criança estar abaixo do peso do que acima. Este comportamento pode resultar em um incentivo ao abuso de comida, principalmente por parte da mãe, que costuma ser a principal cuidadora. Sendo assim, o sucesso do equilíbrio do peso na infância depende da eficácia

dos pais em identificar seus filhos como com sobrepeso/obesidade e do envolvimento destes para o tratamento adequado (PAKPOUR, 2011).

Então se pergunta que estratégias poderiam ser utilizadas para prevenção e promoção da alimentação saudável na infância?

Existem estratégias de intervenções centradas na criança, centradas na família como um todo, centradas apenas na mãe, e centrada na mãe e na criança. Percebe-se que a intervenção deve abranger a criança, a família e os locais onde ela vive.

No Brasil muitas intervenções são feitas em escolas, local onde a criança passa grande parte de seu tempo durante a semana. Intervir na alimentação de instituições que fornecem refeições para crianças, como ONGS, creches, escolas e outros propicia relevante contribuição para prevenção da obesidade infantil.

A família, no entanto, precisa ser envolvida, pois mesmo que a criança seja aderente ao programa implantado na instituição em que estiver inserida, quem compra o alimento e determina os hábitos alimentares em casa para que ela dê continuidade a reeducação alimentar, são os adultos. É necessário lembrar que estes adultos estão expostos a um meio ambiente que não favorece a implantação de melhores hábitos alimentares. A maior parte dos pais trabalha boa parte do dia e é bastante comum que os dois trabalhem, e a criança fica em período integral na escola ou sob cuidado de vizinho, parente, cuidador e em alguns casos, até mesmo sozinhos. Sendo assim, em contexto de tempos escassos, a alimentação precisa ser “prática”, e industrializados atendem bem a esta demanda. Preparar o próprio alimento, fazer sucos naturais, utilizar temperos caseiros exigem tempo que não tem existido nas agendas familiares. A vida “corrida” propicia também à falta de mastigação tão necessária a noção de saciedade.

Além disto, os pais e cuidadores da criança são bombardeados por uma mídia que estimula consumo de fast-food e alimentos industrializados, com muito conservante e corante, “ideais”

porque ficam prontos rápidos. A maior violência midiática, porém, se revela ao associar personagens infantis famosos a alimentos não saudáveis, como bolinhos e biscoitos recheados, sanduíches, chips entre outros. A criança não possui maturidade psicológica para discernir que um alimento não deve ser consumido se ele é tão saboroso e ainda vem com o desenho de um personagem tão legal. Estudos mostram que a televisão induz ao sedentarismo e maior ingestão de alimentos calóricos (HALFORD, 2003). Uma análise demonstrou que 60% dos alimentos anunciados estão na categoria gordura, óleos e açúcares (ALMEIDA, NASCIMENTO & QUAIOTI, 2002).

Soma-se a toda esta dinâmica da manutenção e desenvolvimento da obesidade os mecanismos psicológicos produzidos pela pressão social. Para ilustrar esta ideia resgata-se o exemplo do bolinho com o personagem. Se não houver uma reflexão sustentada por uma rede de apoio social e familiar, poucos pais resistirão ao pedido insistente do filho, sabendo que os coleguinhas levam pra escola e ele não. Há o receio de que o filho se sinta diminuído e de fracassar como “bons” pais, “que fazem tudo que podem pelos filhos”. Tem-se aí mais um elemento de fundamental importância na compreensão da dinâmica da obesidade: o fator afetivo. Estes elementos estão intimamente interligados. Os padrões estabelecidos socialmente repercutem na subjetividade dos cuidadores refletindo em como instalam os hábitos alimentares da família. A obesidade como um problema é uma construção historicamente recente, e foi somente a partir de 1985 que ela passou a ser considerada doença para a visão biomédica (YOSHINO, 2007). Crenças culturais levam bastante tempo para se transformarem e ainda existe uma associação entre magreza e doença. A alimentação está muito atrelada ao sentido de cuidado. A relação entre os pais, a criança e o alimento está inserida numa dimensão afetiva, de estímulo, de busca, de autonomia e socialização. Na ânsia de cumprir bem seu papel, de que a criança fique alimentada, algumas mães apresentam práticas alimentares inadequadas (ROTENBERG & VARGAS, 2004 31).

A dimensão subjetiva e afetiva precisa ser levada em consideração na formulação de estratégias para o combate a obesidade infantil. A mudança de hábitos não passa apenas pela transmissão de informação, ainda que este item seja também importante. O prazer envolvido na alimentação, a

tradição familiar de determinadas receitas, os afetos agregados aos hábitos alimentares tornam complexa uma mudança que vai “mexer” em tudo isto. Ignorar esta grandeza se mostra contraproducente no trabalho clínico/social.

A condição econômica da família também influi em seus hábitos alimentares. A alimentação saudável costuma ser mais onerosa do que a não saudável. Alguns estudos mostram esta realidade. Uma pesquisa feita nas grandes regiões urbanas brasileiras mostrou que, em alguns lugares, famílias com renda mensal de até oito salários mínimos apresentaram ingestões calóricas inferiores às recomendações mínimas (SILVEIRA, et al, 2002, 34). Um outro estudo realizado no Brasil, com 122 filhos de mães adolescentes e 123 filhos de mães adultas, demonstrou que o fator sócio-econômico, provavelmente, pesou nas práticas alimentares durante o primeiro ano de vida (VIEIRA, SILVA & FILHO, 2003).

As condições econômicas em países em desenvolvimento podem interferir no hábito alimentar das crianças, uma vez que elas têm acesso restrito a alguns tipos de alimentos, principalmente de origem animal (RUEL, 2002). Agrava este fato, estudo que prova que existe relação direta entre a frequência das exposições e a preferência pelos alimentos (EUCLYDES, 2000 14).

Os profissionais da saúde que lidam com a obesidade infantil devem considerar estes fatores quando forem construir estratégias para a promoção e prevenção da alimentação saudável na infância. É preciso conhecer a realidade da população atendida e se orientar pela demanda deles. Mostra-se pouco eficaz preparar uma excelente palestra sobre a propriedade dos alimentos a até mesmo propiciar uma técnica grupal que ressalte o aprendizado, se aquelas pessoas não possuem condições financeiras para adquirir os alimentos mencionados com frequência.

Desta forma, percebe-se que uma variedade de fatores, dinâmicos e interligados, está relacionada à formação dos hábitos alimentares da criança. É preciso considerar “o todo” da criança e de forma relacional, já que não é possível tratá-la isoladamente de sua família, fonte principal de seus aprendizados alimentares. Porém, é possível investigar, em cada caso específico, quais são

os fatores predominantes para poder realizar uma intervenção nutricional efetiva, quando esta se fizer necessária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. S., NASCIMENTO, P. C. B. D., QUAIOTI, T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.36,n.3, jun.. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 09/06/2016.

BARBOSA FILHO, VC, CAMPOS, W, FAGUNDES, RR, LOPES, AS, SOUZA, EA. Presença isolada e combinada de indicadores antropométricos elevados em crianças: prevalência e fatores sociodemográficos associados. Ciênc. saúde coletiva . 2016 Jan [citado 2016 Jun 09]; 21(1): 213-224.

CAMARGO, A.P.P. de Melo. AZEVEDO, B. A, ANTONIO, M.A.R. de G. Monteiro et al. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.2 Rio de Janeiro fev. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 20/05/2016.

EUCLYDES, M. P. Alimentação Complementar. Nutrição do lactente. 2. ed. Viçosa, 2000.cap.6, p.401 – 457b.

HALFORD, J. C. G.; GILLESPIE, J.; BROWN, V.; PONTIN, E. E.; DOVEY, T. M. Effect of television advertisements for foods on food consumption in children. **Appetite**.2003. Disponível em: <<http://periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 09/06/2016.

MELO, Elza D.; LUFT, Vivian C.; MEYER, Flávia. Obesidade Infantil: como podemos ser eficazes. Jornal de Pediatria. Porto Alegre – Rio Grande do Sul, V. 80, nº 3, pág: 1 a 16, maio / junho, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n6/v80n6a08.pdf>>. Acesso em 20/06/2016.

VITOLO MR. Nutrição da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso Editores;2008.

SIMÕES, D, MENESES, RF. Auto -Conceito em Crianças Com e Sem Obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 246-251. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a10v20n2.pdf>>. Acesso em: 09 de junho de 2016

OLIVEIRA, TRPR. Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares. Tese apresentada ao programa de pós graduação em ciências da saúde da faculdade de medicina. Belo Horizonte, UFMG, 2008.

ROTENBERG, S.; VARGAS,S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev. Brás. Saúde Mater.Infant.*, Recife, v.4, n.1, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 09/07/2016.

RUEL, M. T.; MENON, P. Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin America: Innovative uses of the demographic and health surveys. *J. Nutr.*, v.132, n.6, p.1180-7, 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 25/06/2016

SILVEIRA, F. G.; MAGALHÃES, L.C.G.; TOMICH, F.A.; VIANNA, S.T.W.; SAFATLE, L.; LEAL, J. C. Insuficiência alimentar nas grandes regiões urbanas brasileiras, Brasília, IPEA, 29 p., jun. 2002. . Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 09/06/2016.

VIEIRA, M. L. F.; SILVA, J. L. C. P; FILHO, A. A. B. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? *Jornal de Pediatria*, v. 79, n. 4, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25/06/2016.

YOSHINO, N L. O corpo em “excesso” e o culto da boa forma in Canesqui AM. *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec/Fapesp; 2007. 149 p.

7.2 ARTIGO 2 - Obesidade infantil: compreender para melhor intervir

Submetido a Revista da Abordagem Gestáltica, Aceito em 30/09/2016. (Anexo C)

Obesidade infantil: compreender para melhor intervir

Resumo

O artigo visa compreender a obesidade infantil a partir de quem o vivencia, crianças e pais, para subsidiar intervenções efetivas. A pesquisa foi realizada em Belo Horizonte com 10 famílias através de narrativas individuais e em grupos na perspectiva da teoria da complexidade e da fenomenologia. Com base nas narrativas foram construídas cinco categorias temáticas; **o significado da comida**- atrelado à visão biomédica e a elementos afetivos e psicológicos, **a percepção social**- predomina opejorativo, **influência do sobrepeso infantil no cotidiano** – há impactos negativos nos campos no físico, emocional e social, **relação com profissionais da saúde**- marcada por cobranças, receios e incompreensões e **motivos para não adesão ao tratamento**- são implícitos e explícitos. Conclui-se que para a compreensão da obesidade infantil e para se pensar em intervenções mais eficazes deve-se considerar o sentido atribuído à obesidade, as relações familiares, as condições socioeconômicas e todos os elementos que circundam a obesidade infantil.

Palavras chaves: obesidade infantil; relações familiares; profissionais da saúde.

1 Introdução/Justificativa

A Organização Mundial de Saúde (WHO) relata crescimento da obesidade infantil em aproximadamente 40% nos países Europeus nos últimos 10 anos. No Brasil os últimos dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são de 2008/2009 (BRASIL, 2008). Na região sudeste o excesso de peso infantil em crianças de 5-9 anos foi de 38,8% e nas idades de 10-19 foi de 22,8%. A Associação Brasileira para O Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (Abeso) mantém em seu site um mapa atualizado a partir de informações oficiais, onde é possível ver por região a prevalência da obesidade.

A obesidade é considerada atualmente uma doença crônica multifatorial e assim o tratamento deve ter também uma perspectiva multidisciplinar. A obesidade evoca muitos elementos que se relacionam de forma dinâmica e simultânea, portanto, qualquer tentativa fragmentada de lidar

com o tema se mostrará menos eficaz. Apenas para ilustrar alguns destes elementos pode-se citar: a influência midiática, que estimulam uma alimentação inadequada ao mesmo tempo em que se cobra um padrão ideal de magreza oposto ao que incentiva, a economia/política que incentiva o consumismo, os interesse da indústria da alimentação, a complexidade das relações familiares envolvidas, a subjetividade do sujeito, entre outros (NUNES, 2006; FRONTZEK, 2015).

É freqüente na literatura sobre a obesidade informações sobre o aumento crescente da obesidade infantil e adulta em todo mundo, sendo considerada uma epidemia (FREITAS, 2014; MELO et al, 2003; NUNES, 2006, FRONTZEK, 2015). Trata-se de um problema de saúde pública, mas também de uma questão social, já que as pessoas com sobrepeso são estigmatizadas. Algumas tentativas empreendidas para conter o desenvolvimento da obesidade mostraram-se ineficazes ou mesmo contraproducentes (POULAIN, 2009). Estes dados apontam a importância de mais estudos que apontem possíveis intervenções que possam ser efetivas.

A fenomenologia em diálogo com a teoria da complexidade proposta por Edgar Morin (1996) se mostrou pertinente para a análise dos dados por apresentar uma perspectiva que abrange a complexidade dos fenômenos inter-relacionais como o é a obesidade infantil.

O método fenomenológico não se restringe à pesquisa qualitativa. Trata-se de um instrumento de análise lógica e de confronto à realidade. Uma constante indagação ao que está posto. Nesse sentido, a descrição fenomenológica poderá contar com as mais variadas fontes de informação, inclusive a estatística (DECASTRO, 2011). Assim a fenomenologia nos permite o movimento de ir e vir ao fenômeno. Paradoxalmente, esse movimento de ir e vir não denota instabilidade ou ausência de consistência e de rigor científico, mas um caráter de recursividade que torna o enfoque fenomenológico uma proposta de reflexão exaustiva e também uma vertente da epistemologia da complexidade, de Edgar Morin e colaboradores (RIBEIRO, 2015).

A complexidade, por sua vez, permite uma releitura crítica da prática e dos pressupostos configuradores da abordagem fragmentadora da obesidade. Nesse aspecto, ressalta-se a

importância de um paradigma que se propõe a buscar o desconhecido do conhecimento pelo seu próprio inacabamento, baseando-se, por exemplo, no princípio de causalidade complexa, ou seja, causalidade mútua inter-relacionada (MORIN, 1996). De forma complementar e dialógica a ótica fenomenológica consiste em adotar uma postura de abertura e flexibilidade, desatando conceitos e definições consolidados, o que possibilita análises e resultados menos superficiais na investigação do fenômeno estudado. Husserl, precursor da fenomenologia, ergueu uma ponte entre o abismo que existia entre a ação prática da atividade científica e a natureza reflexiva da filosofia. Ele evidenciou os diferentes níveis de percepção da realidade pelo sujeito observador. Husserl nos remete a teoria da complexidade pela multiplicidade de enfoques e os questionamentos aos fundamentos da ciência (RIBEIRO, 2015).

Portanto, a opção de ouvir as pessoas que lidam cotidianamente com a obesidade infantil através de suas vivências aponta um caminho mais próximo de uma realidade que poderá ser melhor tangenciada se consideramos sua complexidade sem querer engessá-la em conceitos previamente definidos. Assim, a teoria de Morin evoca a complexidade e a fenomenologia a necessidade de nos debruçarmos sobre fenômeno de maneira aberta e sem preconceitos.

No trabalho com pessoas obesas pode-se observar que é significativa a frequência com que relatam dificuldades com o peso desde a infância. É possível perceber hábitos alimentares que levam a obesidade sendo repassados por gerações (FRONTZEK, 2014). A seleção de alimentos é parte de um sistema comportamental complexo que na criança é determinada primeiro pelos pais (SAVAGE et al, 2007). Diante de tantas evidências é importante refletir sobre o tema e pensar em formas efetivas de intervenção além da prevenção. Portanto, foi realizada uma pesquisa em um Hospital Infantil em Belo Horizonte com famílias compostas por crianças acima do peso. Antes do trabalho de campo realizou-se uma revisão integrativa sobre a obesidade infantil (FRONTZEK, 2016) que apontou a percepção distorcida dos pais em relação ao sobrepeso dos seus filhos como um dos possíveis componentes para a ineficiência dos tratamentos. A literatura na área aponta que, intervenções que não envolvam os pais são menos eficazes (MELO et al, 2003, CAMARGO et al, 2013).

A partir desta experiência, pode-se perceber que é inviável um trabalho na área da saúde para lidar com o sobrepeso infantil que não contemple e intervenha no conjunto familiar que cerca a criança. Sendo assim, torna-se necessário escutar os filhos e os pais e compreender as relações estabelecidas, já que boa parte do comportamento alimentar é aprendido.

Partindo destes pressupostos a pesquisa buscou compreender a obesidade infantil através das narrativas das crianças e das famílias, considerando sua complexidade e inacabamento. Narrar alguma coisa consiste na “faculdade de intercambiar experiências”, configurando-se naquilo que **Eco (1993)** chama de obra aberta, posição antecipada por Benjamin (1994), na sua obra “O Narrador” (DUTRA, 2002).

Metodologia

Delineamento do estudo

O estudo foi realizado na perspectiva do pensamento complexo de Edgar Morin (2002) e da pesquisa qualitativa fenomenológica que busca aprofundar-se na compreensão dos sentidos, das experiências vividas, aspirações e atitudes e na teoria da complexidade que aprofunda a dinâmica da coexistência e recursividade dos elementos envolvidos. O referencial teórico foi o da Fenomenologia Existencial de Heidegger (2002) que busca descrever o fenômeno tal como ele ocorre, compreendendo aquilo que se mostra e seus significados. A fenomenologia, redefinida por Heidegger têm como um dos seus pressupostos a máxima Husserliana de “ir às coisas mesmas”, isto é, como o sujeito vê, interpreta e vivencia determinada situação (AMATUZZI, 2009). Esta perspectiva tem sido considerada como um importante referencial nos estudos do campo da saúde, possibilitando que as pessoas e populações que vivenciam determinados fenômenos expressem seus sentimentos e significados em relação ao processo saúde-doença (MARTINS, 2012).

Assim entende-se que toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos (MINAYO, 2012).

Para compreender a obesidade infantil a teoria da complexidade de Edgar Morin (1996) foi também evocada porque visa contrapor o paradigma da simplificação que se pauta por raciocínios lineares, a busca da não-contradição e a dicotomia entre ordem e desordem sem conceber estes conceitos como complementares e simultâneos. No entanto, não se trata de invalidar o paradigma clássico, mas sim de reconduzi-lo aos seus limites (ESTRADA, 2009). Agrega-se a fenomenologia para compreender o fenômeno a partir dele mesmo. A atitude fenomenológica, na perspectiva complexa aponta uma opção pela multiplicidade de tendências filosóficas que dialogam entre si (MASINI, 1989).

O pensamento complexo proposto por Morin (2007) oferece recursos para ultrapassarmos a lógica reducionista que pode ser uma das causas da ineficácia de alguns programas propostos para combater a obesidade infantil. Desconsiderar a subjetividade e a complexidade envolvida torna limitado o potencial de compreensão do tema. Algumas destas ideias de Morin (2007) utilizadas são:

- Recursividade: Oposição ao princípio determinista da causalidade linear que acredita que todos os fenômenos têm uma causa e são, por isso explicáveis em relações particulares de causa-efeito; A é causa de B. É preciso pensar a recursividade ou, seja, a possibilidade de a causa agir sobre o efeito e de o efeito agir sobre a causa.
- Dialógica; Pensar dialogicamente é compreender que a realidade se constitui, modifica, destrói e regenera a partir de princípios e forças contrárias. Ordem e desordem não podem ser pensados separados, mas como um par que na sua relação dialógica produz as infinitas configurações e modificações do real.

Trata-se de ser capaz de pensar o real como um todo e não de o reduzir arbitrariamente fragmentando-o. Desta forma, a obesidade dever ser vista com todas as contradições, subjetividades, ordem e desordens que a compõe. O pensamento complexo e atitude fenomenológica se constitui em um exercício que se mostra necessário para nos aproximarmos mais do fenômeno, não sendo possível concebê-lo previamente.

Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido. As crianças assinaram o termo de assentimento. Todo o padrão ético estabelecido pela comunidade científica foi respeitado. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética sob o nº CAAE: 47144615.8.0000.5091, submetido via plataforma Brasil em 14/07/2015.

Procedimentos

A pesquisa faz parte do projeto de doutorado intitulado Obesidade infantil: Compreensão das relações familiares e intervenção psicossocial. Esta etapa foi realizada no Hospital Infantil São Camilo. Trata-se de uma das principais instituições hospitalares infantis privadas de Belo Horizonte. Lá são realizados, por equipe multidisciplinar composta por nutricionista, pediatra e psicóloga, grupos de obesidade infantil na perspectiva da teoria da complexidade. Os pacientes do hospital são convidados a participar do grupo através de divulgação em rádio e também convite direto do corpo clínico que os atende.

Foi acordado com esta equipe realizar a pesquisa deste estudo no grupo que aconteceu. O grupo durou seis meses. Os encontros eram quinzenais e duravam cerca de 2 horas. Foram 10 famílias participantes.

A idade das crianças foi estabelecida de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos (Brasil, 1994). As crianças participantes se situavam na faixa etária de 9 a 12 anos, masculino e feminino, de

qualquer cor e situação econômica. Todas as crianças estavam acima do peso, havendo entre as 10 participantes 2 obesas considerando a classificação proposta pelo IMC. As crianças já foram encaminhadas para o grupo com esta classificação aferida pelos médicos do hospital onde foi realizado o estudo. Portanto, cita-se no estudo os termos “obesidade” e “sobrepeso”.

Os pais das crianças foram convidados sem distinção de idade, sexo, cor e situação econômica. Poderiam participar todos que convivessem com a criança, pais, avós e outros familiares. Houve a participação de 10 mães e 3 pais.

Os pais e as crianças foram ouvidos individualmente antes do início do grupo. Os pais das crianças foram convidados a narrar suas experiências acerca da obesidade infantil através de questões norteadoras sobre suas percepções em relação à obesidade, sentido da comida, limitações cotidianas e preconceitos sociais. Uma estagiária de psicologia permaneceu com as crianças enquanto os pais eram ouvidos. As crianças também foram ouvidas individualmente.

Análise dos dados

As narrativas e as reuniões em grupo foram transcritas e identificadas através de códigos numerados por ordem de que foram entrevistados, preservando a identidade dos participantes.

Para organização e análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo (AC) de Bardin (1979), escolhida pela possibilidade de adequação às diversas condições de produção da palavra ocorridas na pesquisa. A análise categorial foi temática, construíram-se categorias conforme os temas que emergiram. O objetivo é, através da leitura cuidadosa e exaustiva, encontrar um conjunto de significados em comum.

Resultado e discussão

De forma geral, as falas das crianças não se distanciaram muito das falas dos pais. Foi comum observar que algumas crianças, às vezes utilizavam as mesmas expressões dos pais.

A partir da interpretação dos dados coletados, nas entrevistas e nos encontros no grupo, foram construídas cinco categorias temáticas: O significado da comida, a percepção social das pessoas acima do peso, influência do sobrepeso infantil no cotidiano, relação com profissionais da saúde e motivos da não adesão ao tratamento.

Este resultado possibilita a reflexão sobre a importância da escuta para as práticas de saúde. A criação de espaços intersubjetivos que valorizem a relação profissional de saúde e pacientes como parceiros da construção da saúde deve se pautar no comportamento dialógico, que, para Buber (1982), consiste em uma relação em que os membros se reconheçam para além da comunicação, buscando se compreender na busca pelo significado e pela interpretação das experiências vividas.

O cuidado nas práticas em saúde deve refletir "Uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental" (Ayres, 2004).

O cuidado que se revela nas práticas em saúde deve considerar a articulação da intervenção técnica com o sentido que esta tem para a pessoa. Tal articulação será possível a partir da escuta dos profissionais sobre o que as pessoas desejam como modo de vida e assim, adequar suas técnicas à demanda das crianças acima do peso e de suas famílias.

Significado da comida

Percebe-se nesta temática o significado da comida dividido em dois campos principais: prazer e necessidade. A percepção de pais e filhos foi análoga em alguns pontos. As crianças trouxeram aspectos negativos que os pais não colocaram de forma tão clara, "É o que engorda". Houve diferenças de nomenclatura também, pois enquanto os pais se referem ao alimento como "necessidade", "imprescindível", "o corpo pede" as crianças em sua maioria citaram como "fonte de energia" revelando um conteúdo provável nos bancos escolares e nas falas sociais. Um argumento bastante usado para fazer as crianças comerem é citá-lo como uma fonte de energia

para conseguir fazer suas atividades. Já em relação ao alimento como prazer, as expressões utilizadas foram “tudo de bom”, “relaxa”, “gostoso”, “prazeroso” entre outras.

O sentido de prazer atribuído à alimentação apareceu em falas associadas a preocupação com controle: “É muito bom comer, mas tem que controlar né?!” (EP1), “Sustenta a gente, mas não pode ser prioridade” (EP7), “Porque comida gostosa sempre é a que engorda?” (EP1). Percebe-se que prazer, necessidade e controle são instâncias que aparecem como frutos de uma construção social.

A comida enquanto “algo que relaxa” foi um significado atribuído ao ato de alimentar. A comida é colocada como uma solução para a tensão causada pela ansiedade, mas esta relação não é claramente percebida por muitos deles. É como se fossem elementos independentes um do outro. A necessidade de construir pontes relacionais entre os fatos ficou evidenciada pelas percepções no grupo, “O problema do meu filho é ansiedade, ele engorda porque é ansioso” (EP9).

Percepção social das pessoas acima do peso

Entendendo a criança como um ser-no-mundo, ela afeta e é afetada por seu meio. Quando este mundo estabelece critérios excludentes de padrão social torna-se mais significativo à forma como são afetados.

Os pais relataram uma variedade de classificações atribuídas as pessoas acima do peso nas suas narrativas individuais e em o grupo. Algumas foram: “relaxadas”, “incapazes”, “preguiçosas”, “não faz porque não quer” e “rejeitadas”. Os profissionais da área da saúde ao considerar que a pessoa não praticou as orientações prescritas porque não quis, já que o “papel” profissional de informar foi realizado a contento, desconsideram os outros fatores envolvidos na questão e reforçam a visão estigmatizante de preguiça e relaxamento atribuído a estas pessoas. No grupo, foi comum ouvir frases sobre isto: “Dr. Fulana vai me xingar demais quando voltar a consultar porque não fiz o que ela mandou” (EP7). Oliveira (2008) em outra pesquisa relata situações

semelhantes, nas quais profissionais na tentativa de sensibilizar os pais para a importância do tratamento do sobrepeso dos filhos, recorrem até mesmo a ameaças, insinuando a possibilidade de pedir a intervenção do conselho tutelar se eles não cumprirem as orientações.

Chega a ser perversa a expressão usada socialmente que é revestida como um incentivo “basta querer!”. Querer é um passo importante, mas não basta. Muitos outros elementos são necessários para implantar mudanças. E alguns não dependem unicamente da pessoa como, por exemplo, uma boa orientação profissional (no sentido aqui discutido), condições ambientais para executar as mudanças, condições econômicas, emaranhados familiares que repercutem em conflitos psicológicos, entre outros.

Percebe-se em muitos argumentos uma defesa antecipada aos preconceitos relatados. “Os outros acham que todas as pessoas gordas comem muito, eu como pouco” (EP4), “Tenho problema na tireóide por isto não emagreço” (EP10). Excetuando-se os casos de falta de compreensão, vê-se que a maioria tem acesso a informação que mostra que dificuldades hormonais não são suficientes para causar uma obesidade mórbida. Porém, insistir neste tipo de crença pode ser uma forma de amenizar e se defender de características tão negativas como “preguiça”, “relaxada”, “não faz porque não quer” entre outros.

No relato das crianças em relação a como acham que os outros a vêem foi frequente utilizarem eufemismos para a expressão “gorda”. Ficou nítido que a palavra “gorda (o)” representa um xingamento, uma ofensa. Assim afirmaram serem vistas como uma criança “um pouco gordinha (o)” (EC2, EC5, EC7, EC10), “uma menina forte” (EC8), “um menino grande” (EC6).

Influência do sobrepeso infantil no cotidiano

A única questão não abordada diretamente pelas crianças foi a disposição física. Os pais apontaram várias situações em que a criança se cansa muito rápido. Uma das mães relatou um episódio em que a filha participou de uma trilha ecológica e que o grupo tinha que diminuir o

ritmo porque ele não conseguia caminhar na mesma rapidez que eles, o que causou constrangimento a criança.

A timidez e o preconceito social foram abordados de forma semelhante. Foram vários relatos de constrangimentos em situações públicas: não caber ou quebrar cadeira, pessoas rindo, apontando, verbalizando com vocabulário desrespeitoso entre outros. Percebe-se que os pais e os filhos, apesar de compartilharem percepções semelhantes sobre o preconceito sofrido, nem sempre possuem diálogo sobre isto, não sei como minha filha vê esta questão” (EP2).

A literatura mostra que crianças associam pessoas magras e gordas a qualidades negativas, enquanto indivíduos de tamanho mediano foram associados a qualidades positivas. Os extremos são considerados ruins. Desta forma, a criança interioriza muito cedo que ter excesso de peso é motivo de vergonha e embaraço. Tal percepção pode promover uma sintomatologia depressiva por um baixo autoconceito e autoestima, levando ao seu isolamento social (SIMÕES, 2007).

Os pais apontam também o preconceito sofrido por eles. Relatam a percepção de olhares que os culpabilizam pelo sobrepeso do filho, como uma falta de cuidado.

Relação com profissionais da saúde

Das dez famílias entrevistadas, apenas uma não havia procurado, antes do grupo, algum profissional da saúde para intervir no sobrepeso do filho. Importante observar que era uma criança que estava ganhando peso há pouco tempo. Pode-se constatar que é freqüente a procura pelo profissional para tratar sobrepeso e obesidade infantil. Necessário se faz situar o conceito de saúde em que se apoiou a pesquisa para compreender melhor esta temática.

A construção social do fenômeno da obesidade, com todos os interesses políticos, teóricos, econômicos, midiáticos e industriais envolvidos culmina na atual organização do conceito na área da saúde. Constata-se que em nossa sociedade predomina conceitos de saúde pela visão

biomédica que determina obesidade como doença e a define por indicadores biológicos. Para exemplificar a limitação deste enfoque pode-se citar o Índice de Massa Corporal (IMC) que é um dos indicadores mais utilizados e apresenta inúmeras fragilidades, pois é importante que seus valores se correlacionem com outras medidas independentes de composição corporal, como percentual de gordura, medida antropométrica e nem sempre isto é feito (CERVI, 2005).

Neste modelo biomédico o profissional da saúde assume figura central e a intervenção é vertical, na qual ele assume o “saber” e a postura de que detém “o caminho” do tratamento, como se este fosse único. Assim, cobra e culpabiliza o usuário que, por sua vez, deposita no profissional a expectativa da solução dos seus problemas, privilegiando a via medicamentosa e prescritiva, tão incentivada pela mídia e pela indústria farmacêutica. Desta forma, os profissionais da saúde se deparam com a falta de adesão ao tratamento, que os deixa perplexos e os pacientes e familiares se ressentem deles que os julga e recrimina (FREITAS, 2014).

Durante a realização do grupo percebeu-se sentimentos ambivalentes, ao mesmo tempo em que as pessoas ficam descrentes do tratamento, porque já foram em vários profissionais sem sucesso, elas se sentem “reféns” do profissional da saúde, pois entendem que é o caminho mais seguro para reverter o quadro, a fonte mais confiável. Então atribuem a falta de sucesso ao fato de não ter “dado sorte de pegar” um profissional bom, “que resolva o problema”. Alguns assumem sozinhos “a culpa”, “Fui eu que não consigo seguir”. Este é outro aspecto que chama atenção, o raciocínio fragmentado, característico do paradigma clássico da simplificação abordado por Morin (2007). A busca de “culpados” é comum por parte dos usuários e dos profissionais. Trata-se de uma postura reducionista que torna improdutivo uma reflexão que deve abranger os elementos que atuam na questão de forma inter-relacional identificando motivações e não culpados.

Pode-se perceber nas narrativas o comportamento culpabilizado e a ineficácia de tratamentos apenas prescritivos dos participantes através de falas como: “Pode falar que não come fruta aqui?” (EC3), “Posso falar de outras coisas que eu queira sem ser de alimentação

saudável?”(EP6), “Devo ter umas 4 dietas lá em casa, de nutricionista e ele já foi ao endocrinologista também, mas é terrível, é muito difícil fazer, porque ele não tem pai, então eu saio para trabalhar e ele fica na casa do meu pai que não controla” (EP8). Daí a necessidade de compreensão do fenômeno no aqui-agora da pessoa que o vivencia muito mais do que generalizar e buscar explicações que se pretendam universais. Os pontos comuns das falas dos participantes propiciam elaborar questões e intervenções, porém sempre de forma inacabada, deixando espaço para o singular.

Motivos para não adesão aos tratamentos

Alguns dos motivos relatados pelos familiares para o não sucesso dos tratamentos anteriores foram:

- Trabalhar o dia todo e não controlar o que a criança come, já que quem toma conta dela não o faz.
- A não colaboração dos outros membros da família.
- A ansiedade do filho
- A compra de alimentos inadequados pela praticidade que eles oferecem
- A insistência da criança ao pedir alimentos
- Descontinuidade do tratamento pelo próprio usuário, pelo serviço de saúde ou ausência do profissional.

Durante a realização do grupo percebeu-se alguns motivos implícitos para a não adesão ao tratamento para emagrecer:

- A atitude de oferecer guloseimas como uma compensação pela ausência ou recompensa mais fácil de dar pelo bom comportamento da criança.
- A “dó” que sente da criança ao ter que proibi-la de comer as coisas gostosas que ela quer.

- A pressão das outras pessoas que consomem o alimento, “Meu filho vai ficar vendo sem poder comer também?” (EP8).
- A ansiedade como um fator “acima” de toda prescrição.

Nos relatos dos familiares que atribuem a ansiedade como o principal impeditivo do emagrecimento da criança vê-se como ponto comum, uma desresponsabilização familiar. Fala-se da ansiedade como se fosse algo fora do manejo da criança e da família, quase como uma “doença” que ela tem. E como doença precisa de intervenção externa. O auxílio profissional é valioso, porém o que se observa é uma excessiva carga atribuída a ele. Muitos familiares não percebem que a criança está em um meio onde ela aprende pela fala e pelo exemplo. Portanto, uma criança não fica ansiosa sozinha. É preciso considerar as relações familiares que culminam em uma ansiedade patológica que, provavelmente atinge toda família. Além disto, a família, tendo esta percepção pode rever hábitos e construir novos arranjos nas relações de modo a diminuir fatores que causam ansiedade. A procura pelo profissional deveria ser no intuito de contribuir para a construção destas novas disposições.

Considerando o paradigma da complexidade é importante lembrar que a “não percepção” destes familiares acerca destas questões não é fortuita e que ela por si só é reveladora de emaranhados psicológicos que ultrapassam a capacidade cognitiva de compreender e executar prescrições.

Tassara (2006) em sua pesquisa mostra que a vivência de sofrimento dos familiares costuma se reeditar, veladamente, na relação com seus filhos, e nessa indiferenciação, as crianças sentem o sofrimento que faz parte das histórias dos familiares.

De acordo com a autora pode-se considerar que a expressão de passividade e de ansiedade, bem como o comer excessivo dessas crianças representa “a ponta de um iceberg em que a parte submersa representa o sofrimento delas amalgamado ao das mães, que tenta emergir e transparecer nos corpos obesos dessas crianças” (p.44).

É importante citar outra observação no grupo: todos os pais entrevistados estão ou já estiveram com sobrepeso. Duas mães do grupo realizaram cirurgia bariátrica. Mesmo assim é comum apontarem o sobrepeso do filho (a) como um problema isolado, como se a criança não quisesse comer direito e a “culpa” fosse somente dela e somente ela deve ser tratada. Nem sempre se relaciona ao sobrepeso o fato da alimentação ser comprada pelos pais e os primeiros hábitos serem ensinados por eles também. Ampliar estas reflexões auxiliando os pais a compreenderem estas relações se mostra promissora para ocasionar mudanças conforme pôde ser observado no grupo: Uma mãe relatou que reduziu a quantidade de merenda que mandava para a escola, mas ficou “sofrendo” pensando que a criança poderia passar fome. A nutricionista do grupo ao ouvir este relato perguntou se ela verificou com a criança se ela de fato ficou com fome e a mãe respondeu que não. Então, imediatamente ela virou para a criança que estava ao lado da mãe e perguntou: “Você sentiu fome na escola? Foi insuficiente o lanche?” e a menina respondeu “não passei fome, fiquei satisfeita”. Trata-se de um exemplo simples, mas que ilustra o auxílio que o profissional pode oferecer para além de orientações.

Conclusão

As referências ao modelo biomédico que foca na doença e na responsabilização do indivíduo foram frequentes durante as narrativas. Portanto, entende-se que estas construções de sentido acerca da obesidade devem ser contextualizadas e compreendidas dentro da sua complexidade.

Percebe-se que uma boa parte das pessoas ouvidas já possuía informação suficiente do que “pode” ou não fazer em termos de alimentação e sobre hábitos que “deveriam ter” para emagrecer. Nos seus discursos assinalam que nos serviços de saúde não há liberdade para comunicar as reais dificuldades, pois normalmente são censurados e até mesmos discriminados. Para a obesidade a prescrição é sempre a mesma: dieta, atividade física, remédio e cirurgia.

O profissional da saúde ao assumir a posição de que sabe o que é melhor para o usuário contribui para sua falta de autonomia e o desenvolvimento do *dasein*. Não é suficiente apenas transmitir orientações, é preciso se colocar como coadjuvante de um caminho que só a pessoa pode construir. Para isto, é preciso minimamente ouvir e interagir com a realidade social e subjetiva da pessoa. A falta de perspectiva multidisciplinar também se constitui um fator impeditivo para eficácia da prevenção e tratamento.

A teoria da complexidade e a perspectiva fenomenológica marcam que, mesmo que o profissional se especialize em uma única área, é fundamental que ele não perca de vista o diálogo com o “todo”. Em um contexto de especializações, as ciências perdem a capacidade de comunicação entre si e os saberes que produzem não são agregados em visões globais dos fenômenos humanos.

Portanto, para compreender a obesidade infantil e para se pensar em intervenções mais eficazes deve-se considerar o sentido atribuído à obesidade, às relações familiares, às condições socioeconômicas e todos os elementos que circundam o fenômeno.

Referências

ABESO. (2015). Mapa da obesidade. Abeso. Retrieved from <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>

AFONSO, M. Lúcia M (Org). Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do campo social, 2000.

AYRES, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, 13 (3),16-29.

AMATUZZI MM. Psicologia Fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. Estudos de psicologia (Campinas) 2009; 26(1): 93-100.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Índice elaborado por Edson Seda. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1994.

BRASIL. (2008). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 132.

BUBER, Martin. Do diálogo e do dialógico. São Paulo: Perspectiva, 1982.

CAMARGO, APPM; AZEVEDO, BA; ANTONIO, MARM, *et all*. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos inciência saúde coletiva vol.18 no.2 Rio de Janeiro fev. 2013.

CANDEIAS, NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Ver. Saúde Pública, 31, (2): 209-13, 1997.

CERVI, A; FRANCESCHINI, SCC; PRIORE, SE. Critical analysis of the use of the body mass index for the elderly. Revista de Nutrição, 18(6), 765-775, 2005. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000600007>

CROSCRATO, G; PINA, JC; MELLO, DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. Acta Paul. Enferm. 23(2) :257-63, 2010.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. Estudos de Psicologia 2002, 7(2), 371-378

ESTRADA, AA. Os fundamentos da teoria da complexidade em Edgar Morin. Akrópolis Umuarama, v. 17, n. 2, p. 85-90, abr./jun. 2009.

DECASTRO, TC; GOMES, WB. Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia: tradições e tendências. Estudos de Psicologia. Campinas 28(2) 153-161 abril –junho 2011

FONTANELLA, BJB; RICAS, J; TURATO, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 24(1): 17-27, 2008.

FREIRE, P. Das relações entre a educadora e os educandos. São Paulo: Olho d'água, 1991.

FREITAS, FC. A janela da escuta. Relato de experiência clinica. Belo Horizonte: Editora Scriptum, 2014.

FRONTZEK, LGM. Obesidades e psicologia. Porto alegre: Juruá, 2015.

FRONTZEK, LGM, BENTO, IC, BERNARDES, LR, MODENA, CM. Parents' Perception on Children's Obesity: Integrative Review that Identified Approaches for Intervention. International Review of Social Sciences and Humanities. Vol. 11, No. 2, pp. 126-139, 2016.

FRONTZEK, LGM; FERNANDES, MM; GOMES, MEJ. A multidisciplinary treatment for morbid obesity: Therapeutic experience with groups. Psychology 5, 875-885 (2014).

HEIDEGGER M. Ser e tempo. Parte I. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 12ª ed. São Paulo (SP): Vozes; 2002

MARTINS AM, Savassi LCM, Almeida SSL, Modena CM. Privação e padecimento: uma compreensão existencial do ser frente à Hanseníase. Hansen. Int. 2012;37(1):59-67

MASINI, E. O Enfoque Fenomenológico de Pesquisa em Educação. 1. ed., São Paulo, Cortez, 1989.

MELO, ED; LUFT, VC; MEYER, F. Obesidade Infantil: como podemos ser eficazes. Jornal de Pediatria. Porto Alegre – Rio Grande do Sul, V. 80, nº 3, pág: 1 a 16, maio / Junho 2003.

MINAYO, C. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):621-626, 2012

MINAYO, MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25º edição. Petropolis: Vozes, 2007.

MORIN, E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. 255p.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

NUNES, MA, *et al.* Transtornos Alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PAKPOUR, AH; YEKANINEJAD, MS; CHEN, H. A Percepção das Mães sobre a obesidade em Escolares: Pesquisa e o Impacto de Intervenção educativa UMA J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v 87, n. 2, abril de 2011.

SAVAGE, JS; FISHER, JO; BIRCH, LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescente. JLME, v, 35, n.1, p22-34, 2007.

SCHALL VT. Histórias jogos e brincadeiras: alternativas lúdicas para crianças e adolescentes sobre saúde e ambiente. In: Massarani L, org. O pequeno cientista amador. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.10-21.

OLIVEIRA, TRPR. Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares. Tese apresentada ao programa de pós graduação em ciências da saúde da faculdade de medicina. Belo Horizonte, UFMG, 2008.

POULAIN, JP. Sociologia da obesidade. São Paulo: Editora Senac, 2013.

RIBEIRO, O. C. Criatividade na pesquisa acadêmica: método-caminho na perspectiva de uma fenomenologia complexa e transdisciplinar. NUPEAT–IESA–UFG, v.5, n.1, Jan./Jun., 2015, p. 189-215, Artigo 89 Dossiê ECOTRANS: Ecologia dos saberes e Transdisciplinaridade.

SIMÕES, D; MENESES, RF. Auto -conceito em crianças com e sem obesidade. Psicologia: Reflexão e Crítica, 20 (2), 246-251, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a10v20n2.pdf>>. Acesso em: 09 de junho de 2016.

TASSARA, V. Obesidade na infância no contexto sociofamiliar: possibilidades de (des)construção e (res)significação de identidades (pré) escritas. [2006] Programa de pós-graduação em ciência da saúde- UFMG. Disponível em [blotecadigital.ufmg](http://blotecadigital.ufmg.br).

WHO (1998). Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization.

7.3 ARTIGO 3 - O uso de técnicas projetivas para compreender a percepção das crianças em relação à obesidade

RESUMO: Diante do aumento da obesidade infantil, constatou-se a importância de estudos compreensivos sobre o tema dada a ineficácia de muitos programas preventivos com este público. A pesquisa buscou compreender a percepção de crianças em relação à obesidade infantil através de técnicas gráficas. Foram sugeridos três temas para realização de desenhos com entrevista posterior: Como me vejo; Como os outros me vêem; e Como eu vejo a comida na minha vida. As crianças revelaram como internalizam as pressões sociais discriminatórias através de traços que indicam tensão, rigidez, sentimento de inferioridade e culpa. Elas mostraram também resiliência e formas de enfrentamento ao afirmarem suas qualidades mesmo os outros apontando a forma corporal como característica principal. Conclui-se que não é possível intervir nem compreender a obesidade sem considerar as relações sociais e as aprendizagens parentais da criança. A técnica projetiva se mostrou um instrumento importante e válido para possibilitar a expressão e o diálogo com a criança acima do peso.

PALAVRAS-CHAVES: técnicas projetivas; obesidade infantil; intervenção.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1998) relata aumento de 40% da obesidade infantil nos países da Europa. Também é possível observar aumento significativo no Brasil (Frontzek et al, 2015, Mello et al, 2004). O tratamento da obesidade envolve diversos fatores porque se trata de uma doença, assim definida pela (OMS), com muitas causas e comorbidades (Nunes et al, 2006). Se a obesidade adulta aumenta, a infantil também cresce já que o comportamento alimentar é aprendido (Viana, 2009). Assim, conflitos subjetivos oriundos das relações de aprendizagem podem compor o quadro de causas possíveis da obesidade infantil.

A obesidade suscita também estigmas sociais. De forma geral, o padrão ideal estabelecido em nossa cultura é da pessoa magra. Assim, as pessoas fora deste “padrão” sofrem as consequências da rejeição no campo da moda, da mídia e das oportunidades sociais. Quando se trata de criança, a

violência da rejeição é ainda mais impactante (Muller, 2001). Além disso, as mensagens sociais são contraditórias, pois apesar de se exigir um corpo magro se estimula padrões comportamentais que levam à obesidade através dos estímulos a alimentos industrializados e hipercalóricos (Frontzek et al, 2014). A propaganda de alimentos para criança associa personagens infantis à alimentação não saudável, a criança não tem suporte cognitivo para lidar com isto, constituindo assim uma das muitas agressividade culturais que colabora com o aumento do peso infantil. Além disto, criança vai aprender seus primeiros hábitos alimentares com seus pais e a forma como vai se desenvolver estas relações parentais influenciam diretamente na visão corporal e alimentar da criança (Viana, 2009).

O processo saúde/doença se compõe de vivências subjetivas, além das sociais e biológicas. Nem sempre é possível expressar de forma verbal os sentimentos envolvidos nas dificuldades com a alimentação e o próprio corpo. Quando se trata de criança soma-se a isto o fato dela, muitas vezes, ainda não possuir um repertório maturacional para verbalizar seus incômodos. A verbalização direta pode gerar muita angústia e defesas psíquicas (Rezende, 2009). Diante disto, é importante ressaltar o valor do uso de técnicas projetivas durante o processo de entendimento da subjetividade das crianças, uma vez que a técnica projetiva “estimula a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflitos dentro da situação terapêutica” (Buck, 2003).

No caso da obesidade infantil, não é simples para a criança expressar o preconceito vivido. O desenho infantil, é um importante instrumento de expressão, pois pode substituir a linguagem verbal da criança. Hammer (1981) declara que as crianças colocam no desenho aquilo que não conseguem verbalizar, mesmo que tenham consciência de seus sentimentos. No entanto, o sujeito também pode não ter conhecimento de algum conteúdo, ou simplesmente não querer revelar algo por causa de seu conteúdo simbólico (Rezende, 2009).

Para Vygotsky et al. (1998) o desenho se apresenta como uma atividade que produz significados e sentidos. O desenho de uma criança apresenta questões que lhe são importantes, que fazem sentido para sua existência. Por este motivo o desenho pode ser visto sob um enfoque projetivo

(Weschler, 2011; Rezende, 2009; Campos, 2014). Ele representa o mundo da criança, seus anseios, conflitos, medos, a construção que faz de si mesma e suas atitudes” (Rezende, 2009).

Para Silva (2010, p. 451), “interpretar o desenho de uma criança é explicar o que está obscuro, traduzindo- o numa linguagem compreensível, extraindo do desenho um sentido oculto – tanto ao entendimento da criança quanto dos adultos que a cercam –, transcrevendo este sentido latente para uma linguagem verbal”.

Van Kolck (1984) afirma que para fazer a interpretação dos desenhos de crianças é necessário compreender que o desenho em si representa o próprio sujeito e a folha o ambiente onde está. Dessa forma, é possível compreender “a percepção do sujeito do meio em que está inserido, bem como para promover a expressão de conflitos vivenciados a partir da interação do sujeito com o meio, com os outros e com ele mesmo” (Silva, 2010, p. 452).

Diante destas considerações, este estudo teve como objetivo compreender, através de desenhos e entrevistas, como as crianças com obesidade se vêem, como acha que as pessoas as vêem e qual a relação que possuem com a alimentação. A ideia é compreender como ela lida com as pressões impostas por um padrão social que valoriza o magro e quais estratégias de enfrentamento a criança é capaz de construir.

METODOLOGIA

PARTICIPANTES

Participaram deste estudo dez crianças com idade entre nove e doze anos, sendo sete do sexo feminino e três do sexo masculino. Tais crianças foram convidadas para participar de uma oficina sobre obesidade infantil, sem distinção de sexo, cor e situação econômica. A oficina foi realizada em um Hospital Infantil localizado em Belo Horizonte – MG. Foram dez encontros. Os participantes da pesquisa possuem sobrepeso ou obesidade. Os pais assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as crianças o Termo de Assentimento autorizando a

participação na pesquisa. Todas as normas éticas para realização de pesquisas com seres humanos foram observadas. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética sob o nº CAAE: 47144615.8.0000.5091, submetido via plataforma Brasil em 14/07/2015.

COLETA DE DADOS

As crianças e seus pais foram entrevistados antes do início das oficinas. Foi solicitado a cada criança fizesse três desenhos utilizando folha branca A4, lápis grafite número 2, borracha e lápis de cor. Para a construção do material foram dadas, respectivamente, as seguintes orientações: desenho como você se vê, desenhe como acha que os outros o vê e desenhe como vê a comida em sua vida.

Após a realização da técnica gráfica, as crianças responderam a uma entrevista semi-estruturada para exploração dos elementos presentes em seu desenho (Alencar, 1999).

ANÁLISE DE DADOS

Trata-se de um estudo qualitativo, uma vez que busca compreender o significado que a pessoa atribui a vários aspectos de sua vida (Minayo, 2007). Na pesquisa qualitativa, o foco das análises é explorar o conjunto de opiniões e percepções sobre o tema investigado. O objetivo da análise foi identificar as percepções das crianças sobre o tema da obesidade infantil. A análise dos desenhos partiu do pressuposto que a criança, “pelo tamanho, localização, pressão do traço, conteúdo do desenho, etc., comunica o que sente, em adição vê” (Campos, 2014). Foi utilizada como base teórica a técnica de aplicação do desenho para diagnóstico da personalidade.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

COMO A CRIANÇA SE VÊ

A sociedade tende a impor o corpo magro como padrão de beleza a ser seguido. Dessa forma, aquele que tem um corpo “não-magro” é visto como preguiçoso e “sem limites”, o que pode gerar impactos negativos para a auto-estima de crianças com obesidade (Carvalho, 2005; Simões, 2007). Simões (2007, p.247) revela que “as reações e atitudes da sociedade em relação à obesidade refletem-se nas reações e atitudes dos indivíduos obesos, que tendem a fazer auto-declarações depreciativas em relação a si próprios e a apresentar um auto-conceito comprometido”.

Uma pesquisa apontou que as crianças tendem “a atribuir à magreza características como felicidade e inteligência” (Carvalho, 2005, p. 132). O estudo também demonstrou que as crianças apresentaram certo nível de insatisfação em relação ao próprio corpo e muitas não se achavam bonitas. No entanto, algumas crianças apresentavam boa relação com determinadas características presentes em seus corpos, como os olhos bonitos ou o rosto agradável (Carvalho, 2005). Na pesquisa realizada, teve uma criança que ao ser perguntada como ela se via, respondeu que se via gordinha, mas também bonita e esperta. Percebe-se que, mesmo ela expressando ter consciência de estar acima do peso, reforçada pelo olhar do outro (“minha mãe fala que to gordinha, meus colegas apontam”), ela enxerga suas qualidades e já as coloca na resposta como uma espécie de compensação/defesa por ser gordinha. Para as crianças cuja autoestima não está completamente abalada foi um padrão de resposta típico. “Sou gordinha, mas sou esperta..”, “Sou gordinho mas corro mais que meus colegas magros...”, “Sou gordinho mas...”.

Outras quatro crianças destacaram características que consideram positivas e não fizeram menção ao quadro de obesidade. Algumas crianças falaram que tem os cabelos bonitos, são elegantes, carinhosas, inteligentes e espertas. Portanto, não é toda criança com obesidade que apresenta atitudes auto-depreciativas. Estudos apontam que algumas crianças, ainda que apresentem alguma insatisfação corporal, possuem manifestações positivas sobre si (Galindo e cols, 2002). Estas crianças demonstram um processo de resiliência e constroem estratégias de enfrentamento para lidar com as imposições da sociedade.

Percebe-se, no entanto, que os estímulos sociais depreciativos à criança obesa são frequentes e torna-se desgastante ter que acionar tantas defesas psíquicas para lidar com isto. É significativo também o número de crianças que desenvolvem transtornos de forma precoce, “meninas de 6 anos já demonstram preocupações com a imagem corporal e sintomas de distúrbios alimentares. Nestas idades, o problema assume, indiscutivelmente, uma maior proporção e gravidade” (Alves, 2016, p.18).

Após a realização da técnica projetiva, metade das crianças afirmou que se vêem gordas, reforçando a influência da sociedade acerca dos padrões de beleza, bem como, demonstrando baixo auto-conceito (Carvalho, 2005). Segundo Schilder (1994), imagem corporal é a representação mental do próprio corpo, ou seja, constitui-se da forma como o próprio corpo é percebido pela pessoa. Esta construção da imagem corporal envolve as vivências sociais, os sentidos e sentimentos alusivos ao corpo. Tavares (2003) também diz que o corpo possui memória e ao longo da vida vai se constituindo uma identidade subjetiva que se pode nomear de imagem corporal. Assim, a ideia que a criança possui de si mesmo é importante para compreendermos sua autoestima e sua forma de lidar com seu cotidiano. O corpo percebido pelos outros provavelmente é diferente do corpo percebido pela própria criança e também do corpo desejado por ela. Quanto maior for a distorção da imagem corporal em relação ao corpo “real” maiores vão ser as chances de aparecerem dificuldades com a autoestima, os relacionamentos e a relação com a comida. Uma das crianças afirmou que ao se desenhar, fez uma versão “ (...) light, mais magro. E menor também, pois sou bem maior que no desenho. Me desenhei como gostaria de ser”. Ele demonstra ter uma percepção corporal destoante do desejo e apresenta um incômodo em relação a sua imagem o que pode influenciar negativamente em sua autoestima e em suas relações.

A prevenção das psicopatologias alimentares e corporais envolvem, certamente, “o denunciar do ideal de magreza, o minimizar da aparência como a principal merecedora de admiração, o enfatizar outras características, tais como, a competência e o esforço, para além da aparência, como dignos de valor” (Alves, 2016, p.17). Fica evidenciado também que a cultura desempenha

um papel fundamental na maneira como a pessoa deseja ser e em como ela constrói sua imagem corporal.

COMO A CRIANÇA ACHA QUE AS PESSOAS A VÊEM

Pessoa e Costa (2014, p.503) destacam a importância das interações sociais para a construção do eu, uma vez que sua “singularidade se constitui enquanto membro de um grupo social-cultural”. A partir de uma perspectiva histórico-dialética, a pessoa constitui e é constituída como ser social e histórico. Ao mesmo tempo em que ela é produto, ela também é produtor do contexto no qual está inserido. Este enfoque é, portanto, relacional, ou seja, considera-se que o sujeito se constitui na relação com as pessoas e com a natureza, numa dimensão que envolve passado, presente e futuro (Diogo e Katia, 2007). Diante destas considerações, buscou-se compreender como as crianças obesas percebem esta construção social.

Após a realização do desenho sobre como acha que as pessoas a veem, as crianças falaram a respeito do tema proposto. Oito, das dez crianças entrevistadas citaram palavras diferentes vinculadas ao sobrepeso ou obesidade: “os outros me vêem gordinho”, “gordinha”, “forte”, “fortinho”, “patola”, “menina grande”, “me chamam de gorda”, entre outros. Percebem-se eufemismos, uso de diminutivos para se referir a forma como as pessoas dizem que ela está acima do peso, como se fosse um “xingamento” falar a palavra “gorda”.

É importante salientar que o número de crianças que se acham gordas foi inferior ao número de crianças que relataram que acredita que as pessoas a vêem gordas. As crianças que falaram que as outras pessoas a acham gordas foram perguntadas se esta opinião foi verbalizada e a maioria disse que não, que percebem pelo jeito com que olham para ela e pelos comentários indiretos. A maior parte das crianças afirmaram que quem expressa verbalmente que ela está gorda é a mãe ou familiares próximos; “meu tio também diz que to gordinha, que eu deveria fazer exercício”, “minha mãe fala que eu tenho que comer menos” e “minha mãe fala que to virando mocinha e preciso me cuidar”.

Constatou-se o tanto que é difícil para as crianças reproduzirem o discurso social, por ser ele ameaçador. Uma das crianças não conseguiu dizer como as pessoas a enxergam mas disse de forma esclarecedora como ela se sente com o olhar das pessoas: “Não sei como as pessoas me vêem, mas sei como me sinto quando as pessoas me vêem. Me sinto pequenininha... quando chego na escola, me sinto a pior pessoa do mundo, sinto muita vergonha”. Carvalho (2005) aponta que a sociedade tende a discriminar o indivíduo obeso e isso influencia o seu funcionamento e seu auto-conceito, prejudicando seu desenvolvimento de forma geral.

No entanto, algumas crianças conseguem se mostrar resilientes e enfatizar os seus aspectos positivos. Bozzini e Lourenço (2015) denomina resiliência como a capacidade de se recuperar de ameaças e estresse individual. O termo reflete a confluência dinâmica dos fatores promotores de uma adaptação positiva as experiências traumáticas. Ao ser solicitado para falar sobre o modo como acredita que as pessoas a vê, uma criança não mencionou nada vinculado ao sobrepeso e enfatizou alguns de seus atributos, ela disse que “eu acho que as pessoas me vêem bonita, elegante, carinhosa, ajudante também”. Bozzini e Lourenço (2015) mostra que a resiliência é uma característica que ajuda a criança e o adolescente a lidar com as dificuldades advindas da obesidade. Porém, na pesquisa realizada por este autor foi constatado que uma maior resiliência se relaciona as condições ambientes. Assim, filhos de pais com IMC baixo, possuidores de conhecimento e que valorizam a atividade física se mostraram mais resilientes. Na mesma direção, a pesquisa mostrou que crianças e adolescentes que possuíam amigos que estimulam a alimentação saudável possuem maior tendência a melhorar os hábitos. Sendo assim, por mais que haja uma pré-disposição inata para se ter uma maior ou menor resiliência, as condições do meio cultural e relacional que a criança vive são fundamentais para que ela consiga enfrentar de forma positiva o estigma social. O incentivo ao desenvolvimento da resiliência pode ser uma estratégia eficaz.

QUAL É A RELAÇÃO DA CRIANÇA COM A COMIDA

Lima et al (2015) afirma que a relação com a comida vai além dos aspectos biológicos, mas também assume um comportamento cultural. A partir disso, pode-se afirmar que o ato de comer vai além do instinto de sobrevivência, mas perpassa um comportamento simbólico e cultural. O que se vincula aos aspectos anteriores à ingestão da alimentação pode estar diretamente ligado às questões sociais. A alimentação se vincula a cultura, ao social e às memórias afetivas (LIMA et al, 2015).

Diante do exposto, pensar a obesidade infantil é pensar os hábitos e vínculos familiares em torno da alimentação. A literatura comprova que procedimentos eficazes, no tratamento da obesidade, englobam a participação de todos os membros do sistema familiar (CARVALHO, 2005).

Quando as crianças foram solicitadas a falar sobre tal temática, mais da metade delas, informaram que o alimento serve para dar energia e saúde. Apresentaram discurso voltado para o aspecto biológico e reprodutor de uma fala muito repetida para que elas comam. No grupo as mães verbalizaram várias vezes a forma como abordam os filhos: “come para ficar com energia para correr, brincar e estudar”. Percebemos que a criança fica enrijecida no discurso biomédico, prescritivo, normalizador e educador. A elas não é dado normalmente espaço para expressar e construir ideias sobre o que pensam em relação à comida. Uma das crianças interrogou durante a entrevista: “Posso dizer aqui que gosto de batata frita”. Uma outra perguntou se podia falar sobre outras coisas sem ser alimento na entrevista. Teve uma criança que foi questionada sobre o alimento preferido e ela só citou alimentos “saudáveis”, reafirmou-se para ela que ela poderia falar o que quisesse, que ela não seria censurada. Só depois de um tempo é que esta criança foi dizendo realmente suas preferências alimentares demonstrando assim receio de se expor. É importante lembrar o contexto das entrevistas; os pais que buscaram o grupo o fizeram de forma espontânea porque desejavam ajudar os filhos a emagrecer. Desta forma, tratava-se de pais já preocupados com a questão e que provavelmente já estavam cobrando e informando seus filhos em casa sobre o excesso de peso. Assim, constatou-se que eles já chegaram com algumas

informações prévias sobre alimentação saudável e com o “peso” de serem responsabilizados por seu excesso de peso, como se eles fossem os “culpados” sozinhos.

Poucas foram às crianças que relacionaram a comida com fatores emocionais de forma explícita. Uma delas falou; “quando estou ansioso vou lá e como”, demonstrando que fatores emocionais podem se relacionar à alimentação em excesso, mas não são percebidas e nem expressas com facilidade

Análise dos desenhos

Laurinha

Figura 1 – Laurinha (criança 5)



É possível visualizar a diferença entre a imagem corporal e a forma como acha que é vista de Laurinha 5 (Figura 1). Esta criança disse que a mãe sempre dizia que ela estava gordinha, mas que ela também se achava bonita e esperta. O desenho confirma a informação ao mostrar como

ela se vê de forma bem mais magra do que no desenho em que coloca como acha que as pessoas a enxergam.

Ao desenhar sua relação com a comida reproduz as orientações prescritivas de que comida é pra dar energia. Foi bastante comum este tipo de fala nas crianças abordadas. Seus traços demonstram flexibilidade, compensação pela fantasia e resiliência (CAMPOS, 2014)

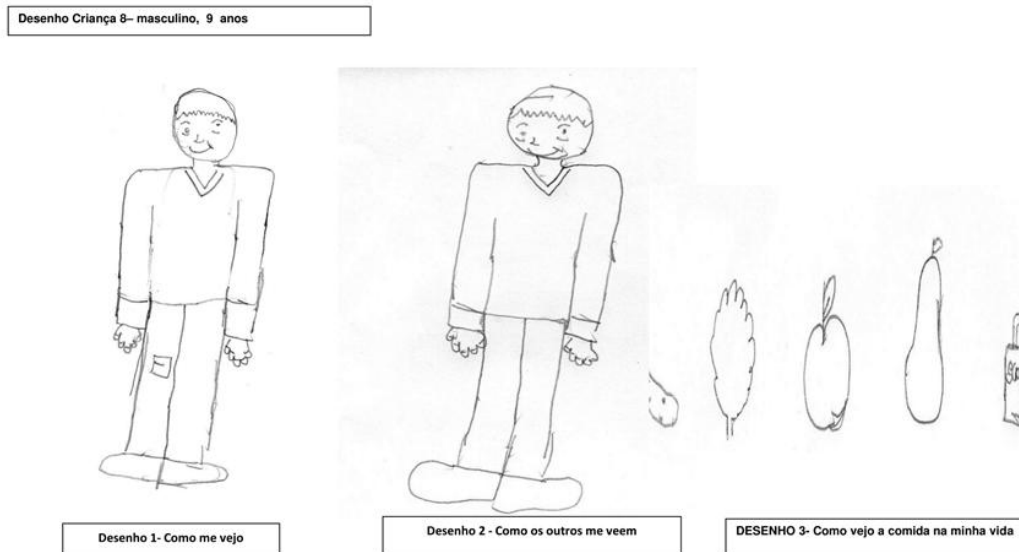
Figura 2 – Clarinha (criança 1)



Os desenhos da Clarinha (Figura 2) também demonstram que existe uma diferença no modo como ela se vê e como acredita que as pessoas a vê. No primeiro, onde ela projeta como se vê, ela se coloca com braços e pernas mais finos. Ela relata que a mãe sempre fala que ela é gordinha, quando foi perguntado se ela também achava, informa que sim. Ressaltando que, apesar de concordar que está “gordinha”, ela tem outras qualidades. Quando solicitado que desenhasse

sobre sua relação com a comida, ela se desenha com semblante triste e tenso. Declara que “comida é fonte de saúde” e ressalta que “não são todas as comidas que são saudáveis”. Pode-se observar que existe uma relação de conflito com a comida. Clarinha revelou ainda sentimento de inferioridade, timidez e fuga pela fantasia.

Figura 3 – Bernardo (criança 8)



Bernardo desenhou as figuras “soltas” na folha. Foi comum as crianças realizarem seus desenhos sem fazer o chão que representa o contato com a realidade. Desta forma, percebe-se que a fantasia predomina nesta faixa etária e pode ser usada como recurso para lidar com o meio. No desenho dele apareceu ainda sentimento de culpa, insegurança, dificuldade no contato social e rigidez. Esta foi à criança que perguntou se podia falar de alimentos não saudáveis. Vemos assim que na infância são construídos os hábitos alimentares e também o comportamento social

discriminatório. Este é internalizado e se reflete de várias formas no comportamento da criança. (Campos, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crianças revelaram em seus desenhos e entrevistas que sofrem com a discriminação social, demonstrando sentimentos de tensão ambiental, de culpa, rigidez, entre outros. Elas também mostraram que utilizam recursos de defesa psíquica, como manejo pela fantasia e resiliência. Condições ambientais que apoiem bons hábitos alimentares aumentam o grau de enfrentamento. O discurso biomédico foi marcante no receio delas em expressar suas reais preferências alimentares.

Na percepção do olhar do outro sobre si as crianças relataram que as pessoas que mais verbalizam que elas estão gordas são as mães e familiares próximos. As outras pessoas demonstram pelo olhar e jeito mais do que verbalmente.

A técnica projetiva se mostrou como recurso útil para compreender a criança de uma forma menos invasiva. Através dos desenhos torna-se possível identificar conflitos e motivações do indivíduo em várias áreas de sua vida, além de perceber como ele se coloca no mundo e é influenciado por ele (Campos, 2014; Buck, 2003; Formiga e Mello, 2000). O teste projetivo permite que o sujeito expresse, em desenho, conteúdos da sua vida psíquica (Silva, 2010). Assim, foi possível observar que a imagem corporal revelada pela criança é destoante da ideia que ela tem sobre a percepção das outras pessoas. Muitas mostraram também insatisfação revelando no desenho o corpo desejado e não o “real”.

A obesidade infantil se revela então como um fenômeno complexo que envolve elementos biológicos, sociais, econômicos e psicológicos. Devemos olhar para o conjunto para melhor compreender. Os aspectos relacionais envolvidos são de fundamental importância para apreensão das dificuldades em melhorar hábitos que levam a obesidade infantil. A criança é dependente dos seus cuidadores e aprendem com eles seus principais hábitos alimentares. Assim, não é possível

pensar em intervenções que desvinculem os pais e as relações estabelecidas entre a família (LIMA et al, 2015, FRONTZEK, 2015).

REFERÊNCIAS

ALVES, D., PINTO, M., ALVES, S., MOTA, A., & LEIRÓS, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade*, 5(1), 1-20. Recuperado em 29 de setembro de 2016

ALENCAR, E. Introdução à metodologia de pesquisa. Lavras: UFLA; 1999.

BOZZINI, ABR, LOURENÇO, B. (2015) Resiliencia: uma alternativa na abordagem em obesidade de adolescentes in *Pediatria Moderna*, Fev V 51 N2, P. 49-53

BUCK, JN. H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e Guia de Interpretação. Tradução de Renato Cury Tardivo. 1. Ed. São Paulo: Vetor, 2003.

CAMPOS, D.M.S. O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade. 46. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

CARVALHO, AMP, CATANEO, C, GALINDO, EMC, MALFARÁ, CT. Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia*, 2005, 15(30), 131-139.

DIOGO, MF, & M, KÁTIA. (2007). Uma breve análise da constituição do sujeito pela ótica das teorias de Sartre e Vygotski. *Aletheia*, (25), 139-151.

FORMIGA, NS; MELLO, I. Testes psicológicos e técnicas projetivas: uma integração para um desenvolvimento da interação interpretativa indivíduo-psicólogo. *Psicologia: Ciência e profissão*, vol. 20, n. 2, Brasília, jun, 2000.

FRONTZEK, LGM. Obesidade e psicologias: abordagem de um caso de obesidade pelas teorias e técnicas psicológicas. Curitiba: Juruá, 2015.

FRONTZEK, L. G. M.; FERNANDES, M. M.; GOMES, M. E.J. A Multidisciplinary Treatment for Morbid Obesity: Therapeutic Experience with Groups in Psychology Vol.5 No.8, Pub. Date: June 18, 2014.

GALINDO, EMC, CARVALHO, AMP, BUGLIANI, MAP, NETTO, JRC, MINTO, EC, DACANAL, JN, MONTALVÃO, TAG. (2002). Imagem Corporal e o Auto conceito de pré adolescentes obesos. *Resumos de Comunicação Científica da XXXII Reunião Anual de Psicologia*, (p.357- 358). Florianópolis: SBP.

HAMMER, E. F. *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.

LIMA, RS, NETO, JAF, FARIAS, RCP. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. *Demetria*, 10 (3), 507-522, 2015.

MELLO E.D, LUFT VC, MEYER F. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? *J Pediatra (Rio J)*. 2004; 80:468-74.

MINAYO, MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25ª edição. Petrópolis: Vozes, 2007.

MULLER, RCL. Obesidade na adolescência. *Pediatria Moderna*, maio, v 37 especial, 2001.

NUNES, MA, *et al*. *Transtornos Alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PESSOA, CT, COSTA, LHFM. Constituição da identidade infantil: significações de mães por meio de narrativas. *Psicol. Esc. Educ.* [online]. 2014, vol.18, n.3, pp.501-509. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2014/0183774>>. Acesso em 27 de setembro de 2016.

REZENDE, AM.; BRITO, VFDS; MALTA, JDS; SCHALL, VT; MODENA, CM. Vivências de crianças e adolescentes com câncer: o desenho fala. *Iniciação Científica CESUMAR*. Jan./Jun. 2009, v. 11, n. 1, p. 73-82

SCHILDER, P. *A imagem do corpo: as energias construtivas: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SILVA, J.M.M. O desenho na expressão de sentimentos em crianças hospitalizadas. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 22 – n. 2, p. 447-456, Maio/Ago. 2010

SIMÕES, D, MENESES, RF. Auto-Conceito em Crianças Com e Sem Obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 246-251, 2007.

TAVARES, M. C. G. C. F. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole, 2003.

VAN KOLCK, O. L. *Testes projetivos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU, 1984.

VIANA V, CANDEIAS L, REGO C, SILVA D. Comportamento alimentar em crianças e controle parental: uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana*. Volume 15 · Nº 1, 2009.

VYGOTSKY, L. S., LURIA, A. R., & LEONTIEV, A. N. (1998). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo, SP: Ícone.

WECHSLER, S.M.; PRADO, C.M.; OLIVEIRA, K.S.; MAZZARINO, B.G. Desenho da Figura Humana: Análise da Prevalência de Indicadores para Avaliação Emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (3), 411-418. 2011.

WHO (1998). Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR); Health Promotion Unit (HEP). Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva, p. 25.

7.4 ARTIGO 4 - Construção do Jogo da Família Saúde Divertida: intervenção psicossocial em obesidade infantil

Submetido a Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais de São João Del Rey aguardando parecer.
(Anexo D)

Construção do Jogo da Família Saúde Divertida: intervenção psicossocial em obesidade infantil

Resumo

O artigo descreve as etapas da construção de um jogo de intervenção psicossocial com crianças obesas e suas famílias. A literatura da área aponta para a ineficácia de muitas propostas de intervenções que desconsideram a participação familiar e a complexidade multicausal da obesidade infantil. Com o objetivo de compreender melhor o fenômeno, foram realizadas, em hospital infantil, entrevistas individuais e grupos sistêmicos com as famílias utilizando-se diversas técnicas grupais. Partindo da realidade dos participantes construiu-se material psicoeducativo pertinente as suas demandas. Após a construção o jogo foi aplicado em uma oficina na Unidade Básica de Saúde (UBS) em Belo Horizonte. O artigo apresenta algumas reflexões sobre o processo de construção, os resultados da sua aplicação e suas perspectivas de reprodução em espaços que trabalhem com o tema. O jogo se mostrou como instrumento capaz de propiciar reflexões e aumentar o diálogo e a percepção da família em relação aos seus hábitos alimentares e comportamentais.

Palavras chaves: Obesidade infantil, Jogos educativos, intervenção psicossocial

Introdução

A Organização Mundial de saúde (WHO) relata crescimento da obesidade infantil em aproximadamente 40% nos países Europeus nos últimos 10 anos. No Brasil, os últimos dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são de 2008/2009 (BRASIL, 2008). Na região sudeste o excesso de peso infantil em crianças de 5-9 anos foi de 38.8% e nas idades de 10-19 foi de 22.8%.

A literatura aponta aumento crescente da obesidade infantil e adulta em todo mundo, sendo considerada por diversos autores uma epidemia (FRONTZEK, FERNANDES E GOMES, 2015, FREITAS, 2014; NUNES, APPOLINARIO, GALVAO 2006, MELO, LUFT E MEYER, 2003). Trata-se, portanto, de um problema de saúde pública, mas também de uma questão social, já que as pessoas com sobrepeso são estigmatizadas (POULAIN, 2009). As tentativas empreendidas para reduzir a incidência e prevalência da obesidade tem se mostrado ineficazes ou mesmo contraproducentes (MELO et al, 2003). Este cenário aponta para a importância de mais estudos que contemplem o tema e apontem possíveis intervenções que possam ser efetivas para a redução da magnitude do fenômeno.

A obesidade é considerada uma doença que possui causas biológicas (hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, hereditariedade, entre outros), sociais (pressões contraditórias da mídia que cobra um corpo magro e estimula alimentação de fast food e industrializado, hábitos culturais do seu contexto e família, entre outros) e emocionais (vivências afetivas com a comida, conflitos relacionais, a comida com função de preencher “vazios” existenciais, entre outros). Assim, sendo um fenômeno multicausal precisa ser compreendida dentro da sua complexidade, não se deve tratá-la como um problema matemático linear (PARIZZI, TASSARA, 2001). O modelo biomédico tradicional é criticado por seu reducionismo, “por tomar o corpo biologicamente definido, como locus de explicação, diagnósticos e intervenção” (YOSHINO, 2007, p.119). A criança, muitas vezes é responsabilizada de forma individual por seu excesso de peso. Alguns tratamentos também apontam para um tratamento “isolado” enfatizando a necessidade da criança “ter força de vontade” desconsiderando seu contexto familiar e todas as implicações decorrentes de suas relações sociais (PARIZZI, TASSARA, 2001).

Assim, foi realizada uma pesquisa (FRONTZEK, BENTO, BERNARDES, 2016) que buscou como primeiro passo compreender a obesidade infantil e suas consequências a partir de quem a vivencia; a criança e sua família, considerando seu contexto cultural. Os resultados desta pesquisa mostraram a necessidade de intervenções que contemplem a perspectiva familiar. A literatura

consultada nesta pesquisa constatou que muitas das intervenções para tratar e combater a obesidade infantil se mostraram ineficazes. Assim, com o objetivo de subsidiar reflexões para intervenções que sejam mais eficazes foi construído um jogo sobre obesidade infantil para ser utilizado pelas famílias. No presente artigo são descritas as etapas desta construção, o produto obtido e algumas reflexões sobre o processo e suas perspectivas de reprodução em espaços como Unidade Básica de Saúde (UBS) escola, lares, entre outros que trabalhem com o tema.

Fundamentos teóricos da pesquisa

Jogos e a aprendizagem

Os jogos têm se mostrado como recursos que permitem alcançar uma aprendizagem de forma mais prazerosa. Além disto, são motivadores para a implantação no cotidiano do que foi aprendido. A pesquisa de Amaro, Viggiano e Di Constanzo (2006) mostrou que a aplicação de um jogo sobre nutrição aumentou o conhecimento do jogadores e também aumentou o consumo de verduras e legumes.

Outras pesquisas apontam evidências científicas para a utilização dos jogos e da ludicidade em educação em saúde (CROSCATO, PINO E MELLO, 2010, AMARO et al, 2006, FONSECASCOSCHI E MELLO, 2002, SCHALL, MONTEIRO e SANDRA, 1999). Nos jogos, o envolvimento sensorial na interação com a informação se torna ampliado o que faz com que o interesse e a atenção sejam mantidos, facilitando assim o processo de ensino e aprendizagem (DINELLO, 2004)

Observa-se que o jogo é evidenciado como instrumento que promove a oportunidade para discussão. As situações de aprendizagem propostas pelo jogo podem propiciar relações entre eventos, auxiliando o jogador a emitir respostas ao conteúdo que o jogo se propõe a ensinar, produzindo consequências que podem resultar em transformação de atitudes e mudança de hábitos (FONSECA et al, 2002).

A função motivacional dos jogos é importante para a educação e o desenvolvimento de aprendizes em qualquer faixa etária. Os jogos podem ser considerados ainda como tecnologia capaz de facilitar e acelerar a aprendizagem, ou seja, facilitar mudanças de comportamento porque fazem refletir propiciando tomadas de decisões mais elaboradas (ANOSSO, SOUZA E HAYDU, 2015).

O material educativo permite o intercâmbio de saberes ao associar o conhecimento conceitual (como modalidades terapêuticas) a aspectos comportamentais, permitindo ressignificar as vivências (CROSCRATO et al, 2010). Ressalta-se a necessidade da construção desse instrumento devido à escassez dessas produções na área da obesidade infantil. A ideia é possibilitar a construção de novos significados e maior compreensão das experiências, considerando os aspectos afetivos (Schall et al, 2005).

Mediação

O jogo pode ser usado como forma de intervenção psicossocial. No caso em que um jogo é aplicado por profissionais da saúde em contexto clínico/institucional, por exemplo, recomenda-se uma postura de mediação. Com base em autores como Afonso, Vieira-Silva e Abade (2009), Freire (2002) e Vygotsky (1984), percebe-se a pertinência de conhecer e respeitar o saber do outro. O jogo pode ser um instrumento de articulação entre a realidade e as possibilidades de escolhas em saúde.

Vygotsky (1984) afirma que o jogo facilita o desenvolvimento da criatividade, ampliando desta forma as relações entre o campo do significado e o campo da percepção visual.

A educação que problematiza, conforme propõe Paulo Freire (2002), ocorre numa relação horizontal, cujo educador e educando se posicionam sem hierarquias compartilhando saberes. A ideia é de que o educando neste tipo de relação compreenda que ele é capaz de transformar a realidade já que ele faz parte do mundo e da sociedade. O respeito ao conhecimento anterior que

o educando possui é de fundamental valor, para que se possa propor, e nunca impor o que, e como será desenvolvido o tema a ser aprendido. (AFONSO et al, 2009).

A relação sujeito-sujeito e sujeito-mundo são inseparáveis para Freire. Ele afirma que (2002, p. 68), "Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo".

O lúdico para a criança

Se a literatura científica mostra o alcance dos jogos para qualquer faixa etária, podemos afirmar que é ainda maior sua receptividade na infância, já que o lúdico para criança é comprovadamente necessário. É através do brincar que a criança tenta elaborar os receios, as angústias, as dores, as fantasias entre outros. A compreensão da necessidade de brincar como necessidade básica é essencial para os profissionais da saúde que lidam com este público (RIBEIRO, 2002). Pode-se considerar que o lúdico, categoria na qual o jogo se inclui, pode representar a fantasia em ação. A partir desta ludicidade a criança vivencia suas experiências e a função emocional da fantasia organiza “formas do ambiente que permitem que a criança desenvolva e exercite suas inclinações naturais” (VYGOTSKI, 2003, p. 155).

Metodologia

Local- A pesquisa foi realizada em uma das principais instituições hospitalares privadas de Belo Horizonte. Lá são realizados por equipe multidisciplinar, composta por nutricionista, pediatra e psicóloga, grupos de obesidade infantil na perspectiva sistêmica. Os pacientes do hospital são convidados a participar do grupo através de divulgação em rádio e também convite direto do corpo clínico que os atende.

Entrevistas individuais - Todas as famílias (crianças e cuidadores), antes do início do grupo foram entrevistadas individualmente pela pesquisadora utilizando-se entrevista aberta com

questões norteadoras sobre suas percepções em relação à obesidade, relação com a comida, limitações cotidianas e preconceitos sociais, entre outros temas que surgiram. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo categorial temática (BARDIN, 1977).

Grupos sistêmicos- Logo após as entrevistas individuais foi realizado o grupo, que durou seis meses, sendo que os encontros eram quinzenais e duravam cerca de duas horas. Foram dez famílias participantes. As idades das crianças variaram entre nove e dez anos. Houve a participação de dez mães e três pais.

Os encontros foram conduzidos pela psicóloga, coordenadora do serviço de psicologia, do hospital que descreve a metodologia de grupos criada por ela em seu livro (Tassara, 2012).

Foram várias as técnicas utilizadas durante os encontros que abordaram temas relativos às vivências das famílias. Cada família construiu seu “projeto” com metas individuais e coletivas para começar as mudanças desejadas. Foi realizada também uma técnica grupal, na qual todos foram convidados a derreter um pedaço de chocolate na boca, era proibido morder. Foi feita uma reflexão sobre sentir o alimento, prestar atenção no ato de comer. Problematicou-se sobre a pressão da mídia, a “correria” do dia-a-dia. Neste dia, a nutricionista explicou a importância da mastigação e do não engolir.

Foi realizado uma vivência onde vários alimentos foram levados em formatos diferenciados. Pera cozida, chips de maçã, cenoura cozida em bolinhas, etc. Todos fecharam os olhos para experimentar e tinham que tentar adivinhar o que era. Foi discutido sobre a afetividade do paladar e a importância de experimentar. Em outro encontro as famílias tinham que pegar na mesa figuras e miniaturas de alimentos e montar um prato. As escolhas foram discutidas em seguida.

Em todos os encontros as famílias eram convidadas a refletir e problematizar sobre seus comportamentos e hábitos no cotidiano através de técnicas lúdicas e espaços para reflexões. Em todos os encontros participavam os adultos e as crianças presentes.

Além da participação no grupo que nos permitiu observar, interagir e compreender melhor as relações familiares que envolvem a crianças acima do peso, foram realizados três encontros específicos para discussão de que tipo de material psicossocial, educativo eles considerariam interessante.

Participaram do grupo, duas médicas, uma nutricionista, duas psicólogas e uma estagiária de psicologia. Foram 09 encontros no total.

Resultados

Para a construção do material de intervenção psicossocial foram consideradas as principais sugestões levantadas nos encontros do grupo realizado no hospital: jogos dinâmicos e divertidos ou livro contando uma história com personagens interessantes que prendam atenção. Foram esboçadas por eles também algumas ideias de jogos e histórias.

Assim, partindo destas sugestões, da experiência vivenciada no grupo e da literatura consultada construiu-se o ***Jogo da família- saúde divertida.***

Trata-se de um jogo familiar sobre obesidade infantil composto por dois questionários, um para as crianças e outro para os pais (figuras 1 e 2), contendo 27 questões cada. As perguntas são do tipo “espelho” nos dois questionários. Assim, na pergunta três do questionário dos pais está escrito, “Você já prometeu recompensa ao seu filho se comer tudo?”, e no questionário da criança na pergunta três temos, “Seus pais já te prometeram recompensam se você comer tudo?”. Os pais e as crianças respondem separadamente e depois fazem a apuração juntos. Cada resposta coincidente gera um ponto para a família. Em seguida, sugere-se uma discussão dos resultados. As instruções do jogo contêm pontuação, formas de jogar (várias famílias ou uma única família), sugestão de premiações, de mediação e condução.

Figura 1

QUESTIONÁRIO ADULTO
JOGO DA FAMÍLIA- SAÚDE DIVERTIDA



PERGUNTAS PARA OS PAIS (CUIDADORES) RESPONDEREM	PONTO
1. Quando está se alimentando, como você sabe que já está satisfeito (a)? Sim () Não ()	
2. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está satisfeita?	
3. Você já prometeu recompensa a criança se comer tudo? Sim () Não ()	
4. Você obriga a criança a comer tudo? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
5. Você come mais porque está muito gostoso e fica "cheio" demais? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
6. Sua criança come muito e reclama depois que engasga: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
7. Sua criança consegue controlar a quantidade quando está comendo algo que ela gosta muito? É fácil? Certo: Sim () Não () Não: Sim () Não ()	
8. Você compra guloseimas para a casa: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
9. Você compra refrigerante: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
10. A criança se comete a comprar "bêbidas alimentares"? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
11. Os motivos que faz você comprar alimentos que sabe não ser saudáveis para a criança são: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	

Figura 2

QUESTIONÁRIO INFANTIL
JOGO DA FAMÍLIA - SAÚDE DIVERTIDA



PERGUNTAS PARA AS CRIANÇAS RESPONDEREM	PONTO
1. Quando está se alimentando, como você sabe que já está satisfeito (a)? Sim () Não ()	
2. Quando seus pais (cuidadores) se alimentam, como você sabe que eles já estão satisfeitos?	
3. Seus pais (cuidadores) te obrigam a comer tudo? Sim () Não ()	
4. Seus pais (cuidadores) te obrigam a comer tudo? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
5. Seus pais (cuidadores) comem mais porque está muito gostoso e ficam "cheios" demais? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
6. Você come muito e reclama depois que engasga: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
7. Seus pais (cuidadores) conseguem controlar a quantidade quando estão comendo algo que eles gostam muito? É fácil? Não (cuidadores): Sim () Não () Não: Sim () Não ()	
8. Seus pais (cuidadores) compram guloseimas para a casa: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
9. Seus pais (cuidadores) compram refrigerante: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
10. Seus pais (cuidadores) compram "bebidas alimentares" quando você pede: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
11. Os motivos que faz seus pais (cuidadores) comprar alimentos que não são saudáveis para você são os seguintes: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
12. Seus pais (cuidadores) te estimulam a experimentar os alimentos saudáveis mais de uma vez e de forma variada: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
13. Você come frutas: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	

Figura 3

FICHAS VERMELHAS- SACIEDADE

Sua criança consegue controlar a quantidade quando está comendo algo que ela gosta muito? É fácil?

Não é fácil ter controle. No caso da alimentação, mastigar bem e comer lentamente, atendo ao alimento quando bastar e ter mais controle. Comer pequenas quantidades do alimento é outra dica para controlar a quantidade, ao invés de colocar na boca um pedacinho grande de chocolate, colocamos pequenos pedacos e degustar-se o degustando na boca por exemplo. Se a criança não for realmente feliz mais difícil fazer isto. O sinal é que depois de comer ela não se sente muito satisfeita, então é uma pequena quantidade. O doce a qualquer hora tende a aumentar a glicemia (açúcar no sangue), que em excesso pode levar a um quadro de diabetes. A dica também serve para alimentos salgados. Cuidar ao se alimentar como sobremesa, e deixar os doces para o final de semana. Lembrando que o exemplo é para a criança, deve ser trocado para adultos da casa para que toda a família saiba ter o prazer de alimentação sem exageros.

FICHAS AZUIS- HÁBITOS NÃO SAUDÁVEIS

PERGUNTA 6-Você compra guloseimas para a casa:
É preciso evitar o consumo de doces e bebidas açucaradas, sobremesas e outras guloseimas que devem ser obtidos no máximo duas vezes por semana em pequena quantidade, uma vez que o excesso no consumo desses alimentos contribui para o aumento de peso, das cáries dentárias e outras doenças. Quem faz compras são os adultos, então comece a mudança familiar na hora de comprar.

FICHAS LARANJAS- FATORES EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS

PERGUNTAS 19 E 20- A família come mais quando fica nervosa:
Comece a prestar atenção se a alteração de humor provoca mudanças nas alimentações. É comum isso acontecer a não percebermos. A criança também aprende com os pais este comportamento e quando fica ansiosa ou nervosa come mais.
Se você perceber isto, tente não colocar a comida como uma válvula de escape, no lugar de um "momento" de que é preciso comer. Busque outras formas de lidar com o problema maior, com a tensão psicológica, por exemplo, ou tente encontrar outras formas de relaxar que não sejam comestíveis. Não a incentive pessoalmente, mas é bom que essas válvulas de escape não dependam de outra pessoa e sejam acessíveis quando precisar. Para alguma coisa boa, talvez se faça alívio a ansiedade para cada uma ler, um hobby, dar uma volta, caminhar, entre outros. Quais são as suas válvulas de escape para as famílias do dia a dia?

O questionário é separado por cores que indicam o tema abordado naquele bloco de perguntas: Vermelha- Saciedade, Azul – Hábitos não saudáveis, Verde- Hábitos saudáveis e Laranja- fatores emocionais e comportamentais. Acompanha o jogo fichas informativas (figura 3) escritas por nutricionista e psicóloga, separadas pelas cores indicando seu grupo temático.

O jogo tem por objetivo evocar o diálogo e estimular uma maior percepção da família em relação aos seus hábitos. O jogo sugere um mediador para aplicá-lo, em espaços públicos, pode ser o professor, o educador social, o profissional da saúde, entre outros. Em casa, pode ser um dos adultos da família. O conceito de mediação adotado é o Freiriano (1996), pois parte-se da ideia de que o encontro deve ser democrático e afetivo e todos devem se expressar a partir de suas realidades. O mediador contribui para as conexões entre os saberes, instiga a reflexão e apoia o acesso ao conhecimento de forma crítica, sem se posicionar como quem detém o saber.

O jogo, logo após sua construção, foi aplicado em uma oficina sobre obesidade infantil na Unidade Básica de Saúde (USB) em um bairro de periferia em Belo Horizonte- MG. Participaram do encontro seis famílias. As idades das crianças variaram entre 6 e 12 anos. Estiveram presentes 04 mães, 1 prima e uma avó, além das crianças.

Discussão:

Uma das principais questões apontadas em uma revisão integrativa sobre a percepção dos pais sobre a obesidade dos seus filhos (Frontzek et al, 2016) foi que boa parte das famílias distorcem o “real” peso da criança. Na pesquisa realizada, a projeção e a falta de diálogo foram características observadas que podem ajudar a entender a dificuldade que os pais possuem para encarar o real peso de seus filhos e perceber a gravidade do sobrepeso. Nos encontros do grupo foi possível perceber vários desencontros perceptivos que são frequentes por falta de diálogo. Além disso, verificou-se uma tendência dos pais em projetar seus sentimentos nas crianças, desconsiderando o que elas realmente estão sentindo. Uma mãe do grupo relatou que reduziu o lanche escolar da filha e estava apreensiva por considerar que ela estava ficando com fome. Em nenhum momento ela perguntou a própria filha se ela estava satisfeita. A nutricionista fez a pergunta durante o grupo e a criança respondeu que não sentiu fome. A mãe considerou que ela ficaria com fome se comesse aquela quantidade e partiu do pressuposto de que com a filha seria da mesma forma. A literatura (OLIVEIRA, 2012) demonstra que a ansiedade da mãe pode possuir bases afetivas e culturais já que é muito significativo o valor que se atribui a responsabilidade da mãe em cuidar bem do seu filho, que é comumente interpretado como alimentá-lo bem.

O modelo de tratamento biomédico tradicional, muitas vezes limita-se a redução calórica e orientações prescritivas que desconsideram os múltiplos fatores geradores da obesidade, no qual se inclui os fatores emocionais e sociais. Assim, é preciso reconsiderar a concepção de saúde e as intervenções que acontecem neste campo. (YOSHINO, 2001)

Na realização da oficina onde foi realizado o *jogo da família- saúde divertida* com usuários na UBS percebe-se que o objetivo da proposta foi em parte alcançado, pois houve manifestações como; “Nunca tinha parado pra pensar nestas coisas”, “Achei difícil responder algumas coisas, pois nunca prestei atenção nisto”, “Me dei conta de que não faço o que peço ao meu filho pra fazer”, “estou precisando prestar mais atenção no meu filho e em mim”, entre outras. Estes

comentários revelam o começo de uma reflexão sobre os próprios hábitos e os da família atendendo um dos objetivos do jogo.

Uma das perguntas do jogo é sobre os motivos que faz com que os pais comprem alimentos que sabem não ser saudável para a criança. As respostas foram reveladoras da dinâmica emocional presente na dificuldade em mudar hábitos. As mães disseram que compram as guloseimas porque ficam com pena da criança, porque ela pode “aguar”, porque eles têm pouco tempo para ficar com a criança e compram para agradá-la (compensação), entre outros. Estes exemplos ilustram que a dificuldade em mudar hábito não se relaciona simplesmente à falta de informação, pois estas mães mostraram conhecimento sobre os malefícios dos alimentos oferecidos, mas também com questões emocionais e culturais.

Foi possível perceber também a importância do mediador para fomentar o debate e problematizar as questões surgidas no grupo. Participaram crianças de 6 a 12 anos e observou-se que a diferença etária não foi um impeditivo para a participação efetiva delas por causa da presença do mediador. Ele ainda desempenhou papel relevante no auxílio àquelas pessoas que demonstraram dificuldades com a escrita, leitura e compreensão.

Segundo AFONSO (2002, 2003) há uma dimensão terapêutica na realização das oficinas já que propiciam a elaboração de sentimentos, pensamentos e forma de agir. Porém, não se iguala a um grupo terapêutico porque se limita a um foco e não se pretende a análise profunda de seus participantes. Na realização da oficina, uma mãe ao relatar os hábitos da filha deixou “escapar” que ela toma mamadeira diariamente mesmo já tendo 9 anos de idade. Assim que disse isto à mãe levou à mão a boca num gesto de susto, demonstrando que não era para falar. Era um “segredo” familiar, uma cumplicidade que faz parte da complexidade que envolve o tema. Este caso mostra porque costuma ser tão pouco eficaz ações que visem apenas passar informações na área da saúde. Esta mãe demonstrou ter clareza de que não é aconselhável o hábito da filha, mas questões afetivas e de acordos (implícitos e explícitos) familiares sustentam a permanência dele. Não

cabem julgamentos, os mediadores da oficina devem criar um espaço de reflexão e de trocas de experiência que propiciem a construção de uma saber a partir do próprio grupo (AFONSO, 2003).

Sugere-se, então, realizar oficinas para aplicar o *jogo da família-saúde divertida* em UBS, escolas e outros. A oficina é uma metodologia de trabalho que prevê a formação coletiva. Ela prevê momentos de interação e troca de saberes a partir da uma horizontalidade na construção do saber inacabado. Sua dinâmica toma como base o pensamento de Paulo Freire (1991) e Morin (2007) no que diz respeito à dialética/dialogicidade na relação educador e educando. A oficina constitui um espaço de construção coletiva, de análise da realidade, de confronto e troca de experiências.

A oficina se caracteriza ainda por ser um trabalho que leva em conta a complexidade humana, seus aspectos subjetivos e sociais, cuja elaboração ou aprendizagem não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, suas formas de pensar, sentir e agir. Combinando relações de produção e de afeto, o grupo é um espaço no qual as manifestações nos remetem ao contexto grupal e social (AFONSO, 2000).

Conclusão

O *jogo da família-saúde divertida* mostrou aplicabilidade em contextos que trabalhem a obesidade infantil em sua perspectiva multicausal. A realização do jogo na UBS revelou que ele tem potencial de alcançar o objetivo proposto que é subsidiar reflexões para potencializar a tomada de decisão para a mudança de hábitos alimentares e comportamentais dentro da realidade das famílias. As reflexões suscitadas pelo jogo permitiram que as pessoas identificassem questões até então não vistas ou negligenciadas.

A metodologia de construção do jogo se mostrou pertinente às críticas relativas ao reducionismo e verticalidade nas relações entre os profissionais da saúde/educação e as pessoas que procuram estes serviços. O jogo contempla a perspectiva de quem convive com a obesidade infantil e abre espaço para novas perspectivas ao criar uma metodologia discursiva e não prescritiva.

A experiência da construção do jogo apontou a necessidade de mais pesquisas neste campo que sirvam de base para intervenções com as famílias.

Referências

AMARO S1,(2006). VIGGIANO A, Di COSTANZO A, MADEO I, BACCARI ME, MARCHITELLI E, RAIÁ M, Deepak S, MONDA M, De Luca B. Kalèdo, a new educational board-game, gives nutritional rudiments and encourages healthy eating in children: a pilot cluster randomized trial. Eur J Pediatr. Sep ;165(9):630-5. Epub. May 30.

AFONSO, M.L.M. (2009). VIEIRA-SILVA, M, & ABADE, F L. (2009). O processo grupal e a educação de jovens e adultos. Psicologia em Estudo, 14(4), 707-715.

ANOSSO, M G. (2015) SOUZA, SR; HAYDU, VB. Características atribuídas a jogos educativos: uma interpretação Analítico-Comportamental. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 233-242.

BARDIN L.(1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

BRASIL. (2008). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 132.

CAMPOS, D M S (1974). O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade. Petrópolis, Vozes.

CROSCRATO, Gisele (2010), PINA, J.C, DE MELLO, D.F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura in Acta Paulista de Enfermagem, v.23, n.2, p.257-263.

DINELLO, R. (2004). Os jogos e as ludotecas. Santa Maria: Pallotti.

FONSECA, L. M. M., SCOCHI, C. G. S., MELLO, D. F. (2002). Educação em saúde de puérperas em alojamento neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. Revista Latino Americana de Enfermagem10, 166-171.

FREIRE, P. (2002). Pedagogia do oprimido. 32.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREIRE, P. (1996). Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, de F.C. (2014). A janela da escuta. Relato de experiência clínica. Belo Horizonte: Editora Scriptum.

FRONTZEK, LGM (2015); FERNANDES, MM; GOMES, MEJ. A multidisciplinary treatment for morbid obesity: Therapeutic experience with groups. Psychology 5, 875-885.

FRONTZEK, LGM (2016), BENTO, IC, BERNARDES, LR, MODENA, CM. Parents' Perception on Children's Obesity: Integrative Review that Identified Approaches for Intervention. International Review of Social Sciences and Humanities. Vol. 11, No. 2, pp. 126-139.

MORIN. Edgar. O Método 1, 2, 3, 4, 5,6 (Coleção). Editora Sulina, 2005.

MELO, E.D. (2003); LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade Infantil: como podemos ser eficazes. Jornal de Pediatria. Porto Alegre – Rio Grande do Sul, V. 80, nº 3, pág: 1 a 16, maio.

NUNES, M.A. (2006)., APOPLOINARIO, J.C., GALVAO, A.L., COUTINHO, W. Transtornos Alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed.

OLIVEIRA, F. A. (2012); MARTINS, K. P. H.. Implicações subjetivas da relação mãe-criança nos quadros de obesidade infantil. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 17, n. 1, p. 122-135, jun.

PARIZZI, M.R, TASSARA, V (2001). Obesidade na infância. Clínica médica. Belo Horizonte: Medsi.

POULAIN, J.P.(2013) Sociologia da obesidade. São Paulo: Editora Senac.

RIBEIRO, C.A. (2002). O brinquedo e assistência de enfermagem a criança in enfermagem atual, nov/dez, 06-17.

SCHALL, V.T., MONTEIRO, S R, SANDRA M., & TORRES, M. (1999). Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: an entertaining educational tool for HIV/Aids prevention. Cadernos de Saúde Pública.

TASSARA, V. (2012). Obesidade na infância e interações familiares: uma trama complexa. Belo Horizonte: Coopmed.

VIGOTSKY, L.S.(1984). Formação social da mente. Sao Paulo, ed Martins Fontes.

VIGOTSKY, L. S. (2003). Psicologia Pedagógica. Trad. Claudia Schilling.Porto Alegre: Artmed.

YOSHINO N.L. (2007) O corpo "em excesso" e o culto da "boa forma". *In*: Canesqui AM, organizador. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec; p.111-27.

WHO (1998). Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity.Geneva: World Health Organization.

7.5 Material psicoeducativo construído

A pesquisa resultou na criação de dois jogos e uma cartilha com sugestões de oficina. Os materiais estão descritos abaixo;

- ***Histórias da gente-*** Trata-se de pequenas histórias, baseadas em relatos dos grupos e nas entrevistas, em que se descrevem situações vivenciadas pelas crianças em seu cotidiano. Os temas abordados nas histórias são: preconceito, timidez, pressão social, falta de apoio familiar. As histórias possuem início e meio, mas o fim deve ser construído pela família. É um material que pode ser trabalhado de várias formas, em escolas, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Organizações Não Governamentais (ONGs), espaços de promoção e prevenção de saúde e outros.
- ***Jogo da família- saúde divertida.*** Trata-se de um jogo familiar do sobrepeso infantil. Uma das principais questões apontada na revisão integrativa realizada sobre percepção do peso dos filhos foi o fato de boa parte dos familiares distorcerem o “real” peso da criança. No grupo foi possível perceber vários desencontros perceptivos que são frequentes por falta de diálogo. Exemplo: uma mãe verbalizou sua preocupação em colocar menos lanche para a filha levar para escola e ela ficar com fome. Em momento algum ela perguntou a própria filha se ela estava satisfeita ou não. A nutricionista do grupo perguntou para a criança se ela estava ficando com fome ela disse que não. A ansiedade da mãe possui bases afetivas e culturais já que é muito significativo o valor que se atribui a responsabilidade da mãe em cuidar bem do seu filho, que é comumente interpretado como alimentá-lo bem. Estar “gordinho” por muito tempo simbolizou boa alimentação e saúde. Ainda é recente a construção da associação entre excesso de peso e saúde comprometida.

Portanto, criou-se jogos que evocam o diálogo e o foco da percepção nos hábitos da família. A pontuação e premiação são para conferir ludicidade, pois o mediador deve dar enfoque na reflexão do grupo.

OBESIDADE INFANTIL

Jogos e Oficinas para a Saúde da Criança nas Relações
Familiare e Sociais



Contribuições sobre a obesidade infantil a partir do
enfoque das relações familiares e sociais. Propostas de
materiais para intervenção psicossocial

Luciana Gaudio, Celina Maria Modena e Luana Bernardes



AGRADECIMENTOS AOS COLABORADORES

Agradecimento especial às famílias ouvidas no Hospital Infantil São Camilo e as famílias ouvidas na Comunidade do bairro Maria Goretti, ambos em Belo Horizonte - MG. À Valéria Tassara, psicóloga do hospital São Camilo que muito contribuiu e inspirou com seu trabalho na área. À Geanete Carvalho. À valiosa assessoria da nutricionista Isabel Cristina Bento na construção das fichas do Jogo da família- saúde Diversida. À formatação feita com tanto capricho e paciência por Paulo César da Siqueira. À ilustradora Fernanda Félix Gonçalves.

Aos colaboradores do trabalho que resultou no livro do hospital São Camilo:

Valéria Tassara - Psicóloga

Roselane Lamas - Pediatra

Julliana de Miranda Pinto - Nutricionista

Ester Ramos Ribeiro - Pediatra

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS DA AUTORA

Agradeço ao meu marido, Leandro César, que me entende e sempre está ao meu lado. Você é a diferença em minha vida! Agradeço a minha mãe Celi Rodrigues, por ter dedicado sua vida para que eu tivesse a oportunidade de estudar e alcançar objetivos maiores. Também agradeço aos meus familiares e amigos que compreendem minha ausência e tornam a minha caminhada mais serena. Agradeço aos meus sobrinhos e afilhados Gustavo, Bernardo e Clarice, por serem minha inspiração e maior paixão. Agradeço ao meu professor Dr. Neytsom Carlos, por acreditar em mim e me impulsionar a ser alguém melhor. Luana Bernardes

À Deus sempre! Ao meu marido Aliton, aos meus filhos, Yan e Luana, meus maiores tesouros e a todas as pessoas que me apoiam, pois elas sabem quem são. Luciana Gaudio

Não gosto dos nomes novos que dão para dietas velhas, não gosto da saúde falsa travestida de marketing para vender milagres nutricionais. Não gosto de alimentos "que funcionam" e se julgam melhor que os outros. Não gosto da indecência que se toma cada passo das notícias criadas para atrapalhar o avanço no conhecimento da ciência da nutrição. Gosto do pão na mesa, do prazer da mordida, de saborear cada pedaço do meu bolo de chocolate. Feito de chocolate mesmo, não de alimentos parecidos que lembram o sabor, mas que enganam à vontade e que terminam a refeição com o sorriso amarelo do comi parecido, parece que estou tristemente satisfeita.

Porque comer é assim. Um descanso da alma, um afeto diário, um piquenique despretenso. Um abraço e um sorriso no meio da refeição preenchida de calor humano. A lasanha da vó, o pudim cremoso de leite da tia, o bolinho de chuva com açúcar e canela. Os doces repartidos pelas crianças no meio de tardes de brincadeiras. Parece que a vida ficou esquecida diante de tanta proibição e culpa. Então o que fazer? Critique milagres demais, não compre falsas promessas, não discuta dietas novas. Discuta receitas gostosas, coma com prazer, curta seu corpo e pratique atividades prazerosas. Comer normal não é fazer dieta. Comer normal é fazer poesia com o alimento, ouvindo suas necessidades e vontades, rimando paladares, aromas e essências. Da vida. Avalie o seu comportamento em relação à alimentação. E seja feliz!

Erika Checon Romano
Nutricionista

APRESENTAÇÃO

A obesidade infantil cresce em todo mundo e requer maiores pesquisas e contribuições para que haja prevenções e intervenções mais eficazes. A obesidade é considerada doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pelas comorbidades que acarreta como, por exemplo, pressão alta, diabetes, impacto nas articulações entre outros. Este livro é fruto de uma pesquisa de doutorado que buscou compreender a obesidade infantil, considerando sua complexidade, através da percepção da família, para subsidiar intervenções mais eficazes. Em um primeiro momento realizou-se uma revisão integrativa sobre a percepção dos pais em relação à obesidade de seus filhos. Foi revelada presença de distorção do real peso da criança por parte dos pais e a ineficácia dos programas de intervenção. Partindo destes primeiros dados foi feito um estudo qualitativo em hospital infantil, situado em Belo Horizonte, com 10 famílias. Foram realizadas intervenções interdisciplinares em grupo com as crianças obesas e suas famílias na perspectiva da teoria da complexidade e da teoria sistêmica. Os participantes foram entrevistados antes das atividades grupais. As crianças realizaram técnicas projetivas com os seguintes temas: como eu me vejo, como os outros me vêem e como eu vejo a comida. Os encontros foram quinzenais e duraram seis meses. Foram construídas, a partir destes dados dois jogos para intervenção com as famílias: *O Jogo da família- saúde divertida* e *Histórias da gente*. Eles foram reunidos neste livro contendo também sugestões de oficinas sobre obesidade infantil para serem realizadas com famílias. *O Jogo da família-saúde divertida* foi aplicado em uma comunidade através de uma oficina. A experiência mostrou a aplicabilidade e potencial do material de intervenção psicossocial como instrumento capaz de suscitar reflexões e aumentar a percepção das famílias em relação aos seus hábitos alimentares e comportamentais. A pesquisa revelou que, pode parecer óbvio que as crianças imitam seus pais e que o comportamento alimentar é aprendido, mas uma série de outros elementos, sociais, psicológicos, econômicos, biológicos, compõe a dinâmica que culmina na obesidade. A compreensão do fenômeno não pode se basear em um pensamento linear simplificador. Concluiu-se que, mostra-se inviável compreender e intervir

na obesidade infantil sem considerar a complexidade, a multicausalidade e as relações familiares / sociais envolvidas.

PREFÁCIO

O VALOR DA ABORDAGEM LÚDICA EM UMA CARTILHA SOBRE OBESIDADE INFANTIL

Alimentar as crianças é uma necessidade biológica? Sim, claro. Porém, muito mais do que isso, é um ato de amor. Compartilhar os alimentos é, desde sempre na história da humanidade, um gesto de solidariedade.

O alimento é também uma parte da cultura. Cada cultura tem os seus alimentos preferidos, as receitas tradicionais e também as invenções da culinária. Quando ensinamos às crianças a comerem determinados alimentos, em dados horários ou formas de interação, estamos repassando todo um modo de ser na sociedade.

Entretanto, na sociedade em que vivemos, a oferta de alimentos não vem apenas da família, mas, também, das propagandas na televisão, dos cartazes nas ruas, dos alimentos expostos no supermercado, da internet... São muitas as tentações e, geralmente, prometem prazer e poder, o poder dos super-heróis, o prazer de ser aceito e admirado em um grupo, sorrisos belos e aventuras emocionantes. Fantasias bem nutridas com linguagens coloridas e mutantes.

Sim, comer é mesmo um prazer, mas será que não precisamos saber mais sobre isso? Já perguntava a banda Titãs, “a gente tem fome de quê”? Quando nos alimentamos, além das necessidades físicas,

também encontramos conforto emocional, companhia, uma maneira de segurar aquela ansiedade que aperta o corpo, ou, simplesmente, a substituição de outros prazeres (ainda) não alcançados... A comida representa muito em nossa vida: pode ser saúde e prazer, mas, também, pode representar riscos para a saúde e a qualidade de vida.

Por isso mesmo, precisamos dialogar mais sobre os alimentos, a nossa saúde e a nossa qualidade de vida. Não para nos privarmos dos prazeres da alimentação. E sim para garantir esse prazer sem colocar em risco a nossa saúde. É importante buscar informação, comparar, conversar com nossos parentes e amigos, conversar com os profissionais de saúde que nos atendem, buscar referências que possam nos ajudar como viver melhor usufruindo do sabor e do saber dos alimentos.

A informação é importante para que as pessoas possam buscar respostas para as suas questões, refletir sobre suas escolhas e... Fazer as escolhas. A informação não tem que ser vista como uma ordem autoritária, a ser cumprida a ferro e fogo, independentemente de nossas preferências. Pelo contrário, a informação alimenta o diálogo e pode ampliar a criatividade, criando alternativas para a qualidade de vida.

Materiais educativos, como cartilhas são importantes porque podem se tornar ferramentas para o diálogo. Propiciam situações nas quais se busca socializar conhecimentos, o que é um direito de todos na sociedade. O respeito às pessoas, em todas as idades, é um elemento essencial na elaboração desses materiais, que devem favorecer a compreensão e a troca de ideias.

Uma das consequências atuais do consumo inadequado de alimentos é a obesidade infantil, que tem crescido muito em nosso país. A obesidade infantil é fruto de um conjunto de elementos, incluindo o contexto socioeconômico e cultural bem como fatores biológicos e genéticos. É um problema que precisa ser abordado nas diferentes áreas profissionais, sempre em interação e diálogo: a nutrição, a medicina, a psicologia, a atividade física e assim por diante. E é claro que a família, a escola e toda a sociedade, as instâncias de controle social sobre os produtos alimentícios, todos precisariam também assumir suas responsabilidades diante desse problema social que vem crescendo: a obesidade infantil.

Esta cartilha, escrita por Luciana Gaudio, Celina Maria Modena e Luana Fernandes, e ilustrada por Fernanda Félix Gonçalves, busca, justamente, contribuir para o enfoque da obesidade infantil considerando as relações familiares e sociais e propondo materiais para uma intervenção psicossocial.

A obesidade pode trazer consequências negativas para as crianças tanto em relação à sua saúde física quanto aos aspectos psicológicos e sociais. Dentre as complicações físicas está, por exemplo, o risco de desenvolver diabetes. Além disso, as crianças com excesso de peso podem sofrer com o preconceito, muitas vezes desenvolvendo baixa autoestima e sendo vítimas de isolamento social. Por exemplo, sendo alvo de comentários pejorativos e não conseguindo se enturmar com os colegas. Entretanto, mesmo quando a criança não tem excesso de peso, é preciso observar se a sua alimentação está condizente com um crescimento saudável e a prevenção de riscos à sua saúde.

O excesso de peso tem razões diversas, e certamente os hábitos alimentares estão entre elas. Não raramente é preciso transformar os hábitos alimentares para melhorar a saúde ou prevenir doenças. Porém, mudar hábitos não é nada fácil. Mexe com a rotina da família e da criança, com a relação entre a escola e a família, e assim por diante. Para mudar os seus hábitos alimentares, as crianças precisam do apoio e da orientação dos adultos que são responsáveis por elas. E, por isso mesmo, as famílias muitas vezes precisam do apoio e da orientação dos profissionais de saúde.

Foi com esse intuito que Luciana Gaudio Martins Frontzek¹ fez um estudo cuidadoso mostrando que, para tratar a obesidade infantil, é preciso envolver não apenas a criança, mas toda a sua rede de apoio, com especial atenção à sua família. A autora diz: “tratar o problema implica modificar hábitos e intervir nas relações que cercam a criança e contribuem para seu estado”. Porém, ela pensa na intervenção não como uma forma autoritária de um profissional impor uma conduta ao paciente, mas, sim, como uma ação de “inter-agir”, “con-versar”, com-partilhar entre pessoas e grupos na construção de caminhos para prevenção de riscos à saúde e fortalecimento da qualidade de vida.

Por isso mesmo, é importante que essa intervenção ofereça dimensões lúdicas e dialógicas. É preciso, ao mesmo tempo,

¹ FRONTZEK, Luciana Gaudio Martins. *Obesidade infantil: compreensão das relações familiares e intervenção psicossocial*. 2016. 226 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisa René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Belo Horizonte.

informar, refletir e interagir. E o lúdico ajuda demais quando se trata de entrelaçar essas dimensões. O lúdico permite que as pessoas se permitam rever os seus pontos de vista e brincar com as crenças até então arraigadas. O lúdico facilita a troca de ideias, colabora na elaboração do pensamento, diminui o medo da crítica e favorece a participação nos grupos.

A utilização de técnicas lúdicas também traz novas formas de intervenção para o profissional, que precisará desenvolver suas habilidades de saber ouvir, escolher bem as palavras para passar a sua mensagem, perceber os efeitos da sua relação com os pacientes, esclarecer sem intimidar, incentivar com respeito e criatividade.

Ao preparar essa cartilha, as autoras tinham em mente facilitar o trabalho educativo para pacientes e profissionais envolvidos. Por isso mesmo, escolheram metodologias participativas, ou seja, metodologias que não se limitam a ser divertidas, envolvendo sutilmente as pessoas, mas que criam situações nas quais todos possam se expressar, possam refletir sobre as suas ações e pensar em alternativas para a transformação de seus hábitos, no caso, ligados à saúde. As metodologias participativas podem ser utilizadas em diferentes ambientes, como na rede de saúde, na escola, em ONGs, ou outros. Seguem os princípios do respeito ao participante e do desenvolvimento de sua autonomia a partir das informações disponíveis e do diálogo democrático com outros participantes, incluindo os profissionais.

Nesta cartilha, vamos encontrar jogos, histórias e propostas para a realização de oficinas. Cada proposta tem a sua especificidade.

Foram criadas a partir do contato com os familiares e as crianças, ouvidos cuidadosa e afetivamente, em situação de pesquisa. Os materiais foram elaborados, discutidos com os participantes da pesquisa e pré-testados até chegar à sua forma final, com o aprimoramento da sua dinâmica, linguagem, informações oferecidas e dos elementos que facilitam a participação. Sua contribuição é relevante, criativa e inovadora. Pode dar subsídios para a atuação de profissionais de formações diversas.

Esta não é apenas mais uma cartilha, é um mapa, uma cartografia, para viajar nesse delicado território da obesidade infantil, com o prazer de quem colabora, com-partilhando, para a qualidade de vida das crianças e de suas famílias. Não vou mais ficar falando dos roteiros. Deixarei aos leitores o prazer dessa viagem.

Lúcia Afonso

(Psicóloga social e clínica, mestre e doutora em Educação, pós-doutorado em Psicologia Social. Professora do Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local, do Centro Universitário UNA, Belo Horizonte).

Sumário

INTRODUÇÃO.....	7
JOGO DA FAMÍLIA - SAÚDE DIVERTIDA.....	10
QUESTIONÁRIO ADULTO	14
QUESTIONÁRIO INFANTIL.....	18
FICHAS DE APOIO.....	22
HISTÓRIAS DA GENTE - OBESIDADE INFANTIL.....	37
CENAS.....	41
OFICINA PARA SER APLICADA COM FAMÍLIAS.....	51
PALAVRAS FINAIS.....	60

INTRODUÇÃO

A obesidade infantil cresce cada dia mais segundo os órgãos de pesquisa oficiais, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A obesidade é considerada uma doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e traz muitas consequências para a vida de quem a possui. O aumento de peso e a obesidade são preocupantes e merece nosso olhar atento e preventivo.

Outras doenças são causadas pelo excesso de peso, como por exemplo, o diabetes a pressão alta, problemas de coluna, dores e desgastes nas articulações, colesterol alto entre outros. A criança obesa provavelmente terá mais dificuldades para realizar atividades físicas e ficará mais cansada do que crianças não obesas. Além disto, a obesidade infantil é motivo de bullying na escola e em outros espaços.

Nossa sociedade privilegia a pessoa magra em vários aspectos: moda, mercado de trabalho, móveis, mídia, entre outros.

A discriminação social pode afetar o desenvolvimento emocional de quem vivencia a obesidade de forma negativa contribuindo para baixa autoestima entre outras consequências. Os malefícios da obesidade se mostram no corpo, no campo emocional e no campo social.

É preciso agir no âmbito interventivo para quem já possui o problema instalado e no preventivo para que se possa evitar seu aparecimento. A obesidade infantil é fruto de um conjunto de elementos que inclui contexto social, fatores biológicos e genéticos, comportamentos alimentares não adequados, sedentarismo e dificuldades emocionais mal elaboradas. Os hábitos que a criança adquire e leva para a vida adulta são frutos das aprendizagens relacionais com seus pais e pessoas que

convivem. Considerar estes fatores é importante para compreender e intervir no tema. As crianças aprendem com os adultos e dificilmente irão construir novos hábitos, que sejam mais saudáveis, se não tiverem exemplo, começando dentro de sua casa.

Não é possível tratar a "obesidade" da criança de forma isolada! Melhorar a questão implica modificar hábitos e intervir nas relações que cercam a criança e que contribuem para seu estado. Cada família precisa encontrar um caminho para que, não só a criança, mas todos construam, dentro de sua realidade, uma forma de se apoiarem para a mudança necessária. Não é fácil mudar e buscar auxílio aumenta a chance de conseguir alcançar os objetivos. Trata-se de negociar, flexibilizar, brincar mais, investir, aumentar as válvulas de escape para lidar com as tensões do dia a dia, aumentar o contato, o diálogo e o prazer da companhia. Não é preciso deixar de perder o prazer pela comida nem deixar de comer o que gosta. É uma aprendizagem necessariamente familiar que começa pelo desafio de experimentar sabores novos, práticas novas, aprendendo a ter prazer com o que faz bem para o corpo e para a alma. Não é necessário excluir. Não é recomendável trabalhar com a lógica do sacrifício, mas do autocontrole para saber dosar quantidades.

Cuidar do aspecto psicológico também é fundamental neste processo. A comida não tem o lugar de apenas nutrir, pois construímos várias outras funções para ela como, por exemplos:

- Uma forma de lidar com ansiedade,
- Defesa para as dificuldades do dia a dia,
- Compensação para a ausência com a criança,
- Recompensa,
- Satisfação social
- Lembrança afetiva,
- Pertencimento,
- Manutenção da "identidade" familiar,

- Entre outros.

Sendo assim identificar as funções que a comida assume na família também é interessante para que se ergam outras saídas e o alimento possa ficar no lugar nutritivo e afetivo sem trazer consequências ruins.

Os jogos e sugestões apresentados neste livro possuem o objetivo de fazer pensar sobre as relações com a comida, com os hábitos da família e em formas de lidar com estas questões no cotidiano para garantir bem estar e saúde. As propostas de jogo contidas no livro enfatizam o aspecto lúdico para tomar a aprendizagem e as reflexões mais prazerosas e mais acessíveis à linguagem da criança. Se a literatura científica mostra o alcance dos jogos para qualquer faixa etária, podemos afirmar que é ainda maior sua receptividade na infância, já que o lúdico para criança é comprovadamente necessário. E através do brincar que a criança tenta elaborar os receios, as angústias, as dores, as fantasias entre outros. A compreensão da necessidade de brincar como necessidade básica é essencial para os profissionais da saúde que lidam com este público (RIBEIRO, 2002). Pode-se considerar que o lúdico, categoria na qual o jogo se inclui, pode representar a fantasia em ação. A partir desta ludicidade, a criança vivencia suas experiências e, a função emocional da fantasia organiza “formas do ambiente que permitem a ela desenvolver e exercitar suas inclinações naturais” (VYGOTSKI, 2003, p. 155).

Portanto os materiais e sugestões apresentados podem ser utilizados por pais, familiares, profissionais da saúde e podem servir de inspiração para novas construções que atendam melhor a realidade de cada caso.

É importante esclarecer que onde se lê “pais” pode ser lido também outros familiares e/ ou cuidadores, considerando as diversas possibilidades e configurações de família que temos na

atualidade. A diversidade é bem vinda e entendemos que a forma como as relações são conduzidas é o mais importante.

O primeiro material sugerido é o Jogo da Família- saúde Divertida.

JOGO DA FAMILIA- SAUDE DIVERTIDA

O JOGO

Partindo do pressuposto de que a criança não adquire hábitos sozinha e nem tampouco irá modificá-los sozinha, este jogo tem a função de servir como um “termômetro” para verificar como é o diálogo e a percepção de toda a família sobre os hábitos alimentares. O jogo se baseia na idéia de que é necessário que a família forme uma rede solidária entre seus membros para construção de hábitos saudáveis. Para que isto aconteça é preciso melhorar o diálogo e a percepção das reais necessidades de cada um. Assim, as perguntas devem ser debatidas e refletidas pela família.

Acompanha o jogo fichas que esclarecem sobre os temas abordados. As fichas foram construídas por psicóloga e nutricionista, com referências científicas e do ministério da saúde. Elas estão separadas por cores da seguinte forma:

Vermelha- Sarcoidose

Azul - Hábitos não saudáveis

Verde - Hábitos saudáveis

Laranja - Fatores emocionais e comportamentais

Os temas possibilitam verificar em qual área a família tem mais facilidade ou dificuldade.

A função das fichas é servir de ferramenta para contribuir para reflexão e tomada de decisão das famílias. Não se trata de ideias acabadas e que devem ser seguidas como uma prescrição rigorosa, pois se entende que cada família deve construir novos hábitos pertinentes ao seu contexto e possibilidades sociais, psicológicas e biológicas.

O espaço para escuta e reflexão gerado por este jogo pode propiciar a criação de estratégias coletivas partindo da realidade e singularidade de cada família, para melhor enfrentamento do sobrepeso/obesidade.

OBJETIVO: Propiciar reflexão e maior interação familiar para que a família possa construir soluções para o melhor manejo do sobrepeso infantil a partir de sua realidade. Quem conseguir fazer mais pontos “vence” o jogo.

INSTRUÇÕES

O Jogo contém: O jogo é composto por 01 questionário para pais, 01 questionário para crianças e 21 fichas informativas;

Número de participantes: Mínimo de 1 e máximo de 10 famílias;

Tempo de duração: Estima-se 30 minutos para responder o questionário, 15 minutos de apuração e 45 de discussão perfazendo o total de 1h30 min. O tempo, porém pode variar de acordo com a forma como ele for jogado, pode ser aplicado em um encontro ou mais.

Para ser usado com várias famílias:

- Solicita-se que as crianças e os seus cuidadores respondam as perguntas do jogo de forma separada.

- Sugere-se um mediador em cada grupo, de pais e crianças para auxiliar na execução da atividade proposta.
- É interessante haver um mediador em cada grupo para mediar pessoas que tiverem dificuldades de compreensão, que não conseguirem ler sozinhas, entre outros.
- Quando ambos os grupos terminarem, cada família (pais e filhos) faz a apuração e a cada resposta coincidente a família obtém 1 ponto. A família que fizer mais pontos ganha o jogo e compartilha sua experiência com os demais.

Premiação

Se optarem por haver prêmio, este pode ser:

- Simbólico: certificado de família unida, os outros participantes deverão pagar uma prenda entre outros.
- Incentivo a novos hábitos: cesta de alimentos saudáveis, jogo para a família brincar junta ou similar.

Papel do mediador

- O mediador tem a função de organizar a aplicação do jogo e auxiliar as pessoas para realizá-lo. Ele ainda provoca a discussão e auxilia as famílias a refletirem dentro de suas realidades. O mediador, mesmo sendo um profissional da saúde, não deve se colocar como alguém que vai "ditar" o que deve ser feito por ter mais conhecimento técnico. Seu papel é o de mediar saberes valorizando as vivências e sentimentos além do conhecimento técnico.

O mediador do grupo após apuração dos dados propõe uma reflexão coletiva sobre cada conjunto de perguntas separadas por cores/temas: Vermelha - Sarcoidose, Azul - Hábitos não

saudáveis, Verde- Hábitos saudáveis e Laranja- fatores emocionais e comportamentais. Devem-se utilizar as fichas para fomentar a discussão. As fichas podem ser utilizadas de diversas formas; sorteadas, gincana, discutir uma a uma ou como a criatividade permitir. Sugere-se convidar as famílias que queiram para expor suas vivências sobre aquele tema.

Sugere-se também que, ao final do jogo, cada família construa um planejamento coletivo de mudanças de hábitos para levar para casa² e o fixe em local visível colocando datas para verificação das metas. Os familiares serão os incentivadores e auxiliares uns dos outros na realização destas metas.

No caso de ser realizado em mais de um encontro pode-se solicitar a construção do planejamento familiar em casa para posterior discussão em grupo.

Para ser usado por uma única família

Mesmas regras de pontuação

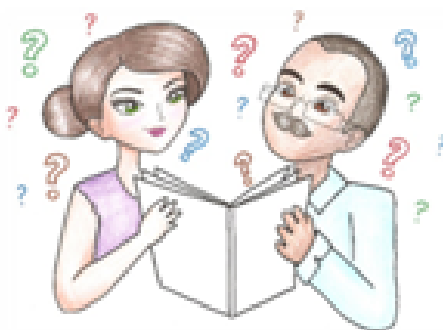
Pais, irmãos e outros familiares que convivem na mesma casa ou intimamente respondem separadamente. Logo após fazem a apuração discutindo sobre cada questão.

Premiação- O membro da família que acertar mais pode pedir aos outros que paguem uma prenda ou o prêmio pode ser acordado pela família previamente.

Sugere-se que os pais conduzam uma discussão sobre os temas, se apoiando nas fichas informativas e que ao final do jogo a família construa um planejamento coletivo de mudanças nos hábitos para ser afixado em local visível a todos.

² Verificar trabalho de Valéria Tessera que constrói esta metodologia sobre projeto da família no livro *Obesidade: na infância e interações familiares: uma trama complexa*. Editora Coopmed, Belo Horizonte, 2012.

QUESTIONÁRIO ADULTO JOGO DA FAMÍLIA- SAÚDE DIVERTIDA



PERGUNTAS PARA PAIS (CUIDADORES) RESPONDEREM

Perguntas	Pont.
1. Quando está se alimentando, como você sabe que já está satisfeito (a)?	
2. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está satisfeita?	
3. Você já prometeu recompensa à criança se ela comer tudo? () Sim () Não	
4. Você obriga a criança a comer tudo? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	

5. Você come mais porque está muito gostoso e fica "cheio" demais: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
6. Sua criança come muito e reclama depois que exagerou: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
7. Sua criança consegue controlar a quantidade quando está comendo algo que ela gosta muito? E você? Criança - Sim () Não () Às vezes () Você - Sim () Não () Às vezes ()	
8. Você compra guloseimas para a casa: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
9. Você compra refrigerante para a casa: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
10. A criança lhe convence a comprar "besteiras alimentares": () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
11. Os motivos que faz você comprar alimentos que sabe não ser saudável para a família são:	
12. Você estimula a criança a experimentar os alimentos saudáveis mais de uma vez e de forma variada: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
13. A criança come frutas: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	

14. Você come frutas: () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
15- A criança come verduras? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
16. Você come verduras? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
17. Qual é a comida preferida da criança? E a sua? Criança: _____ Você: _____	
18. Qual é a comida que sua criança menos gosta? E a sua? Criança: _____ Você: _____	
19. Você come mais quando fica nervoso (a)? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente () Não percebi isto	
20. Você percebe que a criança come mais quando fica nervosa? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente () Não percebi isto	
21. Você faz o que ensina a criança a fazer em relação à alimentação? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
22. Qual é a maior dificuldade que você encontra para melhorar sua alimentação?	
23. Qual é a maior dificuldade que você encontra para realizar	

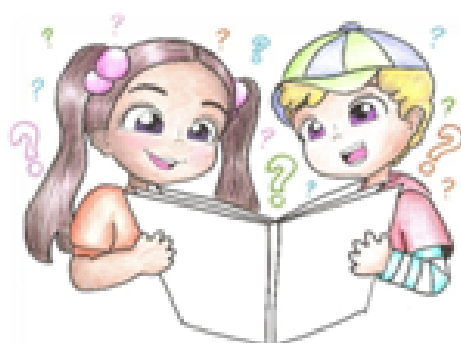
exercícios fisicos?	
24. Sua criança costuma comer vendo TV? E você? Criança - () Sim () Não Você - () Sim () Não	
25. Sua criança costuma "engolir" a comida? E Você? Criança - () Sim () Não Você - () Sim () Não	
26. Você e sua criança conversam sobre a vida pessoal de cada um? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
27. Você e sua criança brincam juntos? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
TOTAL	

Sempre: pelo menos uma vez na semana;

Às vezes: sem regularidade, pelo menos uma vez por mês;

Nunca ou raramente: nunca aconteceu ou acontece de maneira isolada

QUESTIONÁRIO INFANTIL
JOGO DA FAMÍLIA – SAÚDE DIVERTIDA



PERGUNTAS PARA AS CRIANÇAS RESPONDEREM	PONTOS
1. Quando está se alimentando, como você sabe que já está satisfeito(a)?	
2. Quando seus pais (cuidadores) se alimentam, como você sabe que eles já estão satisfeitos?	
3. Seus pais (cuidadores) já lhe prometeram recompensa se comesse tudo? () Sim () Não	
4. Seus pais (cuidadores) lhe obrigam a comer tudo?	

(☐) Sempre (☐) Às vezes (☐) Nunca ou raramente	
5. Seus pais (cuidadores) comem mais porque está muito gostoso e ficam "cheio" demais:	
(☐) Sempre (☐) Às vezes (☐) Nunca ou raramente	
6. Você come muito e reclama depois que exagerou:	
(☐) Sempre (☐) Às vezes (☐) Nunca ou raramente	
7. Seus pais (cuidadores) conseguem controlar a quantidade quando estão comendo algo que eles gostam muito? E você?	
Pais (cuidadores) – (☐) Sim (☐) Não (☐) Às vezes Você – (☐) Sim (☐) Não (☐) Às vezes	
8. Seus pais (cuidadores) compram guloseimas para a casa:	
(☐) Sempre (☐) Às vezes (☐) Nunca ou raramente	
9. Seus pais (cuidadores) compram refrigerante para casa:	
(☐) Sempre (☐) Às vezes (☐) Nunca ou raramente	
10. Seus pais (cuidadores) compram "besteiras alimentares" quando você pede:	
(☐) Sempre (☐) Às vezes (☐) Nunca ou raramente	
11. Os motivos que fazem seus pais (cuidadores) comprarem alimentos que não são saudáveis para família são:	
12. Seus pais (cuidadores) o estimulam a experimentar os alimentos saudáveis mais de uma vez e de forma variada:	
(☐) Sempre (☐) Às vezes (☐) Nunca ou raramente	

13. Você come frutas: ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca ou raramente	
14. Seus pais (cuidadores) comem frutas: ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca ou raramente	
15- Você come verduras? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca ou raramente	
16- Seus pais (cuidadores) comem verduras? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca ou raramente	
17. Qual é a sua comida preferida? E dos seus pais (cuidadores)? Pais (cuidadores): Você:	
18. Qual é a comida que você menos gosta? E seus pais (cuidadores)? Pais (cuidadores): Você:	
19. Você percebe que os seus pais (cuidadores) comem mais quando ficam nervosos? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca ou raramente ☐ Não percebi isto	
20. Você come mais quando fica nervoso(a)? ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca ou raramente ☐ Não percebi isto	
21. Seus pais (cuidadores) fazem o que lhe ensinam em relação à alimentação: ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Nunca ou raramente	

22. Qual é a maior dificuldade que você encontra para melhorar sua alimentação?	
23. Qual é a maior dificuldade que você encontra para realizar exercícios físicos?	
24. Você costuma comer vendo TV? E seus pais (cuidadores)? Você – () Sim () Não Seus pais (cuidadores) – () Sim () Não	
25. Você costuma "engolir" a comida? E seus pais (cuidadores)? Você – () Sim () Não Seus pais (cuidadores) – () Sim () Não	
26. Você e seus pais (cuidadores) conversam sobre a vida pessoal de cada um? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
27. Você e seus pais (cuidadores) brincam juntos? () Sempre () Às vezes () Nunca ou raramente	
TOTAL	

Sempre: pelo menos uma vez na semana;

Às vezes: sem regularidade, pelo menos uma vez por mês;

Nunca ou raramente: nunca aconteceu ou acontece de maneira isolada

FICHAS DE APOIO

JOGO DA FAMÍLIA – SAÚDE DIVERTIDA

O **Guia Alimentar** elaborado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2014) aponta que para ampliar a autonomia das pessoas durante suas escolhas alimentares e para exigirem o cumprimento do direito humano à alimentação adequada e saudável é fundamental o acesso a informações confiáveis e consistentes, respeitando a identidade e a cultura alimentar da população. A adoção de hábitos alimentares saudáveis não se trata apenas de uma escolha individual, sendo influenciada por diversos fatores.

As fichas podem ser usadas como referências para uma discussão e possível tomada de decisão. Lembrando que se trata de informações profissionais da Psicologia e Nutrição que devem ser contextualizadas e adaptadas à realidade de cada um.

As fichas foram elaboradas pela psicóloga Luciana Gaudio Frontzek e pela nutricionista Isabel Cristina Bento. Elas podem ser destacadas.

As fontes consultadas foram:

Brasil. Ministério da Saúde. Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 164 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. Ed.. – Brasília: ministério da saúde, 2014. 156 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2 ed. – 2 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72 p

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. 68 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 210 p.

Bento, Isabel Cristina, Esteves, Juliana Maria de Melo, & França, Thaís Elias. Alimentação saudável e dificuldades para torná-la uma realidade: percepções de pais/responsáveis por pré-escolares de uma creche em Belo Horizonte/MG, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 20(8), 2015. p 2389-2400.

FICHAS VERMELHAS- SACIEDADE

PERGUNTA 1 e 2 Quando está se alimentando, como você sabe que já está satisfeito(a)?

As crianças podem aprender a diferenciar a sensação da fome, porém o oferecimento de alimentos por parte dos pais, sem a necessidade pode resultar em alimentação inapropriada. Por exemplo, quando a criança fala que não deseja mais comer, porque está satisfeita, e os pais dizem "termine o que está no prato", fica claro para a criança a mensagem de que a sua sensação interna de saciedade não é relevante para a quantidade de comida que ela precisa consumir. Pais que pressionam externamente o comportamento alimentar da criança podem impedir o desenvolvimento de um autocontrole adequado. Como resultado disso, a criança pode vir a depender da sugestão externa para iniciar, manter e terminar sua refeição. Como consequência ainda ela pode comer a mais, pois não foi ensinada a respeitar seus limites de saciedade. É preciso refletir se nós adultos também aprendemos a ter nossa noção de saciedade, pois como iremos ensinar nossas crianças algo que nos mesmos não sabemos? Portanto é um aprendizado para a família.

Saiba mais: [LINK DO ARTIGO:](http://www.cookie.com.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Desenvolvimento-do-comportamento-alimentar-infantil.pdf)
<http://www.cookie.com.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Desenvolvimento-do-comportamento-alimentar-infantil.pdf>

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek.

PERGUNTA 3- Você já prometeu recompensa a seu filho (a) se comer tudo?

O uso de alimentos como recompensa para aumentar o consumo de alimentos pouco palatáveis para criança (como verduras, legumes, frutas) confunde as funções do alimento, fazendo com que as estratégias utilizadas se oponham ao estabelecimento de padrões alimentares saudáveis para a

criança. Ou seja, não é uma boa estratégia recompensar a criança porque comeu de tudo.

Deve-se incentivar a criança a comer de tudo que é saudável, e isto tem que começar na infância, pois a infância é o momento de construir o comportamento alimentar da criança. Saiba mais: LINK DO ARTIGO: <http://www.cookie.com.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Desenvolvimento-do-comportamento-alimentar-infantil.pdf>

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gaudio Frontzek

PERGUNTA 4- Você obriga seu filho (a) a comer tudo?

É importante não forçar a criança a comer e saber verificar os seus "sinais". Muitas vezes a criança pode estar saciada. Se você deseja que o seu filho coma de tudo deve habituá-lo a comer de tudo que é saudável. Gradualmente deve-se aumentar a presença dos alimentos que a criança costumam criar maior resistência, até que ela não sinta mais qualquer impedimento em consumi-los de forma individual. É importante insistir na oferta do alimento, porém, sem forçar. Se a criança não comer a refeição, por exemplo, não se deve deixar comer biscoitos, chocolates no lugar, pois assim quando estiver com fome deverá comer a refeição mais saudável.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gaudio Frontzek

PERGUNTA 5. Você come mais porque está muito gostoso e fica "cheio" demais:

É importante que você tenha em mente que os alimentos são ingeridos por prazer, mas também porque desempenham muitos papéis importantes no nosso corpo. A lista é grande, mas

sabemos que é preciso comer bem e de maneira saudável para ter saúde. Tome cuidado com o que é gostoso e com o "comer com os olhos". Ficar cheio pode trazer desconforto, empachamento, e se esta prática ocorrer com frequência você ganha uns quilinhos a mais e perde em saúde. Portanto, esteja mais consciente do que come e a quantidade. Pare e pense, "se já estou satisfeito, não preciso comer mais". Posso deixar para outro dia e horário, de preferência às guloseimas depois de uma grande refeição (almoço). Não deixe de ter o prazer de comer o que gosta, mas aprenda a limitar a quantidade e continuar o prazer de outras formas, com um bom papo, dançando, cultivando plantas, vendo um bom filme, enfim da forma que encontrar e que funcione com você.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

PERGUNTA 6. Sua criança come muito e reclama depois que exagerou:

Comer demais não é uma prática saudável. A forma de se alimentar de forma mais saudável deve se tornar um hábito. Caso ocorra reclamações frequentes da criança por ter comido demais, deve-se perceber que se instalou aí um hábito inadequado. Não devemos nos acostumar a isto e podemos reverter este quadro. É importante ter uma rotina/educação alimentar que inclui, entre outros: comer de 3 em 3 horas aproximadamente, consumir alimentos saudáveis, mastigar bem, prestar atenção na refeição. Se a família construir um comportamento alimentar saudável, não irão comer demais. Os pais devem ficar atentos e sempre instruir seus filhos sobre como devem se alimentar. Você é o principal responsável pela alimentação de seu filho e se ele tem este comportamento, você deve repensar suas ações com ele e sobre sua própria

alimentação. O exemplo continua sendo a melhor forma de ensinar.

Alterações no cotidiano construirão um novo hábito como, por exemplo: Evite achar vantagem ir à rodízio e “dar prejuízo” ao restaurante, na verdade o prejuízo maior é na nossa saúde. Evite ir a festas e querer comer de tudo que há lá, pois se a oferta for grande vai ser inevitável ficar cheio demais. As consequências futuras podem ser muito negativas já que a obesidade acarreta muitas doenças como pressão alta, diabetes e limitações físicas mesmo em crianças.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

PERGUNTA 7- Sua criança consegue controlar a quantidade quando esta comendo algo que ela gosta muito? E você? Não é fácil ter controle. No caso da alimentação, mastigar bem e comer prestando atenção no alimento ajudam bastante a ter mais controle. Comer devagar pequenas porções do alimento é outra boa dica para controlar a quantidade. Ao invés de colocar na boca um pedaço grande de chocolate, pode-se colocar um pequeno e degustá-lo deixando derreter na boca, por exemplo. Se a ansiedade não for trabalhada fica mais difícil fazer isto. O recomendado é que doces sejam ofertados após as grandes refeições (almoço, jantar) e em pequenas quantidades. O doce a qualquer hora tende a aumentar a glicemia (açúcar no sangue), que em excesso pode levar a um quadro de diabetes. A dica também serve para alimentos salgados.

Ensine ao seu filho a comer frutas como sobremesa, e deixar os doces para o final de semana. Lembrando que o exemplo ensina muito e este controle deve ser iniciado pelos adultos da casa para que toda a família saiba ter o prazer da alimentação sem exagerar.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

FICHAS AZUIS- HÁBITOS NÃO SAUDÁVEIS

PERGUNTA 8- Você compra guloseimas para a casa:

E preciso evitar o consumo de bolos e biscoitos recheados e outras guloseimas industrializadas, uma vez que o excesso destes alimentos contribui para o excesso de peso, das cáries dentárias e outras doenças. Prefira os alimentos "feitos em casa e feitos na hora". O excesso no consumo desses alimentos contribui para o aumento do peso, das cáries dentárias e outras doenças. Quem faz as compras são os adultos, então comece a mudança familiar ao fazer compras.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

PERGUNTA 9- Você compra refrigerante:

E preciso evitar o consumo de refrigerantes, sucos artificiais e industrializados uma vez que o excesso destes alimentos contribui para o excesso de peso, das cáries dentárias e outras doenças. Refrigerantes são considerados "calorias vazias" porque não oferecem nutrientes para o corpo e ainda são ricos em calorias, sódio, conservantes e outras substâncias nocivas ao organismo. O consumo deve ser limitado em festas, e as crianças e bebê não devem consumir de forma alguma.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

PERGUNTA 10- A criança o convence a comprar "besteiras alimentares"?

É comprovado que a criança nasce com preferência para o sabor doce; no entanto, a adição de açúcar é desnecessária e deve ser evitada nos dois primeiros anos de vida. Até completar um ano de vida, a criança possui a mucosa gástrica sensível e, portanto, as substâncias presentes no café, enlatados e refrigerantes podem irritá-la, comprometendo a digestão e a absorção dos nutrientes, além de terem baixo valor nutritivo. Deve ser evitado o uso de alimentos industrializados, enlatados, embutidos e frituras, que contenham gordura e sal em excesso, aditivos e conservantes artificiais. A família deve ser orientada para não oferecer doces, sorvetes e refrigerantes para a criança pequena.

É comum os pais relatarem que ficam com "dó" da criança porque ela quer o alimento, tem medo dela "aguar" e ficar desassossegada ou mesmo achar injusto ela ver o coleguinha comer e não poder. Precisamos parar para pensar no que realmente é melhor para a criança e se muitos destes medos são dos adultos e não delas. A criança costuma se adaptar bem as situações se forem convidativas. Por exemplo, a criança quer um salgadinho de milho industrializado (Chips), posso oferecer trocas:

-Vamos fazer biscoitos de aveia e chocolate juntos que é bem mais gostoso?

- Este outro biscoito aqui, integral é bem mais saudável é uma delícia também, vou comer com você combinado?

- O homem Aranha ou a Branca de Neve (fale o personagem que a criança gosta) adoram este outro biscoito aqui (mais saudável).

Se simplesmente falamos para a criança que o alimento não é bom e que tem que comer o outro porque é melhor para a saúde estaremos sendo pouco convidativos. A imaginação da criança é fértil e podemos explorá-la a favor de uma alimentação saudável. Preparar alimentos com carinhas e contar histórias dizendo como aquele alimento é especial costuma funcionar na maioria das vezes.

Podemos deixar a criança experimentar uma guloseima, mas de preferência que ela seja feita em casa e enfatizando que se deve consumir pequenas quantidades.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

PERGUNTA 11- Os motivos que faz você comprar alimentos que sabe não ser saudáveis para a criança são:

Esta pergunta é um convite para que os pais reflitam sobre as razões que fazem com que ofereçam alimentos não saudáveis para seus filhos. Encontrar esta resposta pode facilitar o processo de implantação de novos hábitos, já que se pode buscar auxílio para remover as causas da oferta inadequada de alimentos. Como já foram citados, às vezes os pais ficam com "dó", ficam com medo da criança "aguar", entre outros. A alimentação passa muito pelo afeto e às vezes queremos agradar a criança ou mesmo compensar nossa ausência oferecendo alimentos de *fast food*, doces e gorduras que são atrativos ao paladar, mas não são saudáveis. Se identificar alguma destas causas saiba que é possível agir de outro modo. A mudança começa nesta reflexão e continua com a tomada de decisão e busca de auxílio se necessário.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

FICHAS VERDES- HÁBITOS SAUDÁVEIS

PERGUNTA 12- Você estimula a criança a experimentar os alimentos saudáveis mais de uma vez e de forma variada?

Para uma alimentação saudável, devem-se usar alimentos frescos, maduros e em bom estado de conservação. Os alimentos oferecidos às crianças devem ser preparados pouco antes do consumo e nunca oferecer restos de uma refeição.

Para evitar a contaminação dos alimentos e a transmissão de doenças, a pessoa responsável pelo preparo das refeições deve lavar bem as mãos e os alimentos, assim como os utensílios em que serão preparados e servidos. Os alimentos devem ser guardados em local fresco e protegidos de insetos e outros animais. Oferecer água limpa (tratada, filtrada ou fervida) para a criança beber. O mesmo cuidado deve ser observado em relação à água usada para preparar os alimentos. Lavar as mãos com água e sabão, toda vez que for preparar ou oferecer o alimento à criança. A criança pode não gostar de um alimento na primeira vez que come, mas em outro dia ela pode ter outra opinião. Além disto, a forma de apresentação do alimento também pode variar a aceitação. A criança pode não gostar de cenoura ralada, mas gostar dela cozida por exemplo. Portanto, é importante oferecer o mesmo alimento mais de uma vez e em formatos variados.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

PERGUNTAS 13, 14, 15 e 16. A família come frutas e verduras?

As crianças devem acostumar-se a comer frutas, verduras e legumes desde cedo, pois estes alimentos são as principais fontes de vitaminas, minerais e fibras. Normalmente, eles são pouco aceitos porque, em parte, a criança aceita melhor os alimentos doces. Quando a criança recusa determinado alimento, deve-se oferecê-lo novamente em outra refeição. Para que um novo alimento seja aceito pela criança, é necessário em média 8 a 10 repetições em diferentes refeições. É importante que a criança veja seus pais comendo o alimento, pois comerão também.

Para temperar as saladas e os alimentos, recomenda-se o uso de cebola, alho, óleo, pouco sal e ervas (salsinha, cebolinha, coentro).

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

PERGUNTAS 17 E 18- Qual a comida preferida e preterida da família?

A sua alimentação e de seu filho deveter como base alimentos frescos (frutas, carnes, legumes) e minimamente processados (arroz, feijão e frutas secas), além de evitar os ultraprocessados (como macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote e refrigerantes). Porém a TV, as revistas e a mídia de forma geral nos incentiva a comer justamente o que devemos evitar. Na nossa cultura, geralmente festas são associadas à alimentação não saudável. Tudo isto faz com que não seja fácil implantar hábitos alimentares melhores. Se a família se unir e se apoiar fica um pouco mais fácil lidar com as pressões.

O dialogo familiar precisa funcionar para que esta rede de solidariedade ajude na melhoria de hábitos de toda a família. Será que conhecemos bem os gostos dos nossos familiares e filhos? Será que estamos percebendo estas questões no dia-a-dia?

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

FICHAS LARANJAS- FATORES EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS

PERGUNTAS 19 E 20- A família come mais quando fica nervosa:

Comece a prestar atenção se a alteração de humor provoca mudanças na alimentação. É comum isto acontecer e nem percebermos. A criança também aprende com os pais este comportamento e quando fica ansiosa ou nervosa come mais. Se você perceber isto, tente não colocar a comida como uma "válvula de escape" exclusiva. Comer pode ser uma forma de "relaxar" e sentir prazer, não há problemas nisto, mas não podemos ter apenas esta forma de relaxar. Busque ajuda se for uma dificuldade maior, com a terapia psicológica, por exemplo, ou tente encontrar outras formas de relaxar. Isto é bastante pessoal, mas é bom que estas válvulas de escape não dependam de outra pessoa e esteja acessível quando precisar. Para alguns uma boa música vai fazer aliviar a ansiedade, para outros uma leitura, um hobby, dar uma volta, caminhar, entre outros. Quais são as suas válvulas de escape para as tensões do dia-a-dia?

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

PERGUNTA 21- Você faz o que ensina a criança a fazerem relação a alimentação?

Os filhos sempre vêem os pais como uma figura a ser seguida, principalmente quando são pequenos. Então você como mãe/pai, é responsável por ajudar a construir o comportamento alimentar, emocional e físico (referente a realização de exercícios) de seu filho. É importante que você dê o exemplo e incentive seu filho a ter comportamentos saudáveis. A família inteira se beneficiará com novos hábitos. É pouco eficaz cobrar da criança hábitos que você mesmo não tem.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

Pergunta 22- Qual a maior dificuldade que você encontra para melhorar os hábitos alimentares da família?

É fundamental identificar estas dificuldades para começar, com os recursos possíveis a programar mudanças. Muitas vezes não conseguiremos efetuar todas as mudanças que queremos, mas não devemos subestimar o efeito das mudanças possíveis ainda que pareçam pequenas. As dificuldades mais comuns colocadas pelos pais com relação a como melhorar os hábitos alimentares baseia-se, nos recursos financeiros e falta de tempo. Mas, as causas "emocionais" também costumam ser frequentes e nem sempre valorizadas: o alimento no lugar de um escape, o alimento como uma compensação de ausência ou falha, entre outros. Para uma mudança bem sucedida é preciso foco, força de vontade, conhecimento dos benefícios e malefícios da mudança comportamental, e procurar ajuda para iniciar a mudança. A melhor forma de cuidar dos filhos é cuidar os pais primeiro, ou seja, da família toda.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

PERGUNTA 23- Qual a maior dificuldade que você encontra para implantar atividade física na família?

A inatividade física é um fator crucial no acúmulo excessivo de gordura corporal. O aumento das diversões tecnológicas passivas e a diminuição da prática de exercícios físicos, contribuem para o estilo de vida sedentário e diminuição do gasto energético. A prática regular de atividade física é um hábito saudável no controle e tratamento da obesidade em crianças. Deve-se escolher uma atividade que a criança goste, pois possibilita que a criança venha a querer desempenhar a

atividade com mais frequência atingindo os objetivos desejados. Estimule maior movimentação da família, pequenas caminhadas, ir a pé ao invés de carro em pequenas distâncias, brincar de bola, bicicleta, etc.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

PERGUNTA 24- Seu filho (a) costuma comer vendo TV? E você?

O ideal é que seu filho e você desfrutem da alimentação, evitando se alimentar assistindo à televisão, falando no celular, em frente ao computador ou em atividades profissionais, pois assim você pode mastigar melhor os alimentos, saboreá-los. Se comemos vendo televisão tendemos a comer mais já que a atenção estará na TV e não no alimento.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

PERGUNTA 25- Sua criança costuma “engolir” a comida? E você?

É preciso mastigar bem os alimentos. A digestão começa na boca e a mastigação possui um papel essencial. Mastigar apressadamente leva a má digestão, barriga estufada e aumenta o estresse do organismo. A mastigação lenta proporciona uma comunicação efetiva entre estômago e o seu cérebro, fazendo com que haja maior liberação de hormônios de saciedade e também um aumento da percepção de quando se está realmente satisfeito. Devido a isso, há uma menor ingestão de alimentos durante a refeição e, consequentemente, o controle do peso. É bom também mastigar com os dois lados da boca.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

PERGUNTA 26- Você e sua criança conversam sobre a vida pessoal de cada um?

A criança está em formação como pessoa. Os pais são sua primeira e principal fonte de aprendizagem na formação de hábitos e valores. É necessário muito cuidado com a linguagem para se dirigir a ela. É preciso também evitar envolvê-la em assuntos ou fazer comentários não próprios ao entendimento infantil perto dela. É importante os pais conhecerem seus filhos, se aproximarem deles, ouvi-los, saber o que pensam. Muitas vezes os pais projetam suas necessidades no filho e não percebem o que eles realmente precisam. Um exemplo: é comum os pais colocarem uma quantidade de lanche para a criança levar para a escola sem nunca ter perguntado para própria criança se aquela quantidade a está satisfazendo ou não. Os pais definem a quantidade baseando no que eles mesmos acham. Quando a família tem o hábito do diálogo franco, a confiança se fortalece e fica mais fácil implantar ações que a criança abraça. Não é bom que ela se sinta forçada a fazer algo ou faça sem entender o porquê. O diálogo, além de facilitar a compreensão pode prevenir o adoecimento psíquico em situações como o bullying por exemplo. Se a criança não tiver esta relação de confiança com os pais ela pode sofrer preconceito por esta acima do peso sem nada comentar.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gáudio Frontzek

Pergunta 27- Você e sua criança brincam juntos?

Quanto tempo às pessoas da família possuem para estar juntos? Quantas atividades (igreja, lazer, conversas, refeições, etc) a família faz junto? A brincadeira, o lúdico é fundamental na formação da criança e brincar com ela significa estreitar ainda mais os laços de confiança. Além disto, a criança que não tem a atenção suficiente dos pais ou é sobrecarregada por tarefas pode desenvolver estresse e demonstrar isto através de adoecimento, do comer compulsivo, de comportamento rebelde ou atípico, entre outros. O brincar, o estar junto evita estas situações. O tempo deve ser de qualidade e não de quantidade. Ainda que não se disponha de muito tempo para estar com a criança, o tempo que for possível deve ser totalmente dedicado a ela, pois tem pais que ficam em um parquinho com a criança, por exemplo, mas ficam no celular o tempo todo e não interagem com ela em nenhum momento.

Esta ficha faz parte do jogo da família-saúde divertida. Elaborada pela Nutricionista Isabel Cristina Bento e pela Psicóloga Luciana Gaudio Frontzek

Outro material educativo oferecido neste livro é o "Histórias da Gente". As histórias que ilustram cada cena são mesclas dos relatos ouvidos de casos reais.

HISTÓRIAS DA GENTE - OBESIDADE INFANTIL

O JOGO

O Jogo *Histórias da gente- obesidade infantil* retrata 10 cenas inspiradas nos relatos das famílias que vivenciam a obesidade infantil. Foram selecionados dez temas entre os mais recorrentes: preconceito explícito, pressão do grupo, vergonha, ansiedade, relação familiar, pressão por comer, culpabilização dos pais, genética e hereditariedade da obesidade, negação do perigo da obesidade e prazer, afetividade e comida.

Partindo do pressuposto de que as relações sociais fazem parte da complexidade envolvida no tema da obesidade, as cenas se constituem em um material para levantar reflexões e encorajar a tomada de atitudes em relação a situações que apareceram nas falas das pessoas ouvidas na pesquisa.

A criança não adquire hábitos sozinha, ela está inserida numa rede familiar e social que a conduz nas primeiras experiências com o alimento, com o corpo e com as relações interpessoais. Todo este conjunto culmina na construção de sua autoestima. Foi bastante relatado pelas crianças participantes da pesquisa o bullying sofrido por estarem acima do peso. A pressão social também é significativa. A mídia é abusiva e apresenta alimentos inadequados associados a personagens infantis, por exemplo, e os colegas geralmente levam o alimento que não é aconselhável. O lazer também é fortemente associado à

alimentação hipercalórica. O alimento aparece cumprindo a função de ser recompensa por bons feitos, compensação pela ausência afetiva dos pais e calmante para lidar com a ansiedade.

Não há receita para resolver estas questões, mas o espaço para escuta e reflexão gerado por este jogo propicia a criação de estratégias coletivas partindo da realidade e singularidade de cada família, para melhor enfrentamento do sobrepeso/obesidade.

As cenas não têm um desfecho, o que gera o ensejo de construir possibilidades de ação para o problema descrito na história. Trata-se de um material muito versátil que pode ser trabalhado de diversas formas, como algumas sugeridas a seguir nas instruções.

Instruções

Objetivo: Propiciar reflexões e construção de formas de enfrentamento para situações cotidianas relativas à discriminação, comportamentos e pressão social.

Número de participantes: Varia de acordo com a metodologia. Mínimo de 1 e máximo de 10 famílias. Se for ser usado somente com crianças ou pais pode-se dividi-los em grupos permitindo um número de participantes maior. Quanto menor, porém for o número de participantes melhor para que todos tenham a oportunidade de se expressar. Embora possa ser utilizado somente com as crianças ou com os pais se torna mais efetivo trabalhar com ambos.

Tempo de duração: Estima-se 30 minutos para construção de desfechos possíveis e mais 30 minutos para a discussão de cada cena dependendo da forma como for trabalhada.

Sugestões de utilização:

- As cenas podem ser trabalhadas em oficinas com famílias ou crianças/pais, na qual cada uma seja discutida por encontro. Apresenta-se a cena e propõe a construção coletiva da solução. Para isto os grupos podem utilizar colagens, teatro, cartazes, verbalização, Power point, entre outros.
- Pode-se fazer uma técnica grupal, na qual as famílias ou crianças/pais leiam os temas e escolham o que querem trabalhar em pequenos grupos e logo após compartilhem numa grande roda.
- Pode-se distribuir algumas cenas para família ou crianças/pais levarem para casa elaborarem a solução encontrada e trazer no próximo encontro.
- Pode-se usar as cenas como inspiração para que os participantes levantem outras vivências que não estão contempladas nas 10 cenas mostradas.
- Pode-se revelar as cenas e fazer um debate sobre quem já vivenciou algumas delas e como agiu. Pode-se provocar perguntando se agiria da mesma forma, se acontecesse de novo como agiria, qual a opinião do grupo, entre outros.

Em todas as formas de se utilizar o *Jogo histórias da gente-obesidade infantil* é importante promover o debate e provocar reflexões contextualizadas que ajudem o grupo a encontrar caminhos possíveis e que apontem para o enfrentamento.

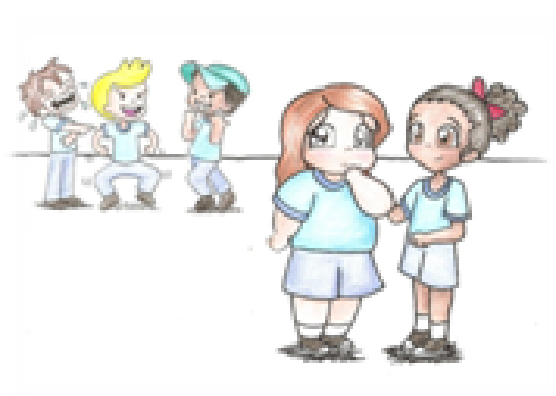
CENAS

HISTÓRIAS DA GENTE- OBE SIDA DE INFANTIL

Cena 1- Preconceito explícito

Luiza tem 10 anos e está no 5º ano. Ela saiu para brincar no horário do recreio e estava no pátio da escola conversando com a amiga quando passou três meninos e comentaram em voz alta:

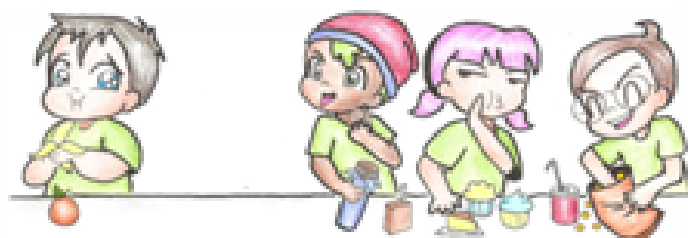
- Olha que menina gorda! Parece uma baleia assassina!



- ☐ O que você faria se fosse a Luiza?
- ☐ O que você faria se fosse a amiga da Luiza?
- ☐ O que você faria se fosse os pais dos meninos?
- ☐ O que você faria se fosse os pais da Luiza?

Cena 2- Pressão do grupo

Bruno e seus pais assistiram a um programa que falava da importância de se alimentar bem. Eles descobriram que as frutas são muito nutritivas e essenciais para nos mantermos saudáveis, assim como as verduras. Alimentos enlatados, embutidos (como salsicha e salame) e massas (como pizza e cachorro quente) devem ser evitados o máximo que puder. Fazer suco ao invés de tomar refrigerante foi algumas das coisas que eles aprenderam. Ele então começou a levar pra escola alimentos mais saudáveis como sucos naturais, bolo de beterraba, entre outros. Porém, os seus colegas não levavam lanches assim e alguns até debocharam dele por estar comendo banana. Jorge levou biscoito recheado de chocolate, Marina levou bolinhos com recheio, Lucas levou chips e refrigerante e Bruno começou a se sentir um pouco deslocado, foi ficando sem jeito. Chegou em casa e perguntou a mãe porque os colegas levavam lanches tão diferente do dele?



O que você faria se fosse o Bruno?

O que você responderia se fosse a mãe do Bruno?

Cena 3- Vergonha

Fernanda estava acima do peso. Ela estudava em uma escola que tinha muitas festas. No mês de junho a escola começou a organizar uma festa de São João e a sala de Fernanda iria apresentar uma quadrilha. O ensaio era toda quarta-feira. Mas, Fernanda não queria participar de forma alguma. Na verdade, ela queria muito dançar na festa, mas tinha medo dos meninos rirem dela por ela estar acima do peso. Então a timidez e o receio falavam mais alto. Ela queria muito ter coragem de enfrentar tudo isto e ir lá dançar, mas não sabia como fazer para ter esta coragem:



O que você aconselharia para Fernanda?

Cena 4- Ansiedade

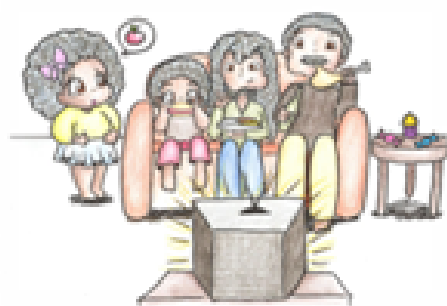
Maria e Miguel são irmãos e vivem com os pais e a avó paterna. De vez em quando a avó se desentende com a mãe e elas discutem. Quando isto acontece os irmãos perceberam que a mãe come um pouco mais do que o habitual e eles acabam comendo também pelo "nervoso" que dá ver as duas brigarem. Na última vez que isto aconteceu, Maria estava com um pacote de biscoito na mão. Ela tinha acabado de abrir, mas ficou apreensiva com o bate boca e quando "deu por si" o pacote já tinha acabado e ela nem percebeu. Ela pretendia comer apenas a metade...



O que estas pessoas poderiam fazer para não comer "para mais" quando estiverem nervosas?

Cena 5- Relação familiar

Julia é uma linda garotinha que está acima do peso. Seus pais a levaram em uma profissional chamada nutricionista que ajuda as pessoas a se alimentarem de uma forma saudável e do jeito que elas conseguem. Julia gostou muito da nutricionista e entendeu que era importante mudar hábitos para ter mais energia para fazer suas atividades, para não adquirir doenças, entre outras coisas. Julia ficou muito feliz de saber que não precisava deixar de comer nada do que gostava, só precisava controlar quantidade e hora de comer. E descobriu também que não é preciso sentir fome para emagrecer, que se isto acontecer não se está no caminho certo. Julia ficou disposta a praticar o que aprendeu, mas quando começou, percebeu que não seria tão fácil quanto pensou. Ela não queria mais comer na frente da TV, mas o irmão e o pai continuavam comendo. Julia queria comer mais frutas, mas a mãe não gostava muito e por isto comprava pouco. Julia estava sentindo falta de comer a quantidade de doce que comia e por isto estava se esforçando muito para diminuir e trocar por outros alimentos. Mas todo dia via os familiares comendo, pois o pai sempre trazia bombons no fim do dia e a avó (que morava perto) comprava pavê de chocolate no serviço dela para eles. Ver e não comer já era demais, Júlia acabou desistindo...



Como esta família poderia mudar seus hábitos?

O que a Julia poderia fazer?

Cena 6- Pressão por comer

Luis, seus pais e seu irmão mais velho, começaram a fazer uma reeducação alimentar porque estavam acima do peso e tendo problemas de saúde por causa disto. Todos estavam melhorando hábitos, aos poucos, um apoiando o outro. Mas, a família de Luis era grande demais e toda semana tinham uma festa para ir. E as festas tinham muita comida cheia de gorduras, de açúcar, porém muito saborosas.

Eles fizeram um acordo para se deliciarem e festejarem, mas não exagerarem já que as festas eram constantes e iria comprometer hábitos tão bons que estavam adquirindo. Porém, os familiares não se conformavam e diziam várias coisas que deixavam eles muito sem jeitos, como por exemplo:

- Você está fazendo desfeita!
- Come só mais um pouquinho, de vez em quando não faz mal.
- Você não gostou da minha comida né?
- Que adianta emagrecer não poder comer, ser feliz?

Alguns já diziam esta frase já colocando mais comida no prato...



Que conselho você daria para Luis e sua família lidar com esta situação?

Cena 7- Culpabilização dos pais

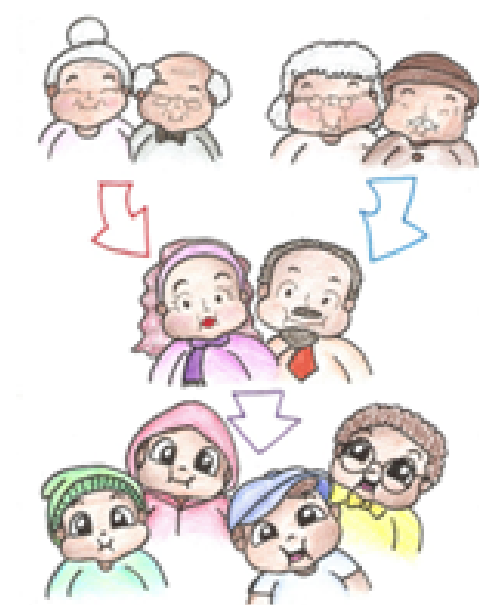
Miguel e Juliana tiveram um lindo bebê que colocaram o nome de Pedro... E toda vez que recebiam visitas, uma das coisas que as pessoas mais comentavam era como o bebê era fofo e gordinho. Pedro foi crescendo e não estava tão gordinho mais, ele "esticou", mas se alimentava normalmente. Só que Miguel achava que ele estava sempre com fome e que o fato dele estar mais magro podia ser sinal de algum problema. Juliana, mesmo tendo ido à pediatra que tinha dito que estava tudo bem, ainda estava incomodada. A mãe de Juliana na última visita disse a ela; "tô achando este menino muito magrinho Juliana, você está cuidando dele direito?"



O que você pensa sobre este caso?

Cena 8- Genética e hereditariedade da obesidade

Mariana e José tinham 4 filhos, de 13, 10, 8 e 6 anos de idade. Eles gostavam muito de comer os bolos confeitados que a mãe fazia pra vender. Depois do recheio, o glacê era a parte preferida das crianças. Toda a família apesar de comer salada com frequência, comia pouca fruta, bebia pouca água e gostava muito de alimentos gordurosos, como batata frita por exemplo. Todo mundo falava com Mariana e José que eles tinham que cuidar da alimentação porque todos na família deles estavam gordinhos. Como os pais de Mariana sempre estiveram acima do peso e os do seu José também eles tinham certeza que o excesso de peso era por que herdaram dos pais e, sendo assim, não havia muito que fazer. Afinal, eles comiam salada e bebiam suco com frequência, não comiam só "besteiras".



O que você acha do pensamento de José e Mariana?

O que vocês responderiam a eles?

Cena 9- Negação do perigo da obesidade

Suzana foi alertada pela pediatra que sua filha Livia estava muito acima do peso e isto era perigoso para sua saúde. Mas, Suzana sempre pensou que estar gordinho só é preocupante se a criança perde a capacidade de se movimentar. Se Livia corre, brinca normalmente não há com o que se preocupar. Ela respondeu a médica:

Ela é gordinha, mas tem boa saúde, brinca o dia inteiro.



Você acha que Suzana tem razão? Justifique:

Cena10- Prazer, afetividade e comida

A vovô de Murilo estava muito triste ultimamente. A vovô dele sempre foi cozinheira de mão cheia e a família inteira se deliciava com seus quitutes. Toda festa ela preparava um monte de comidas gostosas. O bolo de cenoura com brigadeiro era o preferido de Murilo. Mas, Murilo descobriu que a avó estava com diabetes e não podia comer mais um monte daquelas coisas que sempre fazia. Desde então estava percebendo a avó triste...



Em sua opinião o que está acontecendo?

O que pode ser feito?

OFICINA PARA SER APLICADA COM FAMÍLIAS

Esta oficina pode ser aplicada em qualquer espaço que queira discutir o tema e promover saúde. Qualquer profissional capacitado para ser um mediador pode conduzi-la.

A oficina sugerida para a utilização deste material na área da saúde seguiu o planejamento proposto por Afonso (2002, 2006) que prevê três momentos com ou sem o uso de técnicas: (1) momento de sensibilizar, (2) problematizar e (3) sistematizar. A autora realiza uma articulação interessante entre Paulo Freire (educação que valoriza saberes, afeto e que transmite muito mais que conteúdo), Pichon Riviere (dimensão terapêutica, sistemática e analítica dos encontros) e outros teóricos absorvendo as valiosas contribuições de cada um para sua proposta de oficina e grupos na área da saúde. As oficinas, assim, apresentam três dimensões: psicossociais, pedagógica e terapêutica.

Afonso (2006) enumera ainda quatro momentos na realização de uma oficina. O primeiro momento é a pré-análise, na qual o profissional deve fazer uma pesquisa sobre o tema. Nesta etapa, deve-se levantar dados importantes e atuais.

Em um segundo momento é trabalhado o tema geral da oficina. Em torno do foco, surgem os temas-geradores, que são assuntos complementares. Cada um deles pode ser trabalhado em um encontro ou em vários. Importante ressaltar que os temas-geradores devem ter relação com o cotidiano do grupo e não devem ser apresentados de uma forma intelectualizada. Exemplo: Foi realizada uma oficina cujo tema central foi o sobrepeso infantil. Os temas geradores que apareceram foram; ansiedade, falta de cooperação familiar, dificuldade financeira para comprar alimentos saudáveis, prazer de alimentar, falta de controle, entre outros. Os temas foram trabalhados a partir da perspectiva das famílias participantes da oficina.

O terceiro momento diz respeito ao enquadre. Deve ser delimitado número de participantes, duração do encontro, local, recursos

utilizados, estrutura em geral. Afonso (2006) sugere que esta etapa seja pensada em termos de facilitar a expressão livre dos participantes, a troca de experiências, a relação com o facilitador, a privacidade dos encontros e o espaço e tempo para levar uma reflexão sobre o tema, assim como, os limites institucionais para a proposta de trabalho.

O quarto momento resulta do desdobramento do foco e das problematizações dos temas-geradores. Trata-se de uma construção flexível e alguns pontos devem ser sistematizados para que sejam operacionalizados ou para que sirvam de gatilho para mudanças. O mediador da oficina antecipa temas e estratégias como forma de se qualificar para a condução da oficina, no entanto, ele deve estar ciente e preparado para acompanhar o grupo em seu processo, sendo que provavelmente acontecerão mudanças no planejamento inicial.

Assim, sugere-se realizar oficinas para aplicar os jogos em escolas, ONGs, órgãos públicos, espaços de promoção e prevenção de saúde e outros. A oficina é uma metodologia de trabalho que prevê a formação coletiva. Ela prevê momentos de interação e troca de saberes a partir de uma horizontalidade na construção do saber inacabado. Sua dinâmica toma como base o pensamento de Paulo Freire (1991) e Morin (2007) no que diz respeito à dialética/dialogicidade na relação educador e educando. A oficina constitui um espaço de construção coletiva, de análise da realidade, de confronto e troca de experiências.

A oficina se caracteriza ainda por ser um trabalho que leva em conta a complexidade humana, seus aspectos subjetivos e sociais, cuja elaboração ou aprendizagem não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, suas formas de pensar, sentir e agir. Combinando relações de produção e de afeto, o grupo é um espaço no qual as manifestações nos remetem ao contexto grupal e social (AFONSO, 2000).

Antes de propor a oficina

Levantamento junto ao grupo de temas de seu interesse: é muito importante ouvir o público atendido. Muitas vezes, os profissionais da área social e da saúde julgam o que consideram melhor para as pessoas atendidas, mas ignoram fatos e condições que podem apontar para outra direção. Estes elementos só vão aparecer se forem dadas às pessoas oportunidade de se manifestarem. Além disto, é comum verificar pouco efeito em palestras e oficinas que sejam apenas informativas. Partir do que o grupo deseja se mostra mais coerente com uma proposta de mudança. É preciso contextualizar as ações. Pouco adianta, por exemplo, uma nutricionista apresentar uma palestra bastante elaborada sobre o uso de brotos e germinados, se este tema não faz parte da realidade daquelas famílias. A linguagem precisa ser adequada ao público e é preciso levar em consideração as condições econômicas, sociais e afetivas no planejamento das oficinas.

Na realização da oficina

1. Momento de sensibilização: Sugere-se propiciar um ambiente descontraído, propício a uma comunicação sem censuras. Os combinados para o melhor funcionamento do grupo devem ser verbalizados, incluindo proposta de sigilo, respeito à fala de cada um, entre outros. Tal postura alivia ansiedades e esclarece dúvidas. Podem-se usar técnicas de descontração inicialmente. Sugere-se que em um grupo de duração de 1h30min, os primeiros 30 minutos sejam para os recados, o compartilhado que quiser, indiferente do tema do grupo. Além da dimensão terapêutica, o vínculo de confiança tende a se fortalecer ao compartilharem momentos de suas vidas. Este momento é encarado por alguns profissionais menos informados como um "bate papo" desnecessário que poderia ser utilizado para oferecer mais conteúdo informativo. Porém, como já foi exposto, só conseguimos aprender de forma significativa quando podemos visualizar a informação de forma relacional em nossa vida. Para isto é necessário reflexão e contato com o pensamento do outro para o crescimento geral. Estes momentos de troca de vivências muitas vezes são os que propiciam maiores possibilidades de transformação.

2. Problemática: Trata-se do momento em que o tema proposto é levantado e discutido. Sugere-se trabalhar o tema de forma convidativa, lúdica, descontraída e em formatos diferentes. Quanto mais se explorar os sistemas sensoriais, mais oportunidades de articulações se constroem já que cada um aprende melhor de um jeito. Pode-se trazer o tema da obesidade infantil explorando a visão, a audição, o tato, o paladar. No grupo realizado na pesquisa que originou esta cartilha, por exemplo, a nutricionista levou alimentos em formatos diferentes, pastoso, duro, chips e vendou os olhos dos participantes para que pudessem tentar adivinhar qual era o alimento. A maçã, por exemplo, foi levada em forma de chips e poucos acertaram. As vezes não gostamos de um alimento de uma forma, mas podemos gostar do mesmo alimento apresentado de outra forma e a técnica fez refletir isto. Além desta, houve outra técnica que foi levar chocolate e pedir aos participantes que o derretessem na boca e não conversassem durante o experimento. Os participantes puderam entrar em contato com sua forma de sentir e degustar o alimento percebendo que é preciso se concentrar nele para absorvê-lo em todos os sentidos.

É muito importante não só promover a discussão como também problematizá-la trazendo para a análise fatores sociais, relacionais, do contexto de cada uma, discutindo assim possibilidades viáveis e causalidades múltiplas. Deve-se exercitar o pensamento complexo que envolve os vários elementos presentes em um único fenômeno e as várias versões de cada ponto de vista sobre ele.

3. A sistematização da discussão é importante para que se fomentem novas indagações, para que se façam articulações coletivas que possam auxiliar na reflexão de cada um. Pode-se sugerir que os participantes listem o que mais lhes chamou a atenção no encontro ou fazer uma revisão dos principais pontos que apareceram durante a oficina. Ao fazer isto, podemos criar gancho e estabelecer tarefas para o próximo encontro assim como verificar possíveis mudanças na mediação da oficina.

SUGESTÃO DE OFICINA SOBRE OBESIDADE INFANTIL COM AS FAMÍLIAS

Público: Famílias. Podem participar crianças e familiares, pais, avós, irmãos e cuidadores que convivem diariamente com ela. Sugere-se no máximo 10 famílias por oficina.

Duração dos encontros: 1h30 min às 2h, sendo que os 30 primeiros minutos devem ser para aquecer e compartilhar vivências gerais.

Duração da oficina: 15 encontros. Semanal: 2 meses e meio. Quinzenal: Aproximadamente 6 meses.

- Nos 30 minutos iniciais o mediador (vide papel do mediador no jogo da família- saúde divertida) deve sempre incentivar o compartilhar de como está sendo implantar as mudanças acordadas pela família no 2º encontro.
- As cenas trabalham vários temas que faz parte da realidade de quem está acima do peso e que são impeditivas para mudanças de hábitos. A ideia é promover a reflexão para, de forma conjunta, construir possibilidades de enfrentamento.
- As cenas podem ser trabalhadas através de teatro entre as famílias, colagens de jornais e revistas, desenho individual e coletivo (em uma cartolina ou papel Kraft começa-se a desenhar a solução da cena e todos devem contribuir formando um desenho único) ou história coletiva (mesma metodologia do desenho), entrevistas uns com outros sobre o tema e outros. As sugestões presentes nesta oficina podem ser modificadas de acordo com os interesses e do grupo.
- Sugere-se pedir as crianças e familiares que pesquisem histórias e vivências próprias ou de outros sobre o tema que vai ser trabalhado na próxima oficina e que tragam o que encontrarem.
- Sugere-se listar nomes, aniversários e contatos e entregar a todos os participantes ou criar um grupo no whatsapp para que possa ser formada uma rede de apoio entre eles.

1º ENCONTRO: Apresentações da equipe e das famílias. Podem-se utilizar técnicas grupais para este fim ou não. Esclarecimentos sobre a proposta da oficina. Estabelecimento de acordo sobre as regras do grupo tais como pontualidade, uso do celular, assiduidade, sigilo sobre as experiências ouvidas e outros que o grupo julgar necessário.

2º ENCONTRO: *Aplicação do Jogo da família- saúde divertida.*

Ao final da discussão do jogo entrega-se as fichas para que as famílias levem para casa e construam juntos (incluindo outros familiares que não podem ir até as oficinas) novas possibilidades para mudança de hábitos da família.

3º ENCONTRO: Discute-se coletivamente as metas estabelecidas por toda a família e de acordo com os dados trazidos seleciona-se técnicas grupais pertinentes a demanda do grupo. Discute-se também a leitura das fichas, articulando-as com a realidade de cada família. Seguem nos encontros seguintes sugestões de técnicas que podem ser modificadas de acordo com a demanda de cada grupo.

4º ENCONTRO: Discute-se a cena 1 de *Histórias da gente- Preconceito*

As crianças entrevistam os adultos e vice-versa sobre o preconceito na vida dele e decidem juntos uma resposta par a cena 1. Depois, na roda com todos, um fala sobre a entrevista do outro e sobre a resposta que construíram. O mediador deve problematizar as respostas e auxiliar na reflexão se não for vislumbrado possibilidades que sugiram enfrentamento sem violência, por exemplo.

5º ENCONTRO: Discute-se a cena 2 de *Histórias da gente- pressão do grupo*

Discute-se a resposta da cena de forma coletiva e pode-se discutir sobre a mídia junto com o tema da pressão e propor um trabalho com colagens. Eles devem colar o que lhes parecer pressão implícita e explícita nas propagandas, novelas, discursos.

6º ENCONTRO: Discute-se a cena 3 de *Histórias da gente- Vergonha*

Pede-se para a família dar a resposta através de desenho individual. Após discussão.

7º ENCONTRO: *Discute-se a cena 4 de Histórias da gente- Ansiedade*

O mediador organiza um teatro em que as famílias representem situações em que ficam ansiosos e a própria cena pode ser representadas por eles. Pode-se sugerir que continuem a cena só que modificada, ao invés de comer faz... E eles têm que atuar.

8º ENCONTRO: *Discute-se a cena 5 de Histórias da gente- Relação familiar*

O grupo terá que elaborar uma resposta conjunta através de uma história coletiva. A primeira família da roda começa elaborando a resposta e sem terminar passa para a segunda família e assim por diante até terminar. Depois lêem e discutem o tema.

9º ENCONTRO: *Discute-se a cena 6 de Histórias da gente- pressão por comer*

Misturam-se as famílias (se houver abertura para isto) para que discutam em pequenos grupos possibilidades de lidar com o tema. Após discussão no grupo maior.

10º ENCONTRO: *Discute-se a cena 7 de Histórias da gente- Culpabilização dos pais*

Pode-se começar este encontro perguntando de quem é a culpa da criança estar acima do peso, e de quem é a culpa de algum dos pais estará cima do peso também. Depois que responderem problematizar mostrando que não se trata de culpa, mas que há muitos elementos presentes, porém o mais importante é que cada um deve fazer sua parte, mas sem aumentar o que não lhe cabe desnecessariamente.

Ao final deste encontro pede-se as famílias que pesquisem sobre a influência da genética e da hereditariedade no aumento de peso.

11º ENCONTRO: *Discute-se a cena 8 de Histórias da gente- genética e hereditariedade*

Faz-se um mural com as pesquisas realizadas e após leitura da cena propõe uma resposta coletiva.

12º ENCONTRO: *Discute-se a cena 9 de Histórias da gente- Negação do perigo da obesidade*

Discussão e problematização. Pode-se usar o teatro novamente ou apenas discussão. Pode-se utilizar também sugestão do próprio grupo. Como querem trabalhar hoje?

13º ENCONTRO: *Discute-se a cena 10 de Histórias da gente- Prazer, afetividade e comida*

Pede-se aos participantes que se lembrem de histórias afetivas relacionadas ao hábito alimentar e propõe responder a questão de como conciliar a afetividade nas relações alimentares com mudança desejada.

14º Encontro: *Balanco dos encontros até aqui. Revisão coletiva. Pode-se usar a técnica do desenho e em um único papel, Kraft ou cartolina, pedir todas as famílias que desenhem o aprendizado mais significativo. Pedir às famílias que façam um balanço de seu planejamento inicial para trazer para próxima oficina.*

15º ENCONTRO: *Encerramento- Sugere-se ouvir o balanço de cada família e incentivá-los a continuar e estabelecerem novas metas. Espaço para ouvir uma avaliação da oficina. Abraço coletivo e simbólico para fechar.*



Palavras Finais

Com o objetivo de que este material possa ser útil fica o desejo de ter contribuído e que maior afetividade e respeito ao outro, tal qual ele se apresenta, possam ser cada vez mais incorporados como elemento imprescindíveis nas intervenções realizadas na área da saúde e na vida.



8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo envolveu uma pesquisa que integra compreensão da obesidade infantil e intervenção social com construção compartilhada de materiais psicoeducativos.

A importância de se agir preventivamente constitui ponto comum na literatura pesquisada sobre o tema, mas mesmo assim, percebe-se poucas pesquisas e ações efetivas para o público infantil na estratégia mais pertinente a elas: o lúdico.

Embora seja também bastante apontado pela produção científica que a obesidade infantil não pode ser vista de forma desarticulada das relações familiares e sociais, nas intervenções na área da saúde vê-se tratamentos extremamente individualizadores e fragmentadores.

A pesquisa revelou que, pode parecer óbvio que as crianças imitam seus pais e que o comportamento alimentar é aprendido, mas uma série de outros elementos sociais, psicológicos, econômicos, biológicos compõe a dinâmica que culmina na obesidade. A compreensão do fenômeno não pode se basear em um pensamento linear simplificador. Vários estudos apontam que os pais distorcem o real peso dos filhos, minimizam a gravidade do fato, não dão exemplo para as mudanças de hábitos necessárias e muitas vezes, não percebem, tendo tais atitudes de forma inconsciente. Mecanismos psicológicos se somam a complexa dinâmica de funcionamento de um quadro de obesidade. O alimento pode assumir a função de compensação, de válvula de escape, de controle, entre várias outras possibilidades. Se isto não for considerado não compreenderemos porque a pessoa procura um serviço de saúde, fala que quer mudar, é orientada com informações “adequadas” e não consegue transformar os hábitos. A informação é apenas um dos fatores de intervenção. Seria preciso considerar se a pessoa possui condições sociais para implantar as sugestões, se recebe apoio familiar, se há ganhos secundários não conscientes na manutenção da obesidade, entre outros.

Este exemplo mostra a complexidade com que deve ser encarado o tema da obesidade. A criança, por se encontrar em formação precisa de auxílio e exemplos. Vivemos em uma sociedade que estimula a obesidade. A mídia, a indústria e as políticas públicas de intervenção e prevenção escassas são contribuintes expressivos para uma sociedade obesa.

Percebe-se também que há pouca inovação nas práticas de saúde, predominando ainda o modelo prescritivo e biomédico. Propostas que privilegiem o lúdico para o público infantil são indicadas.

Portanto, coloca-se como contribuição, a partir deste estudo, a implementação de práticas psicoeducativas nos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária que possam atrair e alcançar a adesão efetiva de crianças e suas famílias.

Acredita-se que o estudo contribuiu para preencher uma lacuna existente em relação a escassez de materiais pedagógicos e terapêuticos. O material proposto pode subsidiar novos estudos e ideias para se construir uma prática na área da saúde respeitosa com o saber e contexto das pessoas e que possa ser mais efetiva e afetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABESO. (2015). Mapa da obesidade. Abeso. Retrieved from <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>

ADAMI F, FERNANDES T, FRAINER D, OLIVEIRA F. (2005). Aspectos da construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na educação física. Revista Digital – Lecturas (83). Disponível em <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em 25 de outubro de 2015.

AFONSO, MLM (Org). Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do campo social, 2002.

AFONSO, MLM (Org). Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde. Belo Horizonte: Edições do campo social, 2003.

AFONSO, M. L. M. (Org.). Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

AFONSO, MLM (Org). Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do campo social, 2000.

AFONSO, MLM, VIEIRA-SILVA, M, & ABADE, FL. O processo grupal e a educação de jovens e adultos. Psicologia em Estudo, 2009, 14(4), 707-715.

ALMEIDA, SS, NASCIMENTO, PCBD, QUAIONI, TCB. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.36, n.3, jun.. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09/06/2016.

ALENCAR, E. Introdução à metodologia de pesquisa. Lavras: UFLA; 1999.

ALVES, D., PINTO, M., ALVES, S., MOTA, A., & LEIRÓS, V. (2009). Cultura e imagem corporal. Motricidade, 5(1), 1-20. Recuperado em 29 de setembro de 2016

AMARAL O, PEREIRA C, ESCOVAL A. Prevalência de obesidade em adolescentes do distrito de Viseu. Rev. Port. de Saúde Pública. 2007; 25(1):47-58.

AMARO S1,(2006). VIGGIANO A, Di COSTANZO A, MADEO I, BACCARI ME, MARCHITELLI E, RAIA M, Deepak S, MONDA M, De Luca B. Kalèdo, a new educational

board-game, gives nutritional rudiments and encourages healthy eating in children: a pilot cluster randomized trial. Eur J Pediatr. Sep ;165(9):630-5. Epub. May 30.

AMATUZZI MM. Psicologia Fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. Estudos de psicologia (Campinas) 2009; 26(1): 93-100.

ANOSSO, MG, SOUZA, SR, HAYDU, VB. Características atribuídas a jogos educativos: uma interpretação Analítico-Comportamental. Psicol. Esc. Educ., Maringá, 2015, v. 19, n. 2, p. 233-242.

APARÍCIO G, CUNHA M, DUARTE J, PEREIRA A. Olhar dos Pais sobre o Estado Nutricional das Crianças Pré-escolares. Millenium, 2011; 40: 99-113.

AYRES, JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, 2004, 13 (3),16-29.

BARBOSA FILHO, VC; CAMPOS W; FAGUNDES, RR; LOPES, AS; SOUZA, EA. Presença isolada e combinada de indicadores antropométricos elevados em crianças: prevalência e fatores sociodemográficos associados. Ciênc. saúde coletiva . 2016 Jan [citado 2016 Jun 09]; 21(1): 213-224

BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

BAUER MW. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3ªed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p.189-217.

BENJAMIM, A. A entrevista de ajuda. São Paulo, Martins Fontes, 2002.

BENTO, IC, ESTEVES, JMM, FRANÇA, TE. Alimentação saudável e dificuldades para torná-la uma realidade: percepções de pais/responsáveis por pré-escolares de uma creche em Belo Horizonte/MG, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 20(8), 2389-2400, 2015.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Índice elaborado por Edson Seda. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1994.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

207 p. [acessado 2015 10 24]. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. 68p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2 ed. 2 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72p

BRASIL. Ministério da Saúde. Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 210p.

BRASIL. (2008). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE*, 132.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 210p.

BOZZINI, ABR, LOURENÇO, B. (2015) Resiliencia: uma alternativa na abordagem em obesidade de adolescentes in *Pediatria Moderna*, Fev V 51 N2, P. 49-53

BUBER, Martin. Do diálogo e do dialógico. São Paulo: Perspectiva, 1982.

BUCK, JN. H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e Guia de Interpretação. Tradução de Renato Cury Tardivo. 1. Ed. São Paulo: Vetor, 2003.

CAMARGO APPM, BARROS FILHO AA, ANTONIO MÂRGM, GIGLIO JS. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18(2), 323-333.

CAMPOS, D M S (2014). O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade. Petrópolis, Vozes.

CANDEIAS, NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Ver. SaúdePública*, 31, (2): 209-13, 1997.

CARVALHO, AMP, CATANEO, C, GALINDO, EMC, MALFARÁ, CT. Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia*, 2005, 15(30), 131-139.

CERVI, A; FRANCESCHINI, SCC; PRIORE, SE. Critical analysis of the use of the body mass index for the elderly. *Revista de Nutrição*, 18(6), 765-775, 2005.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732005000600007>

COSTA A, SILVA C. Obesidade Infantil- Conhecimentos e Comportamentos dos Pais de crianças entre os 6-10 anos. *Rev. da Fac. de Ciências da Saúde*. 2009, 208-217.

CROSCRATO, G; PINA, JC; MELLO, DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.23, n.2, p.257-263, 2010.

DECASTRO, TC; GOMES, WB. Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia: tradições e tendências. *Estudos de Psicologia*. Campinas 28(2) 153-161 abril –junho 2011

DINELLO, R. (2004). Os jogos e as ludotecas. Santa Maria: Pallotti.

DIOGO, MF, MAHEIRIE, K. (2007). Uma breve análise da constituição do sujeito pela ótica das teorias de Sartre e Vygotski. *Aletheia*, (25), 139-151.

DUTRA, E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia* 2002, 7(2), 371-378

Decs. Descritores em ciências da saúde. [acessado 2015 Out 20]. Disponível em <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

ESTRADA, AA. Os fundamentos da teoria da complexidade em Edgar Morin. Akrópolis Umuarama, v. 17, n. 2, p. 85-90, abr./jun. 2009.

EUCLYDES, M. P. Alimentação Complementar. Nutrição do lactente. 2. ed. Viçosa, 2000.cap.6, p.401 – 457b.

Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomson JS, Millard SC, Binns HJ et al. Parents' perceptions of their child's weight and health. Pediatrics 2006; 117:681-90

FONSECA, L. M. M., SCOCHI, C. G. S., MELLO, D. F. (2002). Educação em saúde de puérperas em alojamento neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. Revista Latino Americana de Enfermagem10, 166-171.

FONSECA NG. GOLDENBERG M. (orientadora). A influência da família na aprendizagem da criança. Projeto de pesquisa do curso de especialização em linguagem, São Paulo, 1999.

FONTANELLA, BJB; RICAS, J; TURATO, ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 24(1): 17-27, 2008.

FORMIGA, NS; MELLO, I. Testes psicológicos e técnicas projetivas: uma integração para um desenvolvimento da interação interpretativa indivíduo-psicólogo. Psicologia: Ciência e profissão, vol. 20, n. 2, Brasília, jun, 2000.

FREIRE, P. Das relações entre a educadora e os educandos. São Paulo: Olho d'água, 1991.

FREIRE, P. (1996). Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. (2002). Pedagogia do oprimido. 32.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREITAS, FC. A janela da escuta. Relato de experiência clínica. Belo Horizonte: Editora Scriptum, 2014.

FRONTZEK, LGM. Obesidade e psicologias: abordagem de um caso de obesidade pelas teorias e técnicas psicológicas. Curitiba: Juruá, 2015.

FRONTZEK, LGM, BENTO, IC, BERNARDES, LR, MODENA, CM. Parents' Perception on Children's Obesity: Integrative Review that Identified Approaches for Intervention. International Review of Social Sciences and Humanities. Vol. 11, No. 2, pp. 126-139, 2016.

FRONTZEK, LGM. Obesidade e psicologias: abordagem de um caso de obesidade pelas teorias e técnicas psicológicas. Curitiba: Juruá, 2015.

FRONTZEK, L. G. M.; FERNANDES, M. M.; GOMES, M. E.J. A Multidisciplinary Treatment for Morbid Obesity: Therapeutic Experience with Groups in Psychology Vol.5 No.8, Pub. Date: June 18, 875-885, 2014.

GALINDO, EMC, CARVALHO, AMP, BUGLIANI, MAP, NETTO, JRC, MINTO, EC, DACANAL, JN, MONTALVÃO, TAG. (2002). Imagem Corporal e o Auto conceito de pré adolescentes obesos. *Resumos de Comunicação Científica da XXXII Reunião Anual de Psicologia*, (p.357- 358). Florianópolis: SBP.

GIACOMOSSI MC, ZANELLA T, HOFELMANN DA. Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do Sul do Brasil. *Rev. Nutr.*,Campinas, 2011; v. 24, n. 5, p. 689-702, Oct.

GOLAN M. Parents as agents of change in childhood obesity-from research to practice. *Int J PediatrObes*. 2006; 1:66-76.

HALFORD, J. C. G.; GILLESPIE, J.; BROWN, V.; PONTIN, E. E.; DOVEY, T. M. Effect of television advertisements for foods on food consumption in children. *Appetite*. 2003. Disponível em: <<http://periodicos.capes.gov.br>> Acesso em: 09/06/2016.

HAMMER, E. F. *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.

HE M, EVANS A. Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care? *Can Fam Physician*. 2007; 53:1493-9.

HEIDEGGER M. Ser e tempo. Parte I. Tradução de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 12ª ed. São Paulo (SP): Vozes; 2002

JAIN A, SHERMAN SN, CHAMBERLAIN LA, CARTER Y, POWERS SW, WHITAKER RC. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*. 2001;107:1138-46.

JODELET D. (1984). Représentation social e phénomènes, concept et théorie. In Psychologie Sociale (S. Moscovici, Ed.), pp. 357-378, Paris: P.U.F.

LIMA PRF, FROTA MA, PINTO NV. Percepção da imagem corporal de crianças que praticam dança-educação na escola pública. FIEP BULLETIN, 2012; Vol. 82 - Special Edition - Article I.

LIMA, RS, NETO, JAF, FARIAS, RCP. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. Demetria, 10 (3), 507-522, 2015.

LUNDAH A, KIDWELL KM, NELSON TD. Parental underestimates of child weight: a meta-analysis. Pediatrics, 2014; Mar; 133(3).

MARTINS AM, Savassi LCM, Almeida SSL, Modena CM. Privação e padecimento: uma compreensão existencial do ser frente à Hanseníase. Hansen. Int. 2012;37(1):59-67

MASINI, E. O Enfoque Fenomenológico de Pesquisa em Educação. 1. ed., São Paulo, Cortez, 1989.

MELLO, ED; LUFT, VC; MEYER, F. Obesidade Infantil: como podemos ser eficazes. Jornal de Pediatria. Porto Alegre – Rio Grande do Sul, V. 80, nº 3, pág: 1 a 16, maio / Junho 2003.

MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm 2008; 17(4):758-764.

MINAYO, CS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª edição. Petropolis: Vozes, 2007.

MINAYO, CS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):621-626, 2012.

MIRZA NM, DAVIS D, YANOVSKI JA. Body dissatisfaction, self-esteem, and overweight among inner-city Hispanic children and adolescents. J Adolesc Health. 2005; 36(3):267 e16-20.

MOLINA MC, FARIA CP, MONTERO P, CADE NV. Correspondence between children's nutritional status and mothers' perceptions: a population-based study. Cad Saude Publica 2009;25:2285-90.

MORIN, E. Ciência com consciência. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. 255p.

MORIN, E. Introdução ao pensamento complexo. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MULLER, RCL. Obesidade na adolescência. *Pediatria Moderna*, maio, v 37 especial, 2001.

MYERS S, VARGAS Z. Parental perceptions of the preschool obese child. *Pediatrnurs*. 2000; 26:23-30.

NICOLESCU, B. O manifesto da transdisciplinaridade. São Paulo: Trion, 2008.

NOGUEIRA E, FERRÃO MM, GAMA A, MOURÃO I, MARQUES VR, PADEZ C. Percepção parental do ambiente de residência e obesidade infantil no Distrito de Coimbra. *Antropologia Portuguesa*. V.29. 2012

NUNES, MA, APOPLOINARIO, JC, GALVAO, AL, COUTINHO, W. Transtornos Alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed, 2006.

OLIVEIRA AMA, ENEIDA MM, CERQUEIRA ACO. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana-BA: detecção na família x diagnóstico clínico in *J. Pediatr*. (Rio J.) 2003; vol.79 no.4 Porto Alegre July/Aug.

OLIVEIRA, FA; MARTINS, KPH. Implicações subjetivas da relação mãe-criança nos quadros de obesidade infantil. *Estilos clin.*, São Paulo , 2012, v. 17, n. 1, p. 122-135, jun.

OLIVEIRA, TRPR. Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares. Tese apresentada ao programa de pós graduação em ciências da saúde da faculdade de medicina. Belo Horizonte, UFMG, 2008.

PAKPOUR, AH; YEKANINEJAD, MS; CHEN, H. A Percepção das Mães sobre a obesidade em Escolares: Pesquisa e o Impacto de Intervenção educativa UMA *J. Pediatr*. (Rio J.), Porto Alegre, v 87, n. 2, abril de 2011.

PARIZZI, MR, TASSARA, V (2001). Obesidade na infância. *Clinica médica*. Belo Horizonte: Medsi.

PEREIRA FN, OLIVEIRA JR, ZÖLLNER CC, GAMBARDELLA AMD. Percepção do peso corporal e fatores associados em estudantes. *Journal of Human Growth and Development* 2013; 23(2): 170-176.

PESSOA, CT, COSTA, LHF. Constituição da identidade infantil: significações de mães por meio de narrativas. *Psicol. Esc. Educ.* [online]. 2014, vol.18, n.3, pp.501-509. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2014/0183774>>. Acesso em 27 de setembro de 2016.

PICHON-RIVIÈRE, E. *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, 1988

PINHEIRO N, JIMENES M. Percepção e insatisfação corporal: um estudo em crianças brasileiras in *Psico Porto Alegre, PUCRS*, 2010; v. 41, n. 4, pp. 510-516.

POULAIN, JP. *Sociologia da obesidade*. São Paulo: Editora Senac, 2013.

REZENDE, AM.; BRITO, VFDS; MALTA, JDS; SCHALL, VT; MODENA, CM. Vivências de crianças e adolescentes com câncer: o desenho fala. *Iniciação Científica CESUMAR*. Jan./Jun. 2009, v. 11, n. 1, p. 73-82

RIBEIRO, OC. Criatividade na pesquisa acadêmica: método-caminho na perspectiva de uma fenomenologia complexa e transdisciplinar. *NUPEAT–IESA–UFG*, v.5, n.1, Jan./Jun., 2015, p. 189-215, Artigo 89 Dossiê ECOTRANS: Ecologia dos saberes e Transdisciplinaridade.

RIBEIRO, CA. O brinquedo e assistência de enfermagem a criança in *enfermagem atual*, nov/dez, 06-17, 2002.

RIETMEIJER-MENTINK M, PAULIS WD, VAN MIDDELKOOP M, BINDELS PJ, VAN DER WOUDE JC. Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2013 Jan; 9(1):3-22.

ROTENBERG, S; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev. Brás. Saúde Mater.Infant.*, Recife, v.4, n.1, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09/07/2016.

RUEL, MT; MENON, P. Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin America: Innovative uses of the demographic and health surveys. *J. Nutr.*, v.132, n.6, p.1180-7, 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 25/06/2016.

SAVAGE, JS; FISHER, JO; BIRCH, LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescente. *JLME*, v, 35, n.1, p22-34, 2007.

SCHALL V. Alfabetizando o corpo. O pioneirismo de Hortensia de Holanda na educação em saúde. In cad saúde pública. RJ, 1999; 15 (Sup2) 149-159.

SCHALL VT. Histórias jogos e brincadeiras: alternativas lúdicas para crianças e adolescentes sobre saúde e ambiente. In: Massarani L, org. O pequeno cientista amador. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.10-21.

SCHALL, VT, MONTEIRO, SR, SANDRA M, TORRES, M. (1999). Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: an entertaining educational tool for HIV/Aids prevention. Cadernos de Saúde Pública.

SCHILDER, P. A imagem do corpo: as energias construtivas: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SCHILDER, P. (1977). A imagem do corpo. Buenos Aires: Paidós.

SECCHI K, CAMARGO B, BERTOLDO. Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 229-236.

SILVA DA, ANDRADE GN, FERREIRA FMF, ANDRADE E, MADEIRA AMF. Percepção materna acerca do distúrbio nutricional do filho: um estudo compreensivo in Rev. Min. Enferm 2011; 15(4):498-503.

SILVA, J.M.M. O desenho na expressão de sentimentos em crianças hospitalizadas. Fractal: Revista de Psicologia, v. 22 – n. 2, p. 447-456, Maio/Ago. 2010

SILVEIRA, F. G.; MAGALHÃES, L.C.G.; TOMICH, F.A.; VIANNA, S.T.W.; SAFATLE, L.; LEAL, J. C. Insuficiência alimentar nas grandes regiões urbanas brasileiras, Brasília, IPEA, 29 p., jun. 2002. . Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>> Acesso em: 09/06/2016.

SIMÕES, D; MENESES, RF. Auto-Conceito em Crianças Com e Sem Obesidade. Psicologia: Reflexão e Crítica, 20 (2), 246-251, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a10v20n2.pdf>>. Acesso em: 09 de junho de 2016.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Obesidade na infância e adolescência, manual de orientação. Rio de Janeiro; Departamento de Nutrologia, 2ª edição revisada e ampliada

Departamento Científico de Nutrologia, 2012. [acessado 2015 10 22]. Disponível em http://www.sbp.com.br/pdfs/14297c1-Man_Nutrologia_COMPLETO.pdf. Acesso em 14/10/2015

SOSA ET. Mexican American mothers' perceptions of childhood obesity: a theory-guided systematic literature review. Health EducBehav. 2012; Aug; 39(4):396-404.

SUEHIRO ACB, RUEDA FJM, OLIVEIRA EZ, PACANARO SV. Avaliação do autoconceito no contexto escolar: análise das publicações em periódicos brasileiros. Psic.: Ciência e Prof., 2009; 29(1), 18-29.

TASSARA, V. Obesidade na infância no contexto sociofamiliar: possibilidades de (des)construção e (res)significação de identidades (pré) escritas. [2006] Programa de pós-graduação em ciência da saúde- UFMG. Disponível em [biotecadigital.ufmg](http://biotecadigital.ufmg.br).

TASSARA, V. (2012). Obesidade na infância e interações familiares: uma trama complexa. Belo Horizonte: Coopmed.

TAVARES, M. C. G. C. F. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole, 2003.

TRINCA, Walter. (1997). Apresentação e aplicação. Em W.Trinca (Org.), Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de famílias com estórias (pp.11-34). São Paulo: Vetor.

VAN KOLCK, O. L. *Testes projetivos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU, 1984.

VIANA V, CANDEIAS L, REGO C, SILVA D. Comportamento alimentar em crianças e controle parental: uma revisão da bibliografia. Alimentação Humana. Volume 15 · Nº 1, 2009.

VIEIRA, M. L. F.; SILVA, J. L. C. P; FILHO, A. A. B. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas?Jornal de Pediatria, v. 79, n. 4, 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25/06/2016.

VIGOTSKY, LS.(1984). Formação social da mente. Sao Paulo, ed Martins Fontes.

VYGOTSKY, LS, LURIA, AR, LEONTIEV, AN. (1998). *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo, SP: Ícone.

VIGOTSKY, L.S. (2003). Psicologia Pedagógica. Trad. Claudia Schilling. PortoAlegre: Artmed.

VITOLO MR. Nutrição da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2008.

VITOLO MR. Obesidade infantil. Nutrição: da Gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro, 2008.

VUORELA N, SAHA MT, SALO MK. Parent sun derestimate their child's over weight. Acta Paediatr 2010; 12:1-6.

WECHSLER, S.M.; PRADO, C.M.; OLIVEIRA, K.S.; MAZZARINO, B.G. Desenho da Figura Humana: Análise da Prevalência de Indicadores para Avaliação Emocional. Psicologia: Reflexão e Crítica, 24 (3), 411-418. 2011.

WHO (1998). Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO) (2003). Report of a WHO Consultation on Obesity. Obesity, preventing and Management the Global Epidemic. Geneva: WHO.

YOSHINO, N L. O corpo em “excesso” e o culto da boa forma in Canesqui AM. Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec/Fapesp; 2007. 149 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ARTIGO - Parents perception on children's obesity: Integrative Review that identified approaches for intervention

International Review of Social Sciences and Humanities
Vol. 11, No. 2 (2016), pp. 126-139
www.irssh.com
ISSN 2248-9010 (Online), ISSN 2250-0715 (Print)

Parents' Perception on Children's Obesity: Integrative Review that Identified Approaches for Intervention

Luciana Gaudio Martins Frontzek
(Corresponding Author)

Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou
Fiocruz Minas, Doutorado em Ciências Humanas e
Sociais em Saúde, Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto–
Belo Horizonte/Minas Gerais – Brazil- CEP, 30190-002
E-mail: lucianagaudio@yahoo.com.br

Isabel Cristina Bento

Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou
Fiocruz Minas - Doutorado em Epidemiologia
Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto–Belo
Horizonte/Minas Gerais – Brazil- CEP, 30190-002
E-mail: evmepia@gmail.com

Luana Rodrigues Bernardes

Universidade Salgado de Oliveira – Belo Horizonte
Universo - Acadêmica de Psicologia
Rua Paru, 784 - Nova Floresta, Belo Horizonte/Minas Gerais
Brazil. Cep: 31140-320
E-mail: luana.rb13@gmail.com

Celina Maria Modena

Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou
Fiocruz Minas, Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto–
Belo Horizonte/Minas Gerais – Brazil- CEP, 30190-002
E-mail: celina@cpqrr.fiocruz.br

Marconi Moura Fernandes

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem – Mestrando em Educação em Saúde e Enfermagem
Avenida Alfredo Balena, 1090, Santa Efigênia
Belo Horizonte/Minas Gerais- Brasil – Cep: CEP 30130-100
E-mail: marconimf@yahoo.com.br

(Received: 11-6-16 / Accepted: 18-7-16)

Abstract

The aim of this paper was to know the main academic contributions on the perception that parents have on their children's obesity. An integrative review of the literature was conducted based on the search for articles in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed (National Library of Medicine, USA), Google Scholar and Capes (Higher Education

Personnel Improvement Coordination) databases. The following descriptors were used: "social perception" and "childhood obesity"; as well as "childhood obesity" and "parents". We used the Bardin Analysis and three thematic axes were built: 1) Distorted perception of actual body weight by parents; 2) The need of the educational intervention to consider the perception of parents; 3) Self-deprecating feelings in parents and children, as facilitators to higher prevalence of obesity. It was noticed that there is a significant number of studies showing that the perception of parents of overweight children is usually distorted and tends to underestimate the child's weight. Many prevention and treatment programs are ineffective and one of the hypotheses for the fact is distorted parental perception. Thus, one should consider the perception of parents and their children when planning interventions for obese children.

Keywords: Pediatric obesity, Perception, Parents.

Introduction

According to the World Health Organization (WHO), children obesity is a relevant source of concern on public health based on the fact it is a non-transmissible chronic disease.¹ Epidemiologically speaking it is a pandemic one because it covers both developed and developing nations, as is the case of Brazil, in all life stages, with higher incidence in childhood (WHO, 2003; Vitolo, 2008).

The Family Budget Research (FBR 2008-2009) made by Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), in partnership with the Brazilian Ministry of Health, observed the occurrence of a significant increase in the number of overweight children in the country, with ages ranging from 7 to 9 years of age. The number of male children overweight doubled in the 1989 and 2009, going from 15% to 34.8%, respectively. The number of obese children increased over 300% in the same age range, going from 4.1%, in 1989, to 16.6%, in 2008-2009 (SBP, 2012).

These data show that the growing increase of the phenomenon all over the world calls for the existence of more research to better understanding the phenomenon, as well as to finance interventions on that field. In the specific case of children obesity, family is understood to be a major player in the determination of eating habit formation of children. Parents, mainly, can influence or damage their children learning process (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

Thus, bearing in mind that socialization is generally performed by parents, in Brazil, it is noticed that habits learned in the family relations are, many times, predisposing to childhood obesity, as well as adult age obesity (Jahnke & Warschburger, 2008). In an experience with multidisciplinary operative groups for morbidly obese people who would undergo bariatric surgery, it was found that most of the group participants would ask for a constitution of similar groups for their children, who were overweight and had inadequate eating habits (Frontzek, Fernandes & Gomes, 2014).

For effective weight loss to take place work should be focused not only on obesity itself, as if it existed autonomously, but as a part of the context of each individual. That intervention must include the person's life, affective, family and social bonds. It should also consider a new lifestyle for the family (Tassara, 2012).

With that in mind, understanding more about the parents' perceptions on their children's obesity in the last 10 years was also a focus. We started from the idea of knowing the phenomenon "from inside out", that is, from the vision of parents with obese children, minding that they promote their children's first leaning about their body and eating. Therefore, the guiding question was: What are the perceptions parents have on their children's obesity?

Methodology

An integrative review was conducted with the purpose of collecting and synthesizing the outcomes of this research in a systematic, well-ordered way and to deepen knowledge on the theme of the research, as well as to give way to the digestion of several studies published and their general conclusions on the theme (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

To conduct that review we followed some steps, as seen below: Identifying the theme and preparing the research, establishing criteria for inclusion and exclusion of studies, defining what information would be collected from the studies selected, assessing the studies included in the integrative review, interpreting the results and synthesizing knowledge.

Data collection took place from August to October, 2015. We used the Descriptors in Health Sciences indexed to the database to facilitate access to information. The following descriptors were used: "Childhood obesity" AND "social perception" AND "parents" AND "social perception" (either in isolated or combined form). The "social perception" descriptor was used due to the fact that the term social representativeness does not appear among the descriptors, minding this was the first target of the research made.

Search for articles published in journals indexed the following databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed (National Library of Medicine, USA), Google Scholar and Capes (Higher Education Personnel Improvement Coordination) from 2005 ad 2015 was conducted.

The following inclusion criteria were established for sample selection: Articles published from 2005 to 2015, in English, Spanish and Portuguese languages, available in full and focused exclusively on the guiding question. We excluded reflection articles and experience reports, researched with adolescent, not infantile, target public, according to the criteria defined by the Child and Adolescent Statute (Brasil, 2010), which delimits as a child any individual up to incomplete 12 years of age, non-scientific journal editorials theses, papers and reviews. Articles duplicated in different databases were considered only once.

The final sample was restricted to 12 articles (Figure 1) after having applied the criteria and refined the search by reading the abstracts of pre-selected articles. For data collection a validated instrument was used which contemplates: article identification, introduction and objectives, methodological characteristics of the study, results and conclusion (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). Thus, it was possible to assess the methodological accuracy of the studies and the levels of evidence in every article.

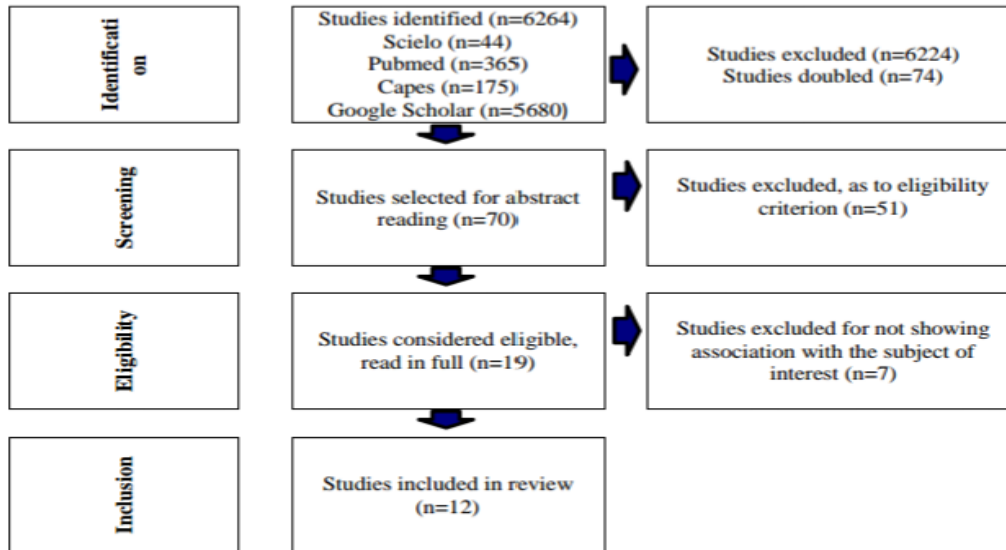


Figure 1: Selection of the articles included in the review

Content Analysis was used as a proposal to rank thematic categories after having read the articles (Bardin, 1977). Category analysis may be thematic, having the categories being built as themes emerge from the text. This analysis attempts to find a set of common meanings based on the analysis of the coder, from the indicators noticed in the text after careful reading (Bauer & Gaskell, 2002). To classify the elements in categories it is necessary identifying what they have in common, thus allowing grouping. (Bardin, 1977)

Results and Discussion

The articles included in the themes presented are described in Table 1, where a description of the articles included in the Integrative Review of Literature can also be found, per author, year/country of publishing, objectives and theme.

Reference	Year and Country of Publishing	Population in the Study	Objectives	Main findings	Thematic Axes
Pakpour et al	2011/Brazil	300 mothers of obese children	Assessing the mother's knowledge about their children's weight issue and assessing the impact of an educative intervention on the mothers'	Over 1/3 of the mothers weren't able to acknowledging their children were obese. Only a small amount of the mothers believed childhood obesity was a risk to health. Educative intervention may improve maternal	1, 2

			awareness about their children's obesity.	perception on the weight issue of their children, and change the way they control their children's weight.	
Silva et al	2011/Brazil	16 mothers of obese children	Understanding the meaning, for mothers, of having a child suffering from a nutritional disorder.	Mothers feel sad when they see their child compared to children regarded as healthy. Mothers of overweight or obese children tend to underestimate weight in excess in children, what increases the probability of worsening their nutritional status.	3
Bordignon et al	2011/Brazil	79 children, ranging from 7 to 12 y.o.	Checking the relations among self-concept, depressive traces and bodily perception among normal weight and overweight children.	Results showed associations between perception and bodily satisfaction, normal weight and overweight children show no difference in their perception of nutritional status. In this study, a large amount of normal weight children perceives themselves as fat/very fat (31.3%). These findings deserve special attention of healthcare professionals, bearing in mind that a distorted bodily perception is linked to inadequate eating behaviors and to eating disorders, such as Bulimia and Anorexia Nervosa.	1, 2, 3
Nogueira et al	2012/Portugal	1,885 children, from 3-10 y.o.	Assessing the association between parental perception of the environment and obesity values in children with ages ranging from 3 to 10 years old, in the district of Coimbra.	Significant associations were found between environment dimensions and weight of female children. A negative parental association of the built environment, regarding soil usage and urban design is associated to	3

				higher values in obese girls; a negative perception of the social environment and local safety is also associated to higher prevalence of obesity in girls.	
Feitosa et al	2012/Brazil	17 children, ranging from 8 to 12 y.o.	Assessing bodily image perception of children who take part in Dance-Education activity in public schools.	It was found that when the child under research was obese, there was inadequacy of subjective evaluation, comparatively to BMI. The opposite happened with non-obese children, their choices reflected closer to the reality of the comparative level of BMI.	1
Pereira et al	2013/Brazil	397 students, from 8-17 y.o.	Assessing the link between body weight perception and related variables, in elementary school students.	It was found that body weight perception was associated to nutritional status in both genders, and to age groups only in boys. That reinforces the need these adolescents have to be followed-up by healthcare professionals, aiming to better consistency of their own bodies.	1, 2
Aparício et al	2011/Portugal	234 parents (mother and father), ages ranging from 20 to 54 y.o.; and 234 children, from 3 to 6 y.o.	Identifying parental perception (mother and father) on their pre-school child and assessing their relation with socio-demographic and clinic variables.	It was noted that parents have a distorted perception on their children's body image, with marked tendency to underestimating their true nutritional status. Area of residence was linked to higher distortion to inhabitants of rural areas, what reinforces cultural influence in parental beliefs and practices in rural areas.	1, 3

Costa e Silva	2009/Brazil	40 parents of children from 6-10 y.o. from a basic school on lower elementary school	Identifying knowledge and behaviors parents of 6-10 y.o. children have on childhood obesity.	It was found that up to 80% has knowledge of, at least, one of consequences of childhood obesity, and 85% referred healthy eating and regular practice of physical activity as for prevention for obesity.	1
Giacomossi et al	2011/Brazil	493 children, from 1 and 1/2 months old to maximum age: 92.9 months old.	Assessing prevalence and factors linked to error in perception of mothers or guardians on the nutritional status of children in public and private daycare institutions in Balneário Camboriú (SC).	Overweight or undernourished children of mothers over 35 years old, and with non-white skin color, showed higher probability of having their nutritional status incorrectly assessed by their guardians.	1
Simões et al	2007/ Portugal	100 children (n=58 females), from 8-12 y.o. (M=10,19; DP=1.26), mostly residents of urban environment (n=54) and mean NSE (n=78), 45 of which were obese.	Comparing self-concept in obese and non-obese children.	Statistically significant differences were not found in between the two groups of children assessed regarding School Competence, Social Acceptance and Overall Self-Esteem. It was found that non-obese subjects showed significantly higher mean values in subscales for Athletic Competence and Physical Appearance, whilst obese subjects showed significantly higher mean values in subscale Behavioral Attitude.	3
Moraes et al	2013/Brazil	Six mothers and a grandmother of children with ages ranging from eight to incomplete ten, who were under reference in-patient care for childhood obesity.	Understanding the elements present in the family story of children with obesity.	It can be concluded that the families showed lack of cohesion about the child's eating norms and limits to the child, conjugal and family conflicts and difficulty to adequate the environment to the recommendations of	1, 2 and 3

Pinheiro et al	2010/Brazil	Three hundred forty-seven participants (160 boys and 187 girls, ages ranging from 8-12 y.o.)	Assessing the bodily perception and dissatisfaction in a population of Brazilian pre-adolescents; and examine the relation of these variables with gender, age and BMI.	the professionals. It was found that 26.4% of the sample showed overweight or obesity, that the bodily perception level was underestimated and that 64% are dissatisfied with their bodies. Significant differences were found regarding image wanted as to gender; perceptive discrepancy as to BMI and age; and bodily dissatisfaction as to BMI.	1
----------------	-------------	--	---	--	---

Table 1: Description of the articles included in the Integrative Review of Literature, per author, year/country of publishing, objectives and theme. Belo Horizonte – MG, 2015

During research in the database, 3 international reviews were found (Sosa, 2012; Lundah, Kidwell & Nelson, 2014; Rietmeijer-Mentink *et al*, 2013) on the theme parents perception on their children's obesity, as well as 1 national review (Tenorio & Cobayashi, 2011). Based on the interpretation of the data collected three thematic axes were built: 1) Distorted perception of actual body weight by parents; 2) The need of the educational intervention to consider the perception of parents; 3) Self-deprecating feelings in parents and children, as facilitators to higher prevalence of obesity.

Theme 1 - Distorted Perception of Actual Body Weight by Parents

The articles found (Silva *et al*, 2011; Lima, Frota & Pinto 2012; Aparício *et al*, 2011; Pinheiro & Jimenes, 2010; Feitosa *et al*, 2007) show that parents' perception on their own children's obesity is, often, distorted and tends to be underestimated. Some also appointed differences in the perception from parents, children and healthcare professionals, producing ineffective communication, since each one is self-referenced and rarely coincide. Thus, if there is no hearing and no dialogue in the relationship, parents, children and healthcare professionals will be talking about diverse perceptions, many times imagining they are all noticing the same things the same way.

In some cases it was found that parents tend to underestimate the child's weight. Such distortions compose relevant factors for thinking about the increased incidence and prevalence of obesity and overweight in children population (Bordignon & Teodoro, 20011). An inadequate perception on the nutritional situation of a child represents risks for the success of the interventions related to that disorder. Response from mothers with obese or overweight children may range from relief, lack of interest, denial to anger (Silva *et al*, 2011).

Body image is a complex human phenomenon that involves cognitive, affective, social and motor aspects. It is associated to self-concept and is influenced by the dynamic interactions between the being and its habitat. Its development process is connected to social determinants which change at every context and transform themselves over time. Although, those determinants are often exclusionary and rigorous by establishing an ideal standard, reached by a few: The standard of thinness and that of being young. So, the distortion of body image

occurs due to a mesh of social, relational factors and due to internal psychological mechanisms to be built amidst the entire surrounding set involved (Adami, 2005).

Body image depends on individual perception and occurs on physical, mental and emotional levels. Bearing in mind that perception is built based on the environment, it is possible to learn the social representativeness present to a collective, without losing sight of individuality. Succinctly speaking, the notion of social representativeness connects the idea that there is no distance between inner and outer universe of the individual and his group (Schilder, 1977).

Another relevant factor was relative to gender and ethnicity, showing that such factors are also connected to the distortions found. White children's fathers tend to have a more distorted perception than mothers, regarding their child's nutrition. Overweight rate increases together with the increase of negative parental perception on the environment, both for girls and for boys with ages ranging from 10 to 14 years old. Boys in that age range show more difficulty in noticing their own body than girls do, these tend to be culturally more concerned with their own aesthetics, much earlier than boys do (Nogueira *et al.*, 2012; Pereira *et al.*, 2013; Giacomossi, 2011).

Theme 2 - The Need of the Educational Intervention to Consider the Perception of Parents

Articles on this theme share the fact that the methods for intervention regarding current childhood obesity are of little effectivity (Pakpour, Seed & Chen, 2011; Silva *et al.*, 2011; Aparício *et al.*, 2011). One of the hypothesis to clarify this is, exactly, what the review appointed as dominant in Theme 1, distorted perception for treatment and lack of conviction the his/her child really needs it. Mothers of overweight or obese children tend to underestimate weight in excess in children, what increases the probability of worsening their nutritional status (Silva *et al.*, 2011; Oliveira, Eneida & Cerqueira, 2003; He, 2007). This would be a very relevant factor regarding the increased incidence and prevalence of obesity and overweight in the childhood population. Distorted perception on the child's nutritional status and their own family would, then, be a risk for the success of the interventions connected to this disorder (Amaral & Pereira 2007).

It was also noticed that parents have difficulties noticing the actual weight of their children, and then that perception occurs, the need for a continuous preventive treatment is not noticed. On the contrary, a study revealed that parents had no difficulty in acknowledging their child's weight, however, they were not alert to the real need for treatment their children have (Oliveira, Eneida & Cerqueira, 2003).

Behaviors of a population regarding their health issues, including the use of medical services available, are built based on that population's health perceptions, which is developed based on its socio-cultural context (Uchoa & Vital, 1994). Prior knowledge of that community's health perceptions, what sets the thought and action of the same population before the heal-disease process, is of fundamental efficiency to assistance actions and education on healthcare. This way, actions in this field should check parents' capacity to identify overweight or obesity in their children, and parents' understanding that obesity is a risk factor for lifelong health issues. Whether parents are unable to acknowledge that their child is obese, or even distort their actual physical status, they will also resist taking any action to change their child's behavior, what can speed up the development of obesity in that child (Jain *et al.*, 2001).

However, studies show that many parents are not alert or concerned with their children being overweight, because some of them underestimate their child's weight or believe that obesity is hereditary and, then, cannot be changed (He, 2007; Myers & Vargas, 2000). It was also

noticed that focusing on parents is a profitable strategy to manage weight-related issues in children (Golan, 2006). Another study showed that, even among parents with higher level of formal education, the intervention significantly improved the perception on childhood obesity (Pakpour, Seed & Chen, 2011).

The role of the healthcare professional is capital in the interventions because he needs to interact with the parents with respect and dignity, understanding that that is an adverse experience, with diverse worldviews and, as such requires a more humane positioning and a more significant relationship. It is not about a vertical relationship, where one knows best. It is about a horizontal interaction which includes differentiated knowledge, which cannot be possibly quantified, nor qualified. It is, thus, necessary to establish an empathic relation with the public, understanding "the capacity of taking part in someone else's inner world, without ceasing to be yourself" (Benjamim, 2002, p. 32). Such positioning may relief the situation experienced by the parents and improve healthcare for the child (Silva *et al*, 2011).

It is interesting to observe that that one of the researches revealed that the percentage of parents who have proper information on how to prevent childhood obesity is expressively high, yet they cannot set in place actions they regard as more appropriate (Costa & Silva, 2009). This fact shows that information alone does not change behaviors and that it is necessary following up people in their paths because, this way, it will be far easier for them to rebuild their perceptions and actions (Schall, 1999). Whether perception occurs in emotional, physical and mental levels, all of these areas need to be covered (Adami *et al*, 2005).

Theme 3 - Self-Deprecating Feelings in Parents and Children, As Facilitators to Higher Prevalence of Obesity

Articles revealed, with predominance, self-deprecating perception from parents. Feelings most mentioned were: guilt, sadness, inferiority because of the comparison with healthy children, perception of having failed as parents and negative feelings regarding themselves (Silva *et al*, 2011; Nogueira *et al*, 2012; Aparício *et al*, 2011; Moraes & Dias, 2013). Negative perceptions from the environment, which reflect on an increase in infantile overweight were also appointed (Pereira *et al*, 2013).

Despite being negative feelings, the fact of having parents acknowledge their children as obese is a great step towards their adoption of or investment on new eating behaviors. That fact contributes to obtaining successful interventions on eating and nutrition for their children (Schall, 1999). Although that may not be always the case, for even when parents manage to acknowledge their children's obesity, many of them will not be alert for the need of treatment (Oliveira, Eneida & Cerqueira, 2003).

It's noteworthy that self-deprecating feelings of parents refer to a lack of management to deal with the situation from an emotional viewpoint. The construction of childhood obesity, as well as adult obesity, is given in a relational and contextualized way. Children will learn from their parents through their teaching and, mainly, from their example, by familiarity. Family relations, with all their subjectivity, emotions and feelings are intimately imbricated in the process of childhood obesity.

Studies show that parents often tend not to notice their children's obesity and see them as normal weight (Vuorela, Saha & Salo, 2010; Molina *et al*, 2009; Eckstein *et al*, 2006). Maybe that view is attached to the fear of feeling they have failed as parents and to negative feelings about themselves and their environment. Beliefs and cultural reference related to children weight, as well as gender and age, and parent's income and schooling influence parental perception on their children's obesity (Tenorio & Cobayashi, 2011).

It can be noticed that “parents – and not only mothers – family and the society play a key role in the overall development of the human being, both in the acquisition of a healthy lifestyle and of a more adequate the eating behavior” (Camargo et al, 2013, p. 332). Bearing in mind those children are first influenced by their family, and only after interacting with other individuals they get to know themselves and about the affective, cognitive and behavioral aspects (Suehiro, 2009).

One of the studies showed that overweight and obese children have a negative concept about their bodily aspect when compared to normal weight children (Suehiro, 2009). However, overweight children may show a positive self-concept in behavioral (and communicative) attitudes, as a possible compensation mechanism for the negative self-concept relative to their performance and physical appearance (Simões & Meneses, 2007). Children tended to overestimate their body weight, what shows a distorted perception on their weight (A.S. Tenorio & Cobayashi, 2011). The negative concept denotes dissatisfaction with their bodies and that can be a relevant risk factor for the development of depression, low self-esteem and changes in eating behavior (Mirza, Davis & Yanovski, 2005).

At last, it can be noticed that the thematic axes put forth in this integrative review reveal part of the social representations parents have about childhood obesity. Considering one's child as non-overweight or not in need of external intervention reveals one of those representations and may be anchored in cultural beliefs, like the one which says that a chubby child is a healthy child, because it would be worrying if he/she were a very thin child. A diversity of cultural weight-related beliefs and references molds parents' perception on their children's weight.

Thus the relevance of studying the body from the perspective of social representations, because they allow identifying the social character of the individual dimension (Jodelet, 1984). The term social representation was not in the list of descriptors in health science, but social perception was as the perception of attributes, characteristics and behaviors from the social groups themselves.

Parents' perception on their children's obesity revealed the following parental beliefs, from literature, on children's body weight: A child being above average on growth scale and pediatric weight makes parents proud; “fatter” children are endowed with good health; if the baby is not “chubby” there is a perception that the mother; being overweight comes from an inherited metabolism thus “one can't do much about it”; obesity is only worrying of the child loses mobility, if the child can run and play normally, then there's no reason to be worried (Tenorio & Cobayashi, 2011).

Final Considerations

A lack of qualitative knowledge on children obesity has been observed, because a higher number of quantitative researches have been found. It must be highlighted that qualitative research is focused on understanding the subjectivity of the subject under research, what could help knowing it/him better and increase the chances of more successful interventions. It is believed that increasing the number of researches in qualitative area may be a promising way to create more effective intervention programs in the fight against childhood obesity.

Interventional programs on childhood obesity have proved to be ineffective, without however existing answers that clarify the reasons why it happens. One of the hypotheses raised was that the distorted, underestimated perception on children's weight contributes to that inefficiency. Perceptions are connected to parents' feelings and emotions, often being very relevant for the understanding and intervention on childhood obesity, once they point to the effectiveness of the actions proposed towards overweight children. Besides, such perceptions

come loaded with culture-related representativeness linked to the place they were built and reveal how several other factors causing childhood obesity are related to a person's life.

Intervening in childhood obesity implies intervening with parents, and changing children's and families' lifestyles. But only guidance is not enough, though. It is necessary that parents can understand the risks of the condition and it is capital working on themes such as: bodily image and perception of every family member.

Childhood obesity cannot be regarded as an isolated phenomenon, because it is inserted within a range of factors – social, cultural, economic, behavioral, environmental, genetic, emotional, metabolic and, mainly, relational factors. It becomes necessary understanding those factors, both from the parents' and the children's viewpoints, because it will enable for the performance of family-centered interventions, which are adequate to their needs and realities.

References

- [1] World Health Organization (WHO), Obesity, preventing and management the global epidemic, *Report of a WHO Consultation on Obesity*, (2003), Geneva: WHO.
- [2] M. Vitolo, Children obesity, *Nutrition: From Pregnancy to Aging*, (2008), Rio de Janeiro.
- [3] Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Obesity in childhood and adolescence, *Guidelines Manual*, Rio de Janeiro, Department of Nutrology, 2nd edition revised and extended Scientific Department of Nutrology, (2012), Accessed on 22 October (2015), Available from: http://www.sbp.com.br/pdfs/14297c1-Man_Nutrologia_COMPLETO.pdf.
- [4] K.D.S. Mendes, R.C.C.P. Silveira and C.M. Galvão, Integrative review: Research method for evidence incorporation in nursing and health, *Texto & Contexto Enferm*, 17(4) (2008), 758-764.
- [5] D.L. Jahnke and P.A. Warschburger, Familial transmission of eating behaviors in preschool-aged children, *Obesity (Silver Spring)*, 16(8) (August) (2008), 1821-5.
- [6] L. Frontzek, M. Fernandes and M. Gomes, A multidisciplinary treatment for morbid obesity: Therapeutic experience with groups, *Psychology*, 5(2014), 875-885.
- [7] V. Tassara, *Obesity in Childhood and Family Interactions*, (2012), Belo Horizonte: Coopmed.
- [8] Decs, Health Sciences Descriptors, Accessed 20 October (2015), Available at <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.
- [9] Brasil, Estatuto da criança e do adolescente: Law n. 8.069, from 13th of July (1990) and related laws (electronic resource) (9th ed.), (2010), 207, Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, Accessed 24 October (2015), Available from: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescenc_9ed.pdf.
- [10] L. Bardin, *Content Analysis*, (1977), 70, Lisbon: Editions.
- [11] M.W. Bauer, Classic content analysis: A review, In: M.W. Bauer and G. Gaskell (Eds.), *Qualitative Research with Text, Image and Sound: A Practice Manual (3rd ed.)*, (2002), 189-217, Petrópolis (RJ), Vozes.
- [12] A.D. Pakpour, Y.M. Seed and H. Chen, Mother's perception of obesity in school age children: A research and the impact of an educational intervention, *JPediatr (Rio J)*, 87(2) (2011), 169-174.
- [13] D.A. Silva, G.N. Andrade and F.M.F. Ferreira *et al.*, Maternal perception about the nutritional son disorder: A comprehensive study, *Rev. Min. Enferm*, 15(4) (2011), 498-503.

- [14] S. Bordinon and M.L. Teodoro, Relations between body perception, self-concept and depressive traits in school children with and without overweight, *Aletheia*, 34(2011), 19-31.
- [15] E. Nogueira, M.M. Ferrão and A. Gama *et al.*, Parental perception of residence environment and childhood obesity in the district of Coimbra, *Antropologia Portuguesa*, 29(2012).
- [16] P.R.F. Lima, M.A. Frota and N.V. Pinto, Body image perception of children practicing dance education in public schools, *FIEP Bulletin*, 82(Article I) (Special Edition) (2012).
- [17] F.N. Pereira, J. R. Oliveira and C.C. Zöllner *et al.*, Perception of body weight and associated factors in students, *Journal of Human Growth and Development*, 23(2) (2013), 170-176.
- [18] G. Aparício, M. Cunha and J. Duarte *et al.*, Look parents about the nutritional status of preschool children, *Millenium*, 40(2011), 99-113.
- [19] A. Costa and C. Silva, Obesity infantil- knowledge and behaviors of parents of children aged 6-10 years, *Rev. da Fac. de Ciências da Saúde*, (2009), 208-217.
- [20] M.C. Giacomossi, T. Zanella and D.A. Hofelmann, Maternal perception of the nutritional status of children of the city of nurseries in southern Brazil, *Rev. Nutr. Campinas*, 24(5) (2011), 689-702.
- [21] D. Simões and R.F. Meneses, Self- concept in children with and without obesity, *Psicol. Reflex. Crit. Porto Alegre.*, 20(2) (2007), 246-251.
- [22] P.M. Moraes and C.M.S.B. Dias, Not by bread alone one lives: The voice of mothers in childhood obesity, *Psicol. Cienc. Prof. Brasília*, 33(1) (2013), 46-59.
- [23] N. Pinheiro and M. Jimenes, Perception and body dissatisfaction: A study in children Brasileiras in Psico Porto Alegre, *PUCRS*, 41(4) (2010), 510-516.
- [24] E.T. Sosa, Mexican American mothers' perceptions of childhood obesity: A theory-guided systematic literature review, *Health Educ Behav.*, 39(4) (August) (2012), 396-404.
- [25] A. Lundah, K.M. Kidwell and T.D. Nelson, Parental underestimates of child weight: A meta-analysis, *Pediatrics*, 133(3) (March) (2014).
- [26] M. Rietmeijer-Mentink, W.D. Paulis and M.V. Middelkoop *et al.*, Difference between parental perception and actual weight status of children: A systematic review, *Matern Child Nutr.*, 9(1) (January) (2013), 3-22.
- [27] A.S. Tenorio and F. Cobayashi, Childhood obesity in the perception of parents, *Rev. Paul Pediatr*, São Paulo, 29(4) (2011), 634-639.
- [28] A.C.R. Feitosa, M.C. Mancini, C. Cercato, S.M. Villares and A. Halpern, Relação entre o perfil metabólico e níveis de leptina em indivíduos obesos, *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, (2007), 59-64.
- [29] F. Adami, T. Fernandes, D. Frainer and F. Oliveira, Aspects of construction and development of body image and implications for physical education, *Revista Digital – Lecturas*, 83(2005), Accessed on 25 October (2015), Available at <http://www.efdeportes.com>.
- [30] P. Schilder, *A Imagem do Corpo*, (1977), Buenos Aires: Paidós.
- [31] A.M.A. Oliveira, M.M. Eneida and A.C.O. Cerqueira, Prevalence of overweight and obesity in the city of Feira de Santana-BA: Detecção na família x diagnóstico clínico, *J. Pediatr. (Rio J.)*, 79(4) (July/August) (2003).
- [32] M.A. He, Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care? *Can Fam Physician*, 53(2007), 1493-9.
- [33] O. Amaral and C.A. Pereira, Prevalence of obesity in adolescents district Viseu, *Rev. Port. de Saúde Pública*, 25(1) (2007), 47-58.
- [34] E. Uchoa and J.M. Vital, Medical anthropology: Conceptual elements and methodology for analysis of health and disease, *Cad Saúde Pública*, 10(1994), 493-504.
- [35] A. Jain, S.N. Sherman and L.A. Chamberlain *et al.*, Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*, 107(2001), 1138-46.

- [36] S. Myers and Z. Vargas, Parental perceptions of the preschool obese child, *Pediatrnurs*, 26(2000), 23-30.
- [37] M. Golan, Parents as agents of change in childhood obesity-from research to practice, *Int J Pediatr Obes.*, 1(2006), 66-76.
- [38] A. Benjamim, *Aid Interwie*, (2002), São Paulo, Martins Fontes.
- [39] V. Schall, Alfabetizando the body: The pioneering hortensia de holanda in health education, *Cad Saúde Pública. RJ*, 15(Sup2) (1999), 149-159.
- [40] A.P.P.M. Camargo et al., Failure perception of obesity can be an obstacle in the role of mothers to care for their children, *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2) (2013), 323-333.
- [41] N. Vuorela, M.T. Saha and M.K. Salo, Parents underestimate their child's over weight, *Acta Paediatr*, 12(2010), 1-6.
- [42] M.C. Molina, C.P. Faria, P. Montero and N.V. Cade, Correspondence between children's nutritional status and mothers' perceptions: A population-based study, *CadSaude Publica*, 25(2009), 2285-90.
- [43] K.C. Eckstein, L.M. Mikhail and A.J. Ariza et al., Parents' perceptions of their child's weight and health, *Pediatrics*, 117(2006), 681-90.
- [44] A.C.B. Suehiro, F.J.M. Rueda, E.Z. Oliveira and S.V. Pacanaro, Self-concept evaluation in the school context: Analysis of publications in Brazilian journals, *Psic. Ciência e Prof.*, 29(1) (2009), 18-29.
- [45] N.M. Mirza, D. Davis and J.A. Yanovski, Body dissatisfaction, self-esteem and overweight among inner-city Hispanic children and adolescents, *J Adolesc Health*, 36(3) (2005), 16-20.
- [46] D. Jodelet, Représentation social e phénomènes, concept et théorie, In: S. Moscovici (Ed.), *Psychologie Sociale*, (1984), 357-378, Paris: P.U.F.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado, junto com seu filho (a) para participar da pesquisa **Obesidade infantil: Compreensão das relações familiares e intervenção psicossocial**.

A participação de vocês não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em relação ao seu tratamento.

Os objetivos deste estudo são, compreender a relação estabelecida com o corpo e com a alimentação em crianças residentes em Belo Horizonte e também como seus pais vêem as questões relacionadas à obesidade ou sobrepeso. Partindo daí, a ideia é construir um material educativo junto com os participantes, que pode ser cartilhas, livro, brinquedo pedagógico, filme ou outro que o grupo escolher.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de entrevista individual e posteriormente de encontros em grupo para reflexão e elaboração de material educativo preventivo para obesidade infantil.

Os riscos relacionados com sua participação são mínimos, sendo que, se sentir constrangido ou afetado de forma negativa por algum procedimento da pesquisa você terá total liberdade para se expressar e/ou interromper participação. A equipe de pesquisa se compromete a minimizar os possíveis riscos.

Os benefícios relacionados com a sua participação são inúmeros já que sua contribuição será valiosa para se pensar e agir em um tema tão preocupante como a obesidade infantil. Além disso, sua participação poderá lhe possibilitar uma elaboração de condutas em relação ao tema a partir das reflexões levantadas pela pesquisa.

As informações obtidas através dessa pesquisa, gravações, fotos e relatos orais, serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, os nomes utilizados serão fictícios e se for necessário trocaremos outros dados para impossibilitar identificações. Tais materiais ficarão arquivados com a pesquisadora após o término da pesquisa em local sigiloso. Você receberá uma via assinada deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP-Comitê de Ética em Pesquisa (Órgão responsável por garantir os interesses e a segurança dos participantes da pesquisa), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Endereço e telefone institucional do Pesquisador Principal: Luciana Gaudio Martins Frontzek
Rua Tamoiois, 462, sala 901. Tel. (31) 88623112 lucianagaudio@yahoo.com.br

Endereço e telefone institucional do Comitê de Ética (CEP) – CPqRR (Centro de Pesquisa René Rachou)/FIOCRUZ Minas
- Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte (Cep: 30190-002)
-Secretária: Bernadete Patrícia Santos – TeleFax: (31) 3349 7825 -e-mail: cepsh-cpqr@cpqrr.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em Participar e permito que meu filho (a) _____ também participe. _____ Assinatura do participante

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CRIANÇAS

O QUE É ESTE “TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO”? É um **documento** sobre uma pesquisa para estudar a alimentação e relação com o corpo de crianças em Belo Horizonte. Você deve ler e **esclarecer** todas as suas dúvidas com alguém da equipe de pesquisadores. Este termo também é um convite para você participar desta pesquisa. Depois que você ler o termo e tirar todas as suas dúvidas, você poderá, **livremente**, decidir se vai participar da pesquisa. Se aceitar, você deve assinar este termo. Essa assinatura significa que você está **assentindo**, quer dizer, concordando em participar dessa pesquisa. Se não quiser ou não puder participar não há nenhum problema. Basta nos avisar e não assinar este documento.

✚ **POR QUE ESTÃO ME CONVIDANDO A PARTICIPAR DESTA PESQUISA?** Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa para que possamos conhecer mais sobre a alimentação e relação com o corpo em crianças como você, com idade entre 06 e 12 anos, que frequentam este hospital.

✚ **QUAL É O OBJETIVO DESTA PESQUISA?** Compreender como a criança pensa sobre o corpo, a comida e o que ela acha que as pessoas pensam sobre estes temas.

✚ **SERÁ QUE EU VOU PARTICIPAR?**

Seus pais concordaram que você participe desta pesquisa, mas **você só vai participar se quiser**. Não há nenhum problema se você não quiser participar ou se começar e depois, durante a pesquisa, quiser sair.

COMO SERÁ MINHA PARTICIPAÇÃO? Você precisa apenas responder algumas perguntas sobre a sua saúde, seus hábitos alimentares, seu cotidiano e outras. Você contribuirá também através da realização de desenhos e participação em grupo para elaboração de material educativo.



✚ **QUAIS SÃO AS COISAS BOAS?** Se aceitar participar desta pesquisa, você estará contribuindo para a ciência e para melhoria na qualidade de vida das pessoas além de poder falar o que pensa a respeito do assunto e conhecer outras crianças da sua idade que compartilharão suas experiências também.

A sua participação neste estudo é voluntária. Isso quer dizer que você pode deixar de participar a qualquer momento sem perder os benefícios do tratamento a que tem direito.

✚ **QUEM VAI TER ACESSO ÀS MINHAS INFORMAÇÕES?**

As informações sobre sua saúde, assim como resultados serão compartilhados apenas de forma anônima de forma que ninguém saiba que é você a pessoa mencionada.

E SE EU TIVER DÚVIDAS OU PRECISAR DE ALGUM ATENDIMENTO RELACIONADO À PESQUISA? Você pode perguntar ou telefonar para um dos responsáveis pela pesquisa. Doutora Luciana Gaudio – Pesquisador responsável- Rua Tamoios, 462, sala 901 Belo Horizonte-MG- Tel: (31) 88623112. lucianagaudio@yahoo.com.br

Você assinará este **Termo de Assentimento**. Como você é menor de idade, assina este termo. Seus pais ou responsáveis assinam o **Termo de Consentimento** que terá seu nome e o deles. Você receberá uma via deste termo assinada pelo pesquisador.

Eu li, discuti e entendi este termo de assentimento. Minhas perguntas foram respondidas. Eu concordo livremente em participar desta pesquisa.

Assinatura do participante: _____

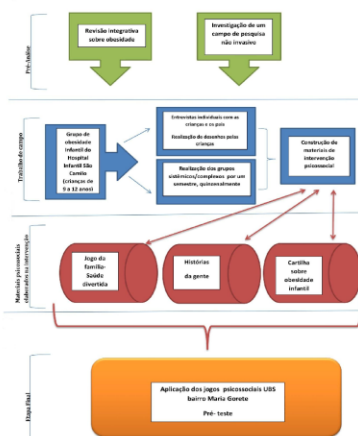
Assinatura do pesquisador _____

Data (d/m/a) _____

APÊNDICE D – POSTER APRESENTADO NA CONFERENCIA INTERNACIONAL SUL-AMERICANA: TERRITORIALIDADES E HUMANIDADES

OBESIDADE INFANTIL: PROPOSTA DE MATERIAL PSICOEDUCATIVO

Luciana Gaudio M Frontzek-
Centro de pesquisas René Rachou-Fio Cruz
ucianaaudio@yahoo.com.br



Introdução- A obesidade infantil é crescente (IBGE, 2008) e os programas de intervenção se mostram ineficazes (POULAIN, 2009). Estes dados mostram a importância de mais pesquisas e discursos sobre o tema. Foi realizada então uma pesquisa de doutorado cujo título é: **OBESIDADE INFANTIL: COMPREENSÃO DAS RELAÇÕES SÓCIO FAMILIARES E INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA**. Foi feita uma revisão integrativa sobre a percepção dos pais em relação a obesidade (FRONTZEK et al, 2016) que apontou que os pais tendem a distorcer o peso dos filhos ou a negar a gravidade do sobrepeso o que pode contribuir para que os métodos de tratamento e prevenção estejam sendo ineficazes. Assim, para compreender melhor a obesidade infantil buscou-se ouvir as famílias que convivem com o tema para partindo daí refletir sobre práticas que possam ser mais efetivas.

Método- Técnicas gráficas, realização de grupos sistêmicos, entrevistas individuais e oficinas com crianças obesas e seus pais para construir material psicoeducativo. A primeira etapa foi realizada em Hospital infantil da rede privada e constiu nas entrevistas individuais dos membros (pais e crianças) das dez famílias participantes, desenhos feitos pelas crianças e realização de grupos durante seis meses, quinzenalmente. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas análise de conteúdo temática de Bardin.

A segunda etapa foi a aplicação de um dos jogos construído, **Jogo da família-saúde divertida** na Unidade Básica de Saúde do bairro Maria Goreti em Belo Horizonte.

Resultados e discussão- Foram construídos 3 materiais psicoeducativos para intervenção em obesidade infantil a partir dos dados obtidos: **Histórias da gente**, **Jogo da família-saúde divertida** e **Cartilha Saude da criança e da família** (contendo os dois jogos e sugestões de trabalho e oficinas com famílias). A aplicação do jogo possibilitou aferir o potencial de utilização dos materiais e necessidades de ajustes.

Percebe-se que para compreender e intervir na obesidade infantil é preciso considerar as relações afetivas, sociais e familiares da criança.

Considerações finais- Intervenções devem partir da realidade da criança e incluir a família, privilegiando o lúdico. Os jogos construídos se mostraram como recursos pertinentes a demanda deste público.

Referências bibliográficas

BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
BRASIL. (2008). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 132.

POULAIN, Jean- Pierre. Sociologia da obesidade. São Paulo: Editora Senac, 2013

FRONTZEK, LGM, BENTO, IC, BERNARDES, LR, MODENA, CM. Parents' Perception on Children's Obesity: Integrative Review that Identified Approaches for Intervention. International Review of Social Sciences and Humanities. Vol. 11, No. 2 (2016), pp. 126-139

QUESTIONÁRIO ADULTO JOGO DA FAMÍLIA-SAÚDE DIVERTIDA

PENICILAS PARA OS PAIS (CUIDADORES) RESPONDEREM

1. Quando você se lembra, como você sabe que ela já está saudável?

2. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

3. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

4. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

5. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

6. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

7. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

8. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

9. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

10. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

11. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

12. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

13. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

14. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

15. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

16. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

17. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

18. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

19. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

20. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

21. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

22. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

23. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

24. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

25. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

26. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

27. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

28. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

29. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

30. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

31. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

32. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

33. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

34. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

35. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

36. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

37. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

38. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

39. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

40. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

41. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

42. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

43. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

44. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

45. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

46. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

47. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

48. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

49. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

50. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

51. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

52. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

53. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

54. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

55. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

56. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

57. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

58. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

59. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

60. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

61. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

62. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

63. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

64. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

65. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

66. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

67. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

68. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

69. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

70. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

71. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

72. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

73. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

74. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

75. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

76. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

77. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

78. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

79. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

80. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

81. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

82. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

83. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

84. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

85. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

86. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

87. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

88. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

89. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

90. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

91. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

92. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

93. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

94. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

95. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

96. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

97. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

98. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

99. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

100. Quando a criança se alimenta, como você sabe que ela já está saudável?

Saúde da criança e da família



Contribuições sobre a obesidade infantil a partir do enfoque das relações familiares e sociais. Propostas de materiais para intervenção psicoeducativa

Texto: Luciana Gaudio, Gislaine Maria Mendes e Luciana Fernandes

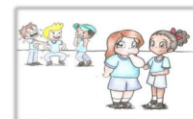
Ilustração: Fernando Faria Gonçalves

CENAS HISTÓRIAS DA GENTE-OBESIDADE INFANTIL

Cena 1-Preconceito explícito

Luiza tem 10 anos e está no 5º ano. Ela saiu para brincar no horário do recreio e estava no pátio da escola conversando com a amiga quando passou três meninas e comentaram em voz alta:

“Olha que menina gorda! Parece uma baleia assassina!”



O que você faria se fosse a Luiza?

O que você faria se fosse a amiga de Luiza?



CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SUL-AMERICANA: TERRITORIALIDADES E HUMANIDADES

4 A 7 DE OUTUBRO DE 2016
BELO HORIZONTE - BRASIL



----- Mensagem encaminhada -----

De: COSAH_2016 <cosah-2016@easychair.org>

Para: Luciana Frontzek <lucianagaudio@yahoo.com.br>

Enviadas: Terça-feira, 27 de Setembro de 2016 12:32

Assunto: COSAH_2016 - Notificação de aceite/recusa do trabalho 20

Prezado(a) Luciana Frontzek,

Informamos que recebemos a inscrição número 20, referente ao trabalho intitulado OBESIDADE INFANTIL: PROPOSTA DE MATERIAL PSICOEDUCATIVO em nome de Luciana Frontzek, que, após a avaliação do comitê científico, foi aceito para apresentação no evento COSAH 2016.

A apresentação do pôster ocorrerá entre as 14h e 18h do dia 06 de outubro, quinta-feira. Será necessário trazer o pôster impresso, no formato informado no site do evento, e com cordão para fixação. O local da apresentação do pôster será informado oportunamente por e-mail.

Para mais informações, favor entrar em contato com humanidades@dri.ufmg.br.

atenciosamente,
Comitê organizador da COSAH 2016

APÊNDICE E – DESENHOS DAS CRIANÇAS PARTICIPANTES DOS GRUPOS DO HOSPITAL INFANTIL

Desenho Criança 1- Feminino, 11 anos



DESENHO 1- Como me vejo



DESENHO 1- Como os outros me vêem



DESENHO 3- Como vejo a comida na minha vida

Desenho Criança 2- feminino, 9 anos



Desenho 1- Como me vejo



Desenho 2- Como os outros me veem



DESENHO 3- Como vejo a comida na minha vida

Desenho Criança 3- feminino, 9 anos



Desenho 1- Como me vejo



Desenho 2 -
Como os
outros me
veem



DESENHO 3- Como
vejo a comida na
minha vida

Desenho Criança 4- feminino, 9 anos



Desenho 1- Como me vejo



Desenho 2 - Como os outros me veem



DESENHO 3- Como vejo a comida na minha vida

Desenho Criança 5- feminino, 9 anos



Desenho 1- Como me vejo

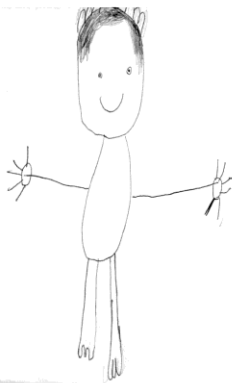


Desenho 2 - Como os outros me veem



DESENHO 3- Como vejo a comida na minha vida

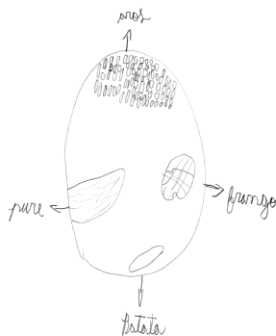
Desenho Criança 6- masculino, 9 anos



Desenho 1- Como me vejo

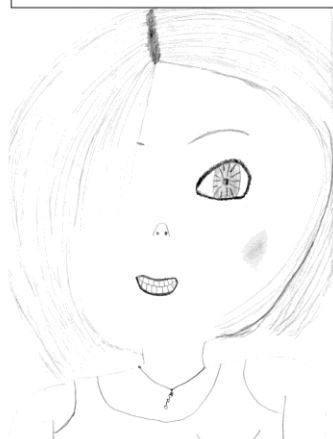


Desenho 2 - Como os outros me veem



DESENHO 3- Como vejo a comida na minha vida

Desenho Criança 7- feminino, 11 anos



Desenho 1- Como me vejo



Desenho 2 - Como os outros me veem



DESENHO 3- Como vejo a comida na minha vida

Desenho Criança 8- masculino, 9 anos



Desenho 1- Como me vejo

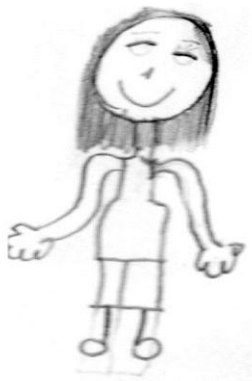


Desenho 2 - Como os outros me veem



DESENHO 3- Como vejo a comida na minha vida

Desenho Criança 9- masculino, 10 anos



Desenho 1- Como me vejo



Desenho 2 - Como os outros me veem



DESENHO 3- Como vejo a comida na minha vida

Desenho Criança 10- masculino, 11 anos



Desenho 1- Como me vejo



Desenho 2 - Como os outros me veem

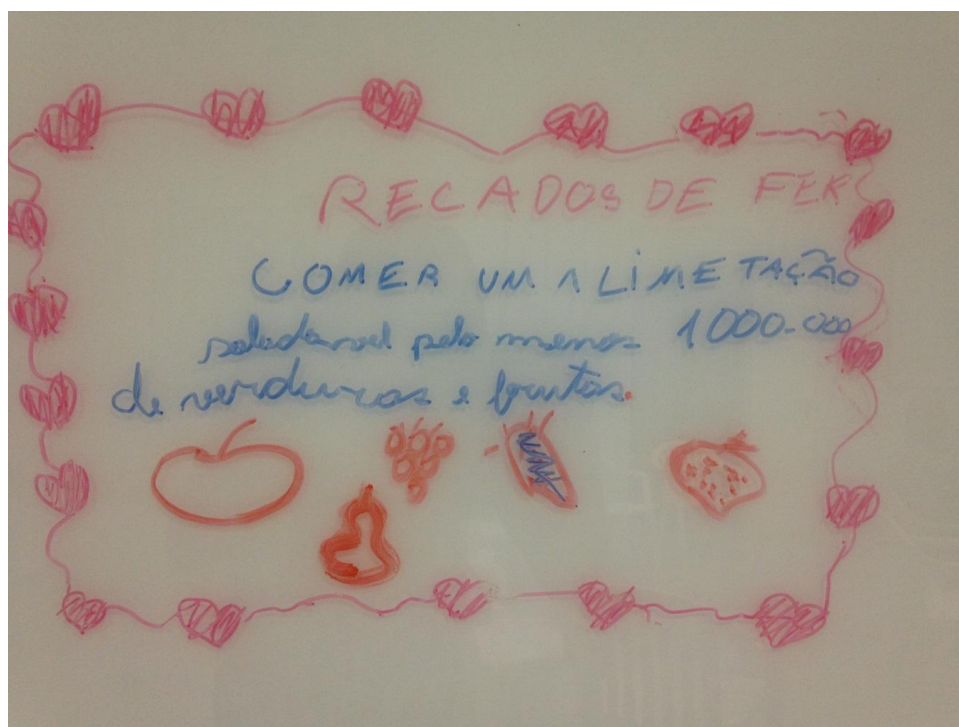
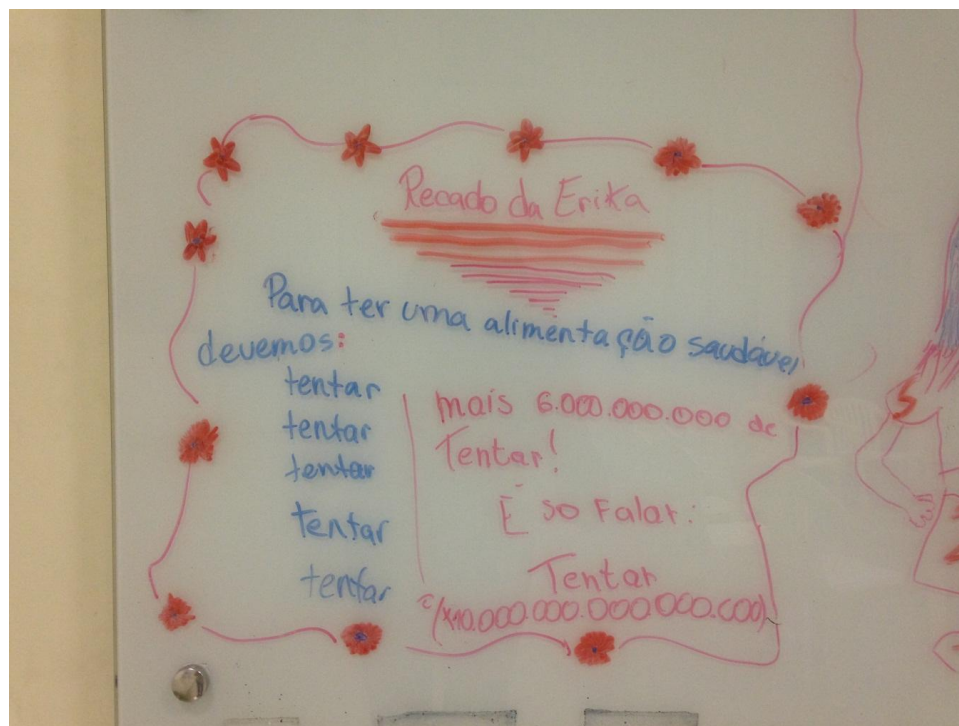


DESENHO 3- Como vejo a comida na minha vida

APÊNDICE F – FOTOS DOS ENCONTROS GRUPAIS NO HOSPITAL INFANTIL



Registros espontâneos das crianças do São Camilo no quadro branco presente na sala.



APÊNDICE G – ANÁLISE TEMÁTICA DA ENTREVISTA DOS PAIS E DAS CRIANÇAS

Quadro temático das entrevistas com os pais

Entrevistado	O que é obesidade	Estar acima do peso influencia a vida do seu filho	Significado de comida	Como as pessoas veem as outras que tem sobrepeso?	Já teve sobrepeso?	Já procuraram algum profissional por causa do sobrepeso da criança?
PAIS 1	É o acúmulo de gordura acima da necessidade da criança.	Em tudo. Na parte da saúde e do desenvolvimento de esportes também. Ele se incomoda por não conseguir correr tanto igual ao outro coleguinha.	Sou muito neurada com comida, tudo meu é muito regrado, é muito dosado, é muita salada, é muita proteína, muita atividade física. O suficiente para se manter saudável	Existe um preconceito muito grande, muito grande, e não sei, uma sensação de lentidão, uma sensação de incapacidade pra muita coisa. As pessoas veem quem tem sobrepeso como mais incapaz que as outras	Sim. Depois da morte da minha mãe, quando eu tinha uns 7 anos fiquei bem gordinha. Eu emagreci radicalmente entre 12 e 14 anos.	Já. Devo ter umas 4 dietas lá, prescritas pela nutricionista, ele já foi ao endocrinologista, mas é terrível, é muito difícil, porque ele não tem pai, então eu saio para trabalhar e ele fica na casa do meu pai.
PAIS 2	Não ter uma alimentação correta, como tudo errado, gordura. Uma pessoa com sobrepeso é porque come errado. E tem também o emocional, pode ser a mania que aprendeu a comer.	Não sei como a Maria Eduarda ve isso.	A comida é uma coisa que sustenta a gente, mm é, é, mas também não é prioridade da vida não, é preciso da comida, se não, ninguém vive, mas, não quer dizer que você vai viver só comendo.	Guloso, é feia, ninguém nem olha direito, as vezes a pessoa acha que quem é gordo é porque come muito, nem sempre todo mundo que é gordo come muito, come errado.	Sou gorda. Como muita porcaria fora de hora, como muito pão, não pratico esportes. Nunca fui magrinha.	
PAIS 3	ser gordinha	Eu vejo que isso está interferindo na vida dela assim... Na auto estima. / Isso já tá fazendo S ficar retraída. As vezes ela deixa de participar das coisas, de algum compromisso.	Para o pai - tudo de bom né? Para mãe - comida me relaxa! Gosto de fazer comida. / A gente come bem! Muita verdura, pouca carne.	Na sociedade existe preconceito né? E nós temos de explicar pra ela!	Mãe: eu também já fui gordinha... Sempre me incomodou, ainda mais na adolescência, na fase em que eu fiquei mocinha.	
PAIS 4	Estar acima do peso. É uma falta de controle.		Sem a comida não se vive, tem que alimentar, ela dá energia pra você viver. É necessidade.	Acho que a maioria das pessoas rejeita um pouco.		Ela foi no pediatra, e eu levei naquela sessão nutrição da Unimed que tem lá no Barro Preto, nós participamos do grupo umas 4 vezes no sábado, mas aí fechou lá.
PAIS 5	Pai: Basicamente é a criança está acima do peso né, do peso ideal.	Mãe: Ela falou para mim que andou com uns probleminhas na escola, com outra coleguinha, ela chegava pra mim e falava: 'mãe a coleguinha lá me chamou de gorda!'	Mãe: eu nunca tive o costume de comer muito, se eu ficar o dia inteiro sem comer, pra mim é indiferente. / Comida é necessidade mesmo. Pai: sem comida fico mal humado. / Comida é essencial.	Mãe: Todas as vezes que as pessoas olham, acham que é relaxamento. Na maior parte dos casos eu acredito que as pessoas pensam assim, acham que é falta de cuidado dos pais.		Mãe: Já fizemos acompanhamento com nutricionista com ela, já fomos ao endocrinologista. Pai: Academia, já pagamos até academia.
PAIS 6	Alimentação e falta de exercício		Acho essencial a vida eu, viver tem que alimentar né, agora só que tem que ter alimentação adequada. / necessidade	Não é tão bom não		Não, começou tem pouco tempo
PAIS 7	Mãe: Excesso de peso, acima do peso é uma coisa, quando chega a ser obeso está além daquilo, já foge do controle da pessoa. Quando vem a obesidade tem também o colesterol, tem a glicose, tem isso. Avó: Acho que é a pessoa comer as coisas que não está certo, né? Comer as coisas que fazem engordar demais.	Ela falou que as coleguinhas estavam falando que ela estava gordinha. Ela disse que não ia comer / Teve alguma coisa lá na escola que eles mediram e pesaram também, sabe? Ai o peso dela estava mais que o das coleguinhas aí também teve esse comentário lá na escola.	Mãe: Assim a gente tem que comer para sobreviver. Não assim como ser um só por prazer. Avó: Ahh, comida é coisa boa né? Uma comida gostosa a gente come além da conta. Serve para alimentar a gente.	Mãe: Eles acham que a pessoa é gorda porque a maioria das vezes porque quer. E a gente sofre muita discriminação. Avó: Tem muito preconceito	Já fez cirurgia para redução	Em questão de ganho de peso procurou a Dra Roselane (pediatra) e ela direcionou para o grupo.
PAIS 8						
PAIS 9	Mãe: Eu entendo que é estar fora de forma física	Mãe: Sim. Ele falou comigo que na escola ele tava sentado e na hora que ele foi levantar uma criança falou pra ele: "ô Luiz Felipe bunda grande". E ele falou que não quer ir à aula.	Mãe: Eu sou adepta a comida saudável / Diante da correria seria só necessidade	Tem preconceito		Mãe: Não. É a primeira vez

Quadro Síntese entrevistas com as crianças

	COMO SE VE	COMO OUTROS O VEEM	O QUE COMIDA SIGNIFICA PRA MIM?
Criança 10	Igualzinho meu pai Desastrado, preguiçoso Inteligente distraído	Do mesmo jeito que me vejo no espelho	Estou ansioso vou lá e como. Gosto muito de subway e não gosto de cebola roxa, kiwi, pêssego, caju
Criança 7	Não muito gorda, sorriso largo, uma pessoa normal, nariz meio aberto. Sempre fui assim, desde pequena. Criativa, brincalhona.	Acho que me veem cheinha mas não falam como minha mãe, percebo pela forma como me olham e pro não falar. (sem ser perguntado já foi emendando que isto não a incomoda)	Uma fonte de energia que serve pra gente viver. Fora isto não acho nada. Nem prazer nem desprazer.
Criança 4	Gorda Alegre, gosto de cachorro e gosto de estudar	Não sei como as pessoas me veem, mas sei como me sinto quando as pessoas me veem. “me sinto pequenininha... quando chego na escola, me sinto a pior pessoa do mundo, sinto muita vergonha (...) ai quando saio, sinto um alivio, nosaaa... ai no outro dia tem de ir tudo de novo! Os meninos do sétimo ano comentam de todo mundo que passa e me acham de gorda. (...) Eu penso que toda pessoa que eu vejo é magra, eu conheço um monte de gente magra, eu sou a gorda, ai eu fico pensando: Eu to pagando mico, o que eu to fazendo aqui?	Desenhei o que gosto de comer, mas não desenhei tudo senão gastaria umas três folhas. Não sei o que significa comida, nunca perguntei. Pra alimentar..
Criança 5	Meu cabelo é grande, mas so posso ficar com ele preso porque minha mae tem medo de eu pegar piolho. Eu acho que devia fazer mais exercício físico e eu não tenho tempo, as vezes e difícil, tenho muito dever de casa. Gosto de estudar mas fico nervosa com tanto	Acho que as pessoas me veem como eu me vejo. Minha colega uma vez falou que acha meu cabelo gordo.	A comida serve pra dar energia.desenhou o que gosta de comer; estrogonofe e não gosta de cenoura e abobora.

	dever.		
Criança 2	E difícil falar sobre mim. Sou tímida	As pessoas me veem bochechuda e muito tímida.	Não sei o que comida representa. Desenhei o lanche da escola, café da manhã e leite. Gosto de salpicão e não gosto de banana. (pode falar que não gosto de fruta?)
Criança 3	“Eu sou uma menina normal que nem as outras”. O que é ser normal? Agora ficou difícil... Sou loira, tenho cabelos longos e sou forte	As pessoas me veem como uma menina grande, um pouco gordinha, forte e amiga.	A comida significa saúde e inteligência. Gosto de arroz, feijão, salada e detesto mamão e água de coco.
Criança 1	Me vejo com cabelo liso e um pouco gordinha (minha mãe fala sempre isto). Mas você concorda. Sim, um pouco. Sou inteligente e esperta.	As pessoas me veem bem arrumada. Meu tio também fala que to gordinha que eu deveria fazer exercício mas eu jogo peteca na educação física.	Comida é fonte de saúde. Mas não são todas as comidas que são saudáveis.
Criança 4	Sou bonita, um pouco atrapalhada e elegante. Também carinhosa e às vezes estressada.	Ah (pausa), algumas me vêem de um jeito e outras de outro, mas eu acho que as pessoas me vêem bonita, elegante, carinhosa, ajudante também. Minhas colegas também, na minha opinião (pausa curta), eu sempre dou dicas para elas, (pausa) tipo, quando está com dificuldade eu também ajudo. Então as pessoas me vêem como uma boa cidadã.	Eu coloquei que é um alimento que satisfaz a barriga e dá energia. (pausa) Mas também engorda né? (risos) Ue, é uma coisa que faz a gente (pausa curta) não ficar com fome e não perder a (pausa curta), não perder o (pausa) jeito, não perder a energia.
Criança 8	Desenhei uma versão de mim light, mais magro. E menor também, pois sou bem maior que no desenho. Me desenhei como gostaria de ser. Meu defeito é eu tomando refrigerante, aí você vai comendo até engordar. É só pra falar de alimentação? Gosto muito de nadar.	Eu me desenhei como as pessoas me veem. A barriga ficou chapada, eu deveria ter feito uma barriga maior aqui. Alguém já te disse isto Luiz? Não. Então que te faz pensar? Minha mãe fala que eu tenho que comer menos, fala pra eu jogar bola...	Comida significa que se você se alimentar bem, você consegue ter uma forma física muito boa, só que não pode ter exagero. Tenho prazer de comer o que gosto, gosto de alface mas não gosto de tomate. (so desenhou comidas saudáveis e depois que insisti que podia dizer o que quisesse disse que detesta bricolis e gosta de lasanha e batata frita.). Disse que só gostava de abóbora quando a mãe fazia.
Criança 6	Sei lá, me acho normal mas meu cabelo é mais bonito do que este que eu fiz	Eu me desenhei como as pessoas me veem. Elas me veem gordinho.	Não vejo nada, só tenho fome. Não penso em uma comida... arroz e gostoso, mais arroz....mais arroz... mais arroz...

APÊNDICE H – ANÁLISE DOS DESENHOS DAS CRIANÇAS DO HOSPITAL INFANTIL

Criança	Característica	Desenho 1	Desenho 2	Desenho 3
Criança 1	Localização	Lado esquerdo da página: inibição, introversão. Pessoas fugindo ao meio. Pode indicar fuga ou desajuste	Desenho no centro da página demonstram criança mais autodirigida	Horizontal um pouco a esquerda: procura satisfação imediata. Tende a procurar satisfação na fantasia
	Pressão	Forte: Tensão	Forte: Tensão	Forte: Tensão
	Característica do traço	Forte: Medo,	Forte: Medo,	Forte: Medo,
	Simetria	Bilateral: Rigidez	Falta de simetria: insegurança emocional	Falta de simetria: insegurança emocional
	Tamanho da figura:	Normal: capacidade de abstração	Normal: capacidade de abstração	Diminuto: Timidez e sentimento de
	Borracha	Exagerada: Incerteza, indecisão e insatisfação	Exagerada: Incerteza, indecisão e insatisfação	Normal: autocrítica
	Cabeça	Grande: Introspecção, fuga à fantasia	Grande: Introspecção, fuga à fantasia	Grande: Introspecção, fuga à fantasia
	Olhos	Obliquos para baixo: Fraco controle diante do meio em que vive	Obliquos para baixo: Fraco controle diante do meio em que vive	Obliquos para baixo: Fraco controle diante do meio em que vive
	Sobrancelhas	Traço fino: fina	Traço fino: fina	Traço fino: fina
	Cabelos	Em escova: reação agressiva a algo que o indivíduo não aceitou	Em escova: reação agressiva a algo que o indivíduo não aceitou	Em escova: reação agressiva a algo que o indivíduo não aceitou
	Nariz	Corte: Indecisão	Corte: Indecisão	Corte: Indecisão
	Pescoço	Fino e Comprido: Mecanismo de	Não conformação com o contorno corporal.	
	Braços	Para trás: Falta de confiança. Insegurança de sua participação no	Para trás: Falta de confiança. Insegurança de sua participação no	Para trás: Falta de confiança. Insegurança de sua participação no
	Mãos	Ausência: Falta de confiança nos contatos	Ausência: Falta de confiança nos contatos	Ausência: Falta de confiança nos contatos
	Pés	Cada um para um lado: Indecisão, ambivalência do comportamento	Cada um para um lado: Indecisão, ambivalência do comportamento	Cada um para um lado: Indecisão, ambivalência do comportamento
	Chão	Ausente	Ausente	Ausente

Criança	Característica	Desenho 1	Desenho 2	Desenho 3
Criança 2	Localização	Fora da margem: fraco índice de socialização	Fora da margem: fraco índice de socialização	
	Pressão	Forte: Tensão	Leve: baixa energia	Forte: Tensão
	Característica do traço	Forte: Medo, insegurança		Forte: Medo, insegurança
	Simetria	Bilateral: Rigidez	Falta de simetria: insegurança emocional	Bilateral: Rigidez
	Tamanho da figura:	Exageradamente grande: sentimento de constrição do ambiente	Grande: Fantasia. Ambições que serão alcançadas	Grande: Fantasia. Ambições que serão alcançadas
	Detalhes		Inadequado: tendência a retraimento	
	Borracha	Ausência: Falta de crítica	Ausência: Falta de crítica	Normal: autocrítica
	Cabeça	Só a cabeça: censura ao seu próprio corpo. / Cabeça Exagerada: Fantasia maior do que a capacidade de realização. Sentimento de	Cabeça Exagerada: Fantasia maior do que a capacidade de realização. Sentimento de desvalia	
	Pescoço	Curto e grosso: Mecanismo de compensação	Curto e grosso: Mecanismo de compensação	
	COMENTÁRIO	(bastante detalhista)	"posso deixar esse por ultimo? Difícil, não sei como as pessoas me veem"	

Criança	Característica	Desenho 1	Desenho 2	Desenho 3
Criança 3	Localização	Desenho no centro da página demonstram criança mais autodirigida	Vertical, acima do ponto médio: Desajuste com possibilidade de reagir ao mesmo. Procura satisfação na fantasia / Dependente	Vertical, acima do ponto médio: Desajuste com possibilidade de reagir ao mesmo. Procura satisfação na fantasia / Dependente
	Pressão	Forte: Tensão	Leve: Sentimentos de inadequação	Leve: Sentimentos de inadequação
	Característica do Traço	Forte: Medo, insegurança / Repetido: Insegurança, sentimento de perda afetiva	Passado e repassado: conflito na região dos braços, pernas e tronco.	Passado e repassado: conflito na região dos braços, pernas e tronco.
	Simetria	Simetria bilateral: rigidez	Falta de simetria: insegurança emocional	Falta de simetria: insegurança emocional
	Tamanho da figura	Diminuto: Timidez e sentimento de inferioridade	Diminuto: Timidez e sentimento de inferioridade	Diminuto: Timidez e sentimento de inferioridade
	Borracha	Exagerada: Incerteza, indecisão e insatisfação consigo mesmo	Ausência: Falta de crítica	Ausência: Falta de crítica
	Cabeça		Exagerada: Fantasia maior do que a capacidade de realização. Sentimento de	
	Nariz	Omissão: relacionada a um temor de castração	Omissão: relacionada a um temor de castração	Omissão: relacionada a um temor de castração
	Boca	Boca grande: desejo de inter relação social. Diz daquele que "vive para comer"		
	Braços	Horizontal: Contacto superficial e não afetivo	Para cima: Fantasia e sentimento de culpa	Para cima: Fantasia e sentimento de culpa
	Mãos	Contorno impreciso: Falta de confiança nos contatos	Ausência: Falta de confiança nos contatos sociais.	Ausência: Falta de confiança nos contatos sociais.
	Chão	Presente	Ausente	Ausente

Criança	Característica	Desenho 1	Desenho 2	Desenho 3
Criança 4	Localização	Abaixo do ponto médio: inseguro e inadequado	Abaixo do ponto médio: inseguro e inadequado / Dependente	Abaixo do ponto médio: inseguro e inadequado / Dependente
	Pressão	Leve: Baixa energia	Leve: Baixa energia	Forte: Tensão
	Característica do Traço	Leve normal: Bom tonus	Leve normal: Bom tonus	Forte: Medo e insegurança
	Simetria	Simetria Bilateral: Rigidez	Simetria Bilateral: Rigidez	Simetria Bilateral: Rigidez
	Detalhes	Excessivo: ansiedade e	Excessivo: ansiedade e	Excessivo: ansiedade e
	Borracha	Ausência: Falta de crítica	Ausência: Falta de crítica	Normal: autocrítica
	Tamanho da figura:	Diminuto: Timidez e sentimento de inferioridade	Diminuto: Timidez e sentimento de inferioridade	
	Olhos	Um ponto: Meio imaturo de enfrentar a vida	Um ponto: Meio imaturo de enfrentar a vida	Um ponto: Meio imaturo de enfrentar a vida
	Cabelo	Em escova: reação agressiva a algo que o indivíduo não aceitou dentro do grupo	Em escova: reação agressiva a algo que o indivíduo não aceitou dentro do grupo	Em escova: reação agressiva a algo que o indivíduo não aceitou dentro do grupo
	Boca	Boca grande: desejo de inter relação social. Diz daquele que "vive para comer"	Grande: desejo de inter relação social.	
	Braços	Inter relação com o ambiente	Inter relação com o ambiente	Inter relação com o ambiente
	Mão	Aberta: necessidade de afeto e inter relação	Aberta: necessidade de afeto e inter relação	Aberta: necessidade de afeto e inter relação
	Chão	Desenhou no fim da folha	Desenhou no fim da folha	Desenhou no fim da folha
	COMENTÁRIOS	"Ah... Bem bonita" / "posso desenhar uma paisagem? Eu gosto de decorar" / "antes eu comia muito, aí eu vi o que dá tanta comilança" / "minhas roupas não serviam mais, mas agora eu só como comida saudável" / "eu posso colorir?"	"Hum... Vou desenhar o que eu pensei" / "mas aí é difícil"	"dá para escrever um texto, uma frase"

Criança	Característica	Desenho 1	Desenho 2	Desenho 3
Criança 5	Localização	Centro: autodirigida	Centro: autodirigida	Centro: autodirigida
	Pressão	Forte: Tensão	Forte: Tensão	Leve: Baixa energia
	Característica do traço	Forte: Medo, insegurança	Forte: Medo, insegurança	
	Simetria	Bilateral: Rigidez	Bilateral: Rigidez	
	Tamanho da figura:	Normal: capacidade de abstração	Normal: capacidade de abstração	Normal: capacidade de abstração
	Borracha	Exagerada: Incerteza, indecisão e insatisfação	Exagerada: Incerteza, indecisão e insatisfação	Normal: autocrítica
	Cabeça	Grande: Introspecção, fuga à fantasia	Exagerada: Fantasia maior que a capacidade de realidade. Fuga à fantasia	
	Pescoço		Omissão: Inferioridade. Regressão	
	Cabelo	Trançado: Sujeição	Trançado: Sujeição	
	Nariz	Visto de frente: Complexo de inferioridade	Visto de frente: Complexo de inferioridade	
	Mãos	Aberta: necessidade de afeto e inter relação	Aberta: necessidade de afeto e inter relação	
	Pernas	Juntas: Introversão, isolamento, sentimento de culpa e dificuldade de caráter	Juntas: Introversão, isolamento, sentimento de culpa e dificuldade de caráter	
	Pés	Cada um para um lado: Indecisão, ambivalência do comportamento	Cada um para um lado: Indecisão, ambivalência do comportamento	
	Chão	Ausente	Ausente	Ausente
	COMENTÁRIOS	"Eu não sei me desenhar muito bem" (muito detalhista, desenhou tudo mais de uma vez)		

Criança	Característica	Desenho 1	Desenho 2	Desenho 3
Criança 6	Localização	Centro: autodirigida	Centro: autodirigida	Centro: autodirigida
	Pressão	Leve: Baixa energia	Leve: Baixa energia	Leve: Baixa energia
	Simetria	Falta de Simetria: insegurança emocional	Falta de Simetria: insegurança emocional	Falta de Simetria: insegurança emocional
	Tamanho da figura:	Normal: capacidade de abstração	Diminuto: Timidez e sentimento de	Normal: capacidade de abstração
	Borracha	Normal: autocrítica	Normal: autocrítica	Ausência: Falta de
	Cabeça	Exagerada: Fantasia maior que a capacidade de realidade. Fuja à		
	Olhos		Ponto: Meio imaturo de enfrentar a vida. Aspecto regressivo na maturidade afetiva	
	Nariz	Omissão: Temor de	Omissão: Temor de	
	Pescoço	Omissão: Inferioridade. Regressão	Omissão: Inferioridade. Regressão	
	Braços	Horizontal: contato superficial e não afetivo	Horizontal: contato superficial e não afetivo	
	Mãos		Bolacha: agressividade	
	Dedos	Alfinete: Agressividade	Não tem	
	Tronco	Arredondado:	Arredondado:	
	Pés	Dedos: Agressividade		
	Chão	Ausente	Ausente	
	COMENTÁRIOS	Esperou um pouco para iniciar o desenho. Fez críticas como "meu cabelo é mais bonito que esse que eu fiz"	"gordinho" / "as pessoas me veem gordinho"	"Não vejo nada, só tenho fome" / "não penso em uma comida" / "tá bom agora vai demorar" / "hum.. Arroz gostoso... Mais arroz... Mais arroz"

Criança	Característica	Desenho 1	Desenho 2	Desenho 3
Criança 7	Localização	Fora da margem: fraco índice de socialização	Desenho no centro da página demonstram criança mais autodirigida	Desenho no centro da página demonstram criança mais autodirigida
	Pressão	Leve: Baixa energia	Leve: Baixa energia	Forte: Tensão
	Característica do traço	Repetido: Insegurança, sentimento de perda	Repetido: Insegurança, sentimento de perda	Repetido: Insegurança, sentimento de perda
	Simetria	Bilateral: Rigidez	Bilateral: Rigidez	Bilateral: Rigidez
	Tamanho da figura:	Exageradamente grande: sentimento de constrição do ambiente	Grande: Fantasia. Ambições que serão alcançadas	Grande: Fantasia. Ambições que serão alcançadas
	Borracha	Normal: autocrítica	Normal: autocrítica	Normal: autocrítica
	Cabeça	Só a cabeça: censura ao seu próprio corpo. / Cabeça Exagerada: Fantasia maior do que a capacidade de realização.	Grande: Introspecção, fuga à fantasia	
	Sobrancelhas	Traço fino: fina	Traço fino: fina	Traço fino: fina
	Cabelos	Em escova: reação agressiva a algo que o indivíduo não aceitou dentro do grupo / Tampa o rosto: Dissimulação de problemas	Em escova: reação agressiva a algo que o indivíduo não aceitou dentro do grupo / Tampa o rosto: Dissimulação de problemas	
	Nariz	Visto de frente: Complexo de inferioridade	Visto de frente: Complexo de inferioridade	
	Boca	Dentes na boca: Agressividade Oral	Dentes na boca: Agressividade Oral	
	Mãos	Ausência: Falta de confiança nos contatos	Ausência: Falta de confiança nos contatos	
	Braços	Omissão: Rompimento com o mundo exterior	Para tras: Falta de confiança. Insegurança de sua participação no meio ambiente.	
	Chão	Ausente	Ausente	Ausente

Criança	Característica	Desenho 1	Desenho 2	Desenho 3
Criança 8	Localização	Centro: autodirigida	Centro: autodirigida	Centro: autodirigida
	Pressão	Forte: Tensão	Forte: Tensão	Forte: Tensão
	Característica do traço	Forte: Medo, insegurança / Reto com interrupções: Contorna a situação. Agressiva que se controla	Forte: Medo, insegurança / Reto com interrupções: Contorna a situação. Agressiva que se controla	Forte: Medo, insegurança
	Simetria	Bilateral: Rigidez	Bilateral: Rigidez	Bilateral: Rigidez
	Tamanho da figura:	Normal: capacidade de abstração	Normal: capacidade de abstração	
	Borracha	Normal: autocrítica	Ausência: Falta de crítica	Ausência: Falta de crítica
	Cabeça		Grande: Introspecção, fuga à fantasia	
	Olhos		Um ponto: Meio imaturo de enfrentar a vida	
	Braços	Rígidos: Fuga do indivíduo ao meio. Desejo de superar o problema	Rígidos: Fuga do indivíduo ao meio. Desejo de superar o problema	
	Mãos	Contorno impreciso: Falta de confiança nos contatos	Contorno impreciso: Falta de confiança nos contatos	
	Pernas	Juntas: Introversão, isolamento, sentimento de culpa e dificuldade de caráter	Juntas: Introversão, isolamento, sentimento de culpa e dificuldade de caráter	
	Pés	Cada um para um lado: Indecisão, ambivalência do comportamento	Cada um para um lado: Indecisão, ambivalência do comportamento	
	Chão	Ausente	Ausente	

Criança	Característica	Desenho 1	Desenho 2	Desenho 3
Criança 9	Localização	Canto esquerdo - folha vertical: Fuga ou desajuste do indivíduo ao ambiente. Satisfação na fantasia.	Canto esquerdo - folha vertical: Fuga ou desajuste do indivíduo ao ambiente. Satisfação na fantasia.	
	Pressão	Leve: Baixa energia	Leve: Baixa energia	Leve: Baixa energia
	Característica do traço	Apagado e retocado: zona de conflito nos braços, pernas e cabelo		
	Simetria	Bilateral: Rigidez	Bilateral: Rigidez	
	Tamanho da figura:	Diminuto: Timidez e sentimento de inferioridade	Diminuto: Timidez e sentimento de inferioridade	
	Borracha	Exagerada: Incerteza, indecisão e insatisfação	Normal: autocrítica	Normal: autocrítica
	Cabeça	Grande: Introspecção, fuga à fantasia	Exagerada: Fantasia maior que a capacidade de realidade. Fuga à fantasia	
	Olhos	Apenas 1 traço: introversão, não aceitação do meio	Apenas 1 traço: introversão, não aceitação do meio	
	Boca	Boca grande: desejo de interação social. Diz daquele que "vive para comer"	Boca grande: desejo de interação social. Diz daquele que "vive para comer"	
	Chão	Ausente	Ausente	
	COMENTÁRIOS	"mas eu não sei desenhar"		"Não sei o que vou desenhar" / "não sei como faria o que estou pensando" / "é mais fácil falar" / "estou fazendo uma lista enorme"

Criança	Característica	Desenho 1	Desenho 2	Desenho 3
Criança 10	Tempo	Livrar de uma tarefa desagradável		
	Localização	Canto esquerdo superior: Fugindo ao meio. Pode indicar fuga ou desajuste do indivíduo ao ambiente / Satisfação na fantasia /	Canto esquerdo superior: Fugindo ao meio. Pode indicar fuga ou desajuste do indivíduo ao ambiente / Satisfação na fantasia /	Canto esquerdo superior: Fugindo ao meio. Pode indicar fuga ou desajuste do indivíduo ao ambiente / Satisfação na fantasia /
	Pressão	Leve: baixa energia	Leve: baixa energia	Leve: baixa energia
	Simetria	Falta de simetria: insegurança emocional	Falta de simetria: insegurança emocional	Falta de simetria: insegurança emocional
	Tamanho da figura:	Diminuto: Timidez e sentimento de inferioridade	Diminuto: Timidez e sentimento de inferioridade	Diminuto: Timidez e sentimento de inferioridade
	Borracha	Normal: autocrítica	Normal: autocrítica	Ausência: Falta de crítica
	Cabeça		Pequena: sentimento de menosvalia	Pequena: sentimento de menosvalia
	Olhos	Um ponto: Meio imaturo de enfrentar a vida	Um ponto: Meio imaturo de enfrentar a vida	Um ponto: Meio imaturo de enfrentar a vida
	Cabelo	Careca: Sentimento de impotência	Careca: Sentimento de impotência	Careca: Sentimento de impotência
	Boca	1 traço só reto: introversão por rejeição do ambiente	1 traço só reto: introversão por rejeição do ambiente	1 traço só reto: introversão por rejeição do ambiente
	Pescoço	Curto e grosso: Mecanismo de compensação	Curto e grosso: Mecanismo de compensação	Curto e grosso: Mecanismo de compensação
	Mãos	Aberta: necessidade de afeto e inter relação	Aberta: necessidade de afeto e inter relação	Aberta: necessidade de afeto e inter relação
	Pernas	Separadas: problemas somáticos	Juntas: Introversão, isolamento, sentimento de culpa e dificuldade de caráter social	Juntas: Introversão, isolamento, sentimento de culpa e dificuldade de caráter social
	Pés	Cada um para um lado: Indecisão, ambivalência do comportamento	Cada um para um lado: Indecisão, ambivalência do comportamento	Cada um para um lado: Indecisão, ambivalência do comportamento
	Chão	Ausente	Ausente	Ausente
	COMENTÁRIOS	-	"eu não sei desenhar muito bem não"	"Posso escrever porque desenhar vai ser difícil?" / "vou tentar desenhar"

APÊNDICE I – FOTOS DA OFICINA REALIZADA NA COMUNIDADE DO BAIRRO MARIA GORETI

Oficina Bairro Maria Goreti



APÊNDICE J – ARTIGO Strategies for healthy eating promotion in childhood: A reflection in Journal Childhood obesity

COMUNICAÇÃO PUBLICADA NA REVISTA CHILDHOOD OBESITY

Short Communication

iMedPub Journals
<http://www.imedpub.com/>

Journal of Childhood Obesity

2016

Vol.1 No.3:16

Strategies for Healthy Eating Promotion in Childhood: A Reflection

Isabel Cristina Bento and Luciana Martins Gaudio Frontzek

Department of Public Health, Rene Rachou Research Center – Fiocruz Minas, University of Salgado de Oliveira, Brazil

Corresponding author: Isabel Cristina Bento, Department of Public Health, Rene Rachou Research Center – Fiocruz Minas, Brazil, **Tel:** 55319882673 86; **E-mail:** evmepia@gmail.com

Rec date: July 01, 2016; **Acc date:** September 01, 2016; **Pub date:** September 07, 2016

Copyright: © 2016 Cristina Bento I, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Citation: Cristina Bento I and Gaudio Frontzek LM (2016) Strategies for Healthy Eating Promotion in Childhood: A Reflection. J Child Obes 1: 16.

Childhood obesity has been dramatically increasing worldwide along the past three decades and has become a major public health issue in Brazil [1]. Children feeding, especially from 2 to 5 years old, is directly related to their growth and development and also to the formation of their eating habits [2]. Thus, eating adequately can prevent malnutrition and excess weight, which may evolve into obesity and its comorbidities. Also were noted, alongside with weight gain, lower quality of life and a higher cost load for healthcare services

Based on the knowledge of children's food intake, it is possible to understand the habits installed in our culture and from there, start planning actions that promote positive changes in eating behaviour in childhood, a phase in which consumption habits are still being acquired and consolidated [3]. Literature on child nutrition shows that children's eating behaviour is determined in a first instance, by the family, of which the child is dependent on and, secondarily, by other psychosocial and cultural interactions, i.e., the environment where they live. Therefore, food selection is part of a more complex behavioural system that is determined upon the child, first of all by their parents [3].

Literature shows that children associate thin and fat people to negative qualities, while medium – sized individuals were associated with positive qualities. This way, children internalize – at a very early age – that being overweight is a cause of shame and embarrassment. What also happens is that they end up being under the risk of developing depressive symptoms by low self - concept and self-esteem, which would lead to their social isolation [4].

It can be noticed that successful treatments for obesity are usually invasive and expensive. The best solution would be working early with promotion of non-communicable diseases such as obesity [1,5]. However, people now live in an obesogenic environment with many factors conspiring against actions aimed at promotion, such as the food industry, advertisements on television, movies and games and television programming itself that keeps children ever more sedentary and subjected to hyper-consumption [5].

Thus, it is necessary to listen to children, but also to parents, since most of the eating behaviour is learned. Literature in the area also shows that interventions that do not involve the parents are less effective [5,6]. Among the various behaviours that corroborate this idea, we can mention the fact that parents seem more concerned about their child being underweight than overweight. This behaviour may result in an incentive to food abuse, especially by the mother, who is often the main caregiver. This way, the success of weight balance in childhood depends on the parents' effectiveness in identifying their children as overweight/obese and on involving them for a proper treatment [6].

Then, a question stands: 'what strategies could be used for prevention and promotion of healthy eating in childhood?'

There are intervention strategies centred on the child, those focused on the family as a whole, those that focus only on the mother, and even some focused on both mother and child. It can be noticed that the intervention should cover the child, family and the place where the child lives.

In Brazil, many interventions are done in schools, a place where children spend much of their time during the week. Intervening in institutions that provide meals for children, such as NGOs, kindergartens, schools and others provides a significant contribution to the prevention of childhood obesity.

Several factors contribute and potentiate habit formation in children, such as family, friends, culture, social and economic level and the media. Such factors must be targeted by interventions, by being social 'vehicles' that interact with habit formation in children [7].

Family is the key point when it comes to children, given that eating habit acquisition is started by an initial transfer from parents' preferences regarding what they see as better for their children. Then, based on that primary perception about that food, children will make their first choices, by beginning pointing out preferences about their own daily diet, but always based on that influence which they received at a younger age [7]. Bearing that in mind, family needs to be involved because even if the child adheres to the program implanted at the institution where the child is, those who purchase the food and determine the eating habits at the child's home for her to

give continuity to the nutritional education, are the adults [3]. It is noteworthy that those adults are exposed to an environment that does not favour the establishment of better eating habits [3]. Most parents work most of the day and it is common that both parents work and the child is in a full-time school or under the care of a neighbour, relative, caregiver and, in some cases, even alone [3,5]. Thus, in the context of scarce time, feeding needs to be "practical" and industrialized food serve this demand well. Preparing their own food, making natural juices, using homemade spices require some time which has not existed in family agendas [8]. A rushing life also provides the much needed lack of chewing so necessary to the notion of satiety [8].

In addition to that, parents and child caregivers are bombarded by a media that encourages consumption of fast food and processed foods, with lots of preservatives and colorant, thought of as "ideal" because they are ready fast [8]. The greatest media violence, however, is revealed by associating famous children's characters to unhealthy food like cookies and sandwich cookies, sandwiches, corn-based chips and others. Children do not have psychological maturity to discern that a type of food should not be eaten if it is so tasty and even comes with the drawing of such a cool character [8,9]. Studies show that television induces a sedentary lifestyle and increased consumption of high-calorie foods [8]. Analysis showed that 60% of the food in the ads goes into the categories fat, oil and sugar [9].

One can add to all this dynamic of maintenance and development of obesity the psychological mechanisms produced by social pressure. To illustrate this idea we can recover the example of the sandwich cookies stamped with the face of a cartoon character. If there is no reflection sustained by a network of social and family support, a few parents will resist the persistent request of their child, knowing that their classmates will bring that cookie to school and his/her child will not. There is the fear that the child might feel diminished and fear of failing as 'good' parents, who "do everything they can for their children". There we have another fundamentally important element in understanding the dynamics of obesity: the affective factor. These elements are intimately interconnected. Socially established standards are reflected in the subjectivity of caregivers which, in turn, reflect how these standards end up installed in their family eating habits. Obesity as an issue is a recent historical construct, and it was not until 1985 that it began to be considered a disease according to the biomedical vision [10]. Cultural beliefs take a long time to change and there is an association between thinness and disease. Food is very much linked to the sense of care. The relationship between the parents, the child and the food is inserted in an affective dimension, of stimulus, of search, of autonomy and socialization. Intending to fulfil their roles well – that the child is well-fed – some mothers have inadequate feeding practices [11].

The subjective and emotional dimension must be taken into consideration in the formulation of strategies to combat childhood obesity. Changing habits is not only about transmitting information, although this is also important. The

pleasure involved in eating, family traditions of certain recipes, and affect linked to eating habits, all of these make changing something that will "mess" with all this much more complex. Ignoring this greatness is has shown counterproductive in the clinical/social work [12].

The family's economic status also influences on their eating habits. Healthy eating is usually more expensive than unhealthy. Some studies show this reality. A survey in Brazil's major urban areas showed that, in some places, families with monthly incomes of up to eight minimum wages had caloric intakes below the minimum recommendations [13]. Another study conducted in Brazil, with 122 children of adolescent mothers and 123 children of adult mothers, showed that the socioeconomic factor probably weighed on feeding practices during the first year of life [13].

Economic conditions in developing countries may influence the food habits of children, since they have restricted access to some types of food, especially those of animal origin [14]. A study proving that there is a direct relationship between the frequency of exposure and preference for foods aggravates this fact [15].

Healthcare professionals who deal with childhood obesity should consider these factors when they build strategies for the promotion of healthy feeding in childhood. It is necessary to know the reality of the population being approached, and to be guided by their demand. Preparing an excellent lecture on the properties of food, even coming to providing a group technique that emphasizes learning, has shown ineffective if that public cannot afford purchasing the food suggested.

Thus, it is clear that a variety of dynamic and interconnected factors is related to the formation of children's eating habits. It is also important to consider the "whole" of the child and relationally, since it is not possible to treat him/her in isolation from their family, the main source of their learning about food. But it is possible to investigate, on a per case basis, which ones are the predominant factors in order to achieve an effective nutritional intervention when it is necessary.

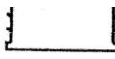
References

1. Barbosa Filho VC, Campos W, Fagundes RR, Lopes AS, Souza EA, et al. (2016) Presence isolated and combined high anthropometric indicators in children: prevalence and associated sociodemographic factors. *Ciênc Public health* 21: 213-224.
2. Vitolo MR (2008) Nutrition: pregnancy aging.
3. Oliveira TRPR (2008) Obesity approach among adolescents treated in public health service: concepts difficulties and expectations of patients and their families. *Health sciences medical school. UFMG*.
4. Simões D, Meneses RF (2007) Self- concept in children with and without obesity. *Psychology: Reflection and Criticism* 20: 246-251.
5. Meloe D, Luft VC, Meyer F (2003) Childhood Obesity: How can we be effective. *Journal of Pediatrics* 3: 1-16.

6. Camargo PPM, Barros Filho AA, Antonio MARGM, Giglio JS (2013) Failure perception of obesity can be an obstacle in the role of mothers to care for their filhos. *Ciência & Public Health* 18: 323-333.
7. Fisberg M (2004) Update on obesity in childhood and adolescence. Sao Paulo, Atheneu. p: 1-10.
8. Halford JC, Gillespie J, Brown V, Pontin EE, Dovey TM, et al. (2004) Effect of television advertisements for foods on food consumption in children. *Appetite* 42: 221-5.
9. Almeida SS, Nascimento PCBD, Quaioti TCB (2002) Quantidade and quality of food products advertised on Brazilian television. *Journal of Public Health* 36: 353-355.
10. Yoshino NI (2007) The body "excessive" and the "cult of good" form. In Canesqui AM (ed.). *Looks socioanthropological about chronic diseased*. Sao Paulo: Hucitec- Fapesp. p: 149.
11. Rotenberg S, De Vargas S (2004) Feeding practices and health care : family food to feed the child. *Journal of Mother and Child Health* 4: 85-94.
12. Silveira FG, Magellan LCG, Tomich FA, Vianna STW, Safatle I, et al. (2002) Food insecurity in large Brazilian urban areas. Brasilia, IPEA. p: 29.
13. Vieira MLF, Silva JLCP, Barros Filho AA (2003) Breastfeeding and complementary feeding of children of adolescent mothers are different from children of adult mothers? *Journal of Pediatrics* 79: 317-324.
14. Ruel MT, Menon P (2002) Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin America: innovative uses of the demographic and health surveys. *J Nutr* 132: 1180-1187.
15. Euclides MP (2000) Complementary Feeding. *Infant nutrition* (2nd edn.) Viçosa. pp: 401 – 457.

ANEXOS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE PARCERIA COM O HOSPITAL INFANTIL

 **FIOCRUZ**
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa René Rachou
Comitê de Ética

Declaração de Parceria

O Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR) – FIOCRUZ Minas vem realizar o estudo intitulado: "Representação social de obesidade para crianças obesas e seus pais: Base para construção de material educativo" cujos objetivos são, compreender as representações sociais de crianças obesas e seus pais sobre a obesidade, para, partindo daí, construir uma intervenção preventiva e educativa junto com eles.

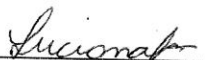
O CPqRR convida o Hospital Infantil São Camilo à participar desse projeto através da captação de participantes para a pesquisa e, se possível, cedendo local para a realização dos encontros. Objetiva-se através da parceria uma maior adesão ao projeto e também evitar constrangimentos (já que a probabilidade que quem está no hospital querer tratamento é maior). Sugere-se convidar interessados a participar através de convite do próprio corpo clínico, endócrino e também divulgação interna (através de cartaz).

Compreendendo que a obesidade infantil está crescendo de forma preocupante, a pesquisa pretende contribuir para se pensar formas de prevenção. Os pesquisadores se comprometem a retornarem com os resultados para a instituição e a colaborar, de forma voluntária, a eventos de prevenção da obesidade infantil na mesma, se for o caso.

De acordo.


Assinatura do Responsável da Instituição ou Centro Vinculado
Nome: *Geraldo de Barros Ribeiro*
Cargo: *Pres. Diretor Comitê de Ética do Hospital Infantil São Camilo*




Assinatura do responsável pelo projeto
Nome: *Luciana Gaudio M. Frontzek*



Contatos da Equipe de Pesquisa:
Luciana Gaudio M. Frontzek
Lucianagaudio@yahoo.com.br 88623112

Av. Augusto de Lima, 1715 Barro Preto 30190-002, Belo Horizonte – MG - Brasil

ANEXO B - NÚMERO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

principal sair

Luciana gaudio martins frontrek - Pesquisador | V3.0
Sua sessão expira em: 38min 22s

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Obesidade infantil: Representação social e intervenção psicoeducativa
Pesquisador Responsável: luciana gaudio martins frontrek
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 47144615.8.0000.5091
Submetido em: 14/07/2015
Instituição Proponente: Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/ FIOCRUZ
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Receção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_464656

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
- Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1 - Projeto Original (PO) - Versão 1 - Documentos do Projeto - Declaração de Instituição e Infraestrutura - Folha de Rosto - Submissão 1 - Informações Básicas do Projeto - Subm - Projeto Detalhado / Brochura Investigad - TCLE / Termos de Assentimento / Justif - Apreciação 1 - Centro de Pesquisas Renê - Projeto Completo				

ANEXO C – COMPROVANTE DA SUBMISSÃO DO ARTIGO 2

Phenomenological Studies: Revista da Abordagem Gestáltica

[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#)

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > **Submissões Ativas**

Submissões Ativas

ATIVO [ARQUIVO](#)

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
12624	07-12	RP	frontzek, frontzek, bernardes, modena	OBESIDADE INFANTIL: COMPREENDER PARA MELHOR INTERVIR	EM AVALIAÇÃO

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

ISSN: 1984-3542

[OPEN JOURNAL SYSTEMS](#)

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:

lucianagaudio

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativo \(1\)](#)
- [Arquivo \(0\)](#)
- [Nova submissão](#)

IDIOMA

Selecione o idioma

[Português \(Brasil\)](#) ▼

[Submeter](#)

TAMANHO DE FONTE

[A+](#) [A](#) [A-](#)

ANEXO D – COMPROVANTE DA SUBMISSÃO DO ARTIGO 4



[CAPA](#)
[SOBRE](#)
[PÁGINA DO USUÁRIO](#)
[PESQUISA](#)
[ATUAL](#)
[ANTERIORES](#)
[NOTÍCIAS](#)

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões Ativas](#)

Submissões Ativas

ATIVO
ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
1580	09-23	RP	frontzek	CONSTRUÇÃO DO JOGO DA FAMÍLIA SAÚDE DIVERTIDA...	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

A Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais é uma publicação eletrônica, mantida pelo Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial e pelo Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (LAPIP/PPGPSI/UFESJ). É um periódico aberto, registrado com o ISSN 1809-8908, de acesso livre na internet publicado semestralmente, desde 2006. <http://www.seer.ufsj.edu.br>

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO
 Logado como:
lucianagaudio

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

AUTOR
 Submissões

- [Ativa \(1\)](#)
- [Arquivo \(0\)](#)
- [Nova submissão](#)

IDIOMA
 Selecione o idioma
 Português (Brasil) ▼

CONTEÚDO DA REVISTA
 Pesquisa

 Escopo da Busca
 Todos ▼

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por Título](#)
- [Outras revistas](#)

TAMANHO DE FONTE