UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

“A experiência parental e o desenvolvimento do *Self* em crianças obesas”

Marcela Lança de Andrade

Ribeirão Preto - SP
2018

MARCELA LANÇA DE ANDRADE

A experiência parental e o desenvolvimento do *Self* em crianças obesas

Versão original

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obter o título
de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Barbieri

Ribeirão Preto - SP
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Andrade, Marcela Lança de

A experiência parental e o desenvolvimento do *Self* em crianças
obesas. Ribeirão Preto, 2018.

225 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto - USP. Área de concentração: Psicologia em
Saúde e Desenvolvimento.

Orientador: Barbieri, Valéria.

1. Família. 2. Obesidade infantil. 3. Psicanálise.

Título: A experiência parental e o desenvolvimento do *Self* em crianças obesas

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP para
a obtenção do título de Doutor em Ciências,

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho a todas as famílias participantes deste estudo, pelo inestimável conhecimento que nossos encontros proporcionaram.

Ao meu marido Veber, pelo amor e companheirismo ao longo da composição dessa Tese e durante todos os anos que passamos juntos.

AGRADECIMENTOS

Houve muito esforço para realizar este trabalho, mas nada seria possível sem a ajuda de tantas pessoas queridas, que me incentivaram nessa “fome” por conhecimento. Assim, agradeço:

À minha orientadora Valéria, pelo acolhimento e sabedoria transmitidos em cada momento nesses sete anos, e pela oportunidade de ter em minha vida não apenas uma competente professora, mas também uma querida amiga.

Aos Doutores: Fernanda Kimie Tavares Mishima-Gomes, Manoel Antônio dos Santos, Miriam Tachibana e Tales Vilela Santeiro, obrigada pela disponibilidade em colaborar com o meu trabalho e pela sabedoria compartilhada.

À Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, pelos anos de aprendizado e pela oportunidade de conhecer tantas pessoas especiais durante essa trajetória.

Ao CNPq pelo apoio e concessão da bolsa de doutorado que me permitiu exclusiva dedicação a essa pesquisa.

À equipe do Ambulatório de Nutrologia de Ribeirão Preto, por terem me recebido tão gentilmente e me auxiliado na busca por participantes. Parabéns pelo trabalho cuidadoso e amoroso que vocês realizam.

Aos participantes deste estudo: verdadeiros protagonistas que me emprestaram sua história e sua voz. Obrigada por esse valioso aprendizado.

Ao meu marido, pelo apoio incondicional, pela fé nas minhas capacidades, por ser meu companheiro na busca pelos nossos sonhos e no interminável caminho rumo à independência.

Aos meus pais, por produzirem em mim a certeza de que sou amada e permitirem que eu desenvolvesse a liberdade e a confiança necessárias para ser criativa. Sem vocês nada disso seria possível.

À minha irmã Nayara, por ser a memória de nossa infância e por compartilhar comigo a experiência de crescer e de existir, nos bons e maus momentos.

À minha querida sogra Fátima, pelo apoio e carinho que me ajudam a retomar o foco e encontrar a paz. Obrigada por estar sempre por perto.

A toda minha família, pelo amor e confiança.

Muito me orgulho por poder contar e contribuir com uma maravilhosa rede de apoio feminina.

Agradeço às amigas:

Fernanda, pelo apoio e carinho incondicionais. Pela possibilidade de me comunicar sem palavras e ser compreendida. Pela ajuda constante e sabedoria que me presenteia durante todos esses anos de convivência.

As minhas amigas de USP, verdadeiro presente da vivência da pós-graduação: Ana Beatriz, Ana Paula Medeiros, Geovana e Mariana. Vocês são incríveis. Obrigada por compartilharem um pouco dessa existência comigo.

Marina e Marcela, minhas amigas-irmãs, por serem uma certeza na minha vida e me oferecerem uma família, mesmo sem os laços de sangue.

Amanda, por tantas conversas e sentimentos compartilhados, por me ajudar a não perder a fé em mim mesma e no poder do amor em nossas vidas.

Ana Paula Mucha, companheira desde a época da graduação. Compartilhamos das experiências da vida e aprendemos a exercer a Psicologia juntas. Obrigada pelo afeto e amizade, sempre.

Marina Noronha, com quem sei que posso contar e confiar. Sua amizade é um presente e nossas conversas são um alívio para as dificuldades da vida.

Vitória, pela identificação imediata que me ajudou a conhecer e aceitar mais de mim mesma. Pelo acolhimento e amizade em momentos cruciais. Por estar presente.

Maria Teresa, por oferecer tanto carinho e confiança e me mostrar como fazer uso da minha própria força.

Por fim, meus sinceros agradecimentos a todos que, em algum momento, participaram desta jornada, presenteando-me com um olhar carinhoso, uma opinião sincera ou um toque amável. Só assim pude desenvolver a força necessária para escrever essa Tese. Somos humanos e precisamos de humanidade para existir e criar.

“Estendo os braços para abraçá-la e ficamos paradas por um momento. O abraço dela é firme, apertado de um jeito bom. Sinto como se pudesse desmontar se ela me soltasse. É engraçado como eu não sabia que era só um monte de peças soltas até que alguém me abraçou forte (Harrington, 2013, pg 129).”

RESUMO

Andrade, M. L. (2018). *A experiência parental e o desenvolvimento do Self em crianças obesas* (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A Obesidade é uma doença multifatorial que tem aumentado em incidência nos últimos anos. Considerar a família no contexto da Obesidade é fundamental para a compreensão de sua etiologia e manutenção. Diante disso, este estudo objetivou compreender a maneira como os pais de crianças obesas experienciam sua parentalidade e associar essas vivências ao desenvolvimento do *Self* do filho. Esta é uma pesquisa clínico-qualitativa que utiliza as Narrativas Transferenciais como estratégia metodológica e a psicanálise winnicottiana como referencial teórico. Os participantes são 5 famílias compostas de pai, mãe e filho(a) diagnosticado(a) com Obesidade. Foram realizados um encontro com os pais, no início do processo, para a apresentação da pesquisa e coleta de dados demográficos; outro com pai e mãe, separadamente, em que alguns cartões selecionados do Teste de Apercepção Temática Infantil – forma animal (CAT-A) foram apresentados para que, a partir da visualização das figuras, eles falassem sobre a experiência de ser pai/mãe de seu filho(a). Com as crianças, os mesmos cartões do CAT-A usados com os pais foram apresentados, solicitando que contassem uma história sobre cada um deles. Os dados foram qualitativamente analisados pelo método de livre inspeção do material, apresentados na forma de Narrativas Transferenciais e interpretados seguindo o referencial da Psicanálise winnicottiana. Todos os aspectos éticos foram contemplados e os nomes e sobrenome apresentados são fictícios. A análise das narrativas revelou que as crianças representam, por meio do engordar, a internalização dos conflitos familiares e a dificuldade na aquisição da autonomia. Pais e filhos demonstraram dificuldades para integrar os afetos no *Self*, principalmente os hostis projetando estes últimos no ambiente externo, por considerá-los ameaçadores para si mesmos e para o grupo familiar. As vivências parentais impactam diretamente no *Self* das crianças, pois os pais não conseguem auxiliar seus filhos no desenvolvimento da criatividade ao não se sentirem em condições de oferecer uma contenção firme e amorosa dos impulsos infantis, o que faria com que a espontaneidade pudesse existir sem ser sentida como um risco à harmonia familiar. Diante da necessidade de proteger o ambiente familiar, as diferenças entre os membros não são aceitas, pois seriam fontes eventuais de conflitos e colocariam em risco a manutenção do grupo. Sem possibilidades de diferenciação dos genitores, as crianças permanecem em uma relação de dependência com os pais e sentem-se pouco capazes de viverem no mundo externo, pois não podem contar com a criatividade para auxiliá-las nas dificuldades que surgirem. A capacidade simbólica não se desenvolve, pois o hipercontrole da agressividade não permite a separação da díade mãe e filho e a diferenciação entre eles. Cresce o receio nas crianças de que, ao romperem com a relação de dependência com seus pais, precisarão ser autônomas sem sentirem-se em condições para tal. As figuras parentais não podem ser introjetadas simbolicamente, mas apenas de uma maneira concreta: por meio da comida, a representação materna. A Obesidade infantil aparece como um sintoma para protegê-las do sentimento de que não podem existir verdadeiramente no mundo.

Palavras-chave: Família, Obesidade infantil, Psicanálise.

ABSTRACT

Andrade, M. L. (2018). *The parental experience and the development of the Self in obese children* (Doctoral thesis). Faculty of Philosophy, Sciences and Letters at Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

With many causes, the incidence of obesity has increased in recent years. Considering families in the context of Obesity, understanding its etiology and maintenance is fundamental. This study aims to comprehend the way parents of obese children experience their parenthood and the way they associate these experiences to the development of their children's *Self*. This is a clinical and qualitative research that employs the Transfer Narratives as the methodological strategy and Winnicott's psychoanalysis as the theoretical framework. Five families participated in this study. Each of them consisted of a father, a mother and a child diagnosed with Obesity. One meeting was held with each group of parents, so as to present the research and to collect demographic data. Afterwards, a meeting with each father and mother, separately, were held in order to introduce some cards from the Children's Thematic Apperception Test – animal form (CAT-A), whose aim was to encourage them to talk about the experience of being a mother/father. The same cards were presented to the children, who were asked to tell a story about each of them. The data, which were analyzed according to the method of free material inspection, were presented in the form of Transfer Narratives and interpreted by means of Winnicott's Psychoanalysis. All ethical aspects were considered, and the names presented are fictitious. The analysis of the narratives indicated that children represent, by means of putting on weight, the internalization of the family conflict and of the difficulty in achieving autonomy. Both parents and children had difficulties in integrating their affection into the *Self*, especially the hostile ones, projecting the latter in the external environment, for considering them threatening to themselves and to their families. The parental experiences directly influence the children's *Self*, because parents do not manage to assist their children in developing their creativity, for these adults do not feel prepared to impose a firm and loving restraint of infantile impulses, which, otherwise, could provide room for spontaneity without it been felt as a threat to the family. Due to the imperative for protecting family environment, the differences among family members are not accepted, for they could be sources of conflict that put in danger the group's existence. Without the possibility to differentiate themselves from their parents, children remain dependent upon them, feeling unable to live in an external world, because they cannot rely on creativity to help them in times of trouble. In such context, children do not develop their symbolic capacity, for the tight control of their aggressiveness does not lead to the end to the dyadic relationship between mother and child and their differentiation. Children are increasingly afraid that, when their dependent relationship with their parents is over, they will need to be autonomous, without feeling prepared to be so. Parental figures cannot be symbolically introjected, but only in a correct manner: by means of food, the maternal representation. Child obesity is a symptom to protect them from the feeling that they cannot truly exist in the world.

Key-words: Family, Child Obesity, Psychoanalysis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Participantes	58
-------------------------------	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 Obesidade infantil, família e sociedade	23
1.1.1 Considerações sobre a Obesidade.....	23
1.1.2 Aspectos sociais e culturais da Obesidade infantil	28
1.1.3 A família e a Obesidade infantil	31
1.1.4 Prevenção e cuidados da Obesidade infantil	40
1.2 O desenvolvimento emocional infantil na teoria winnicottiana	43
2 OBJETIVOS	51
2.1 Objetivos específicos.....	51
3 MÉTODO	53
3.1 O Método Clínico-Qualitativo e as Narrativas Transferenciais.....	53
3.2 Participantes	58
3.3 Instrumentos	59
3.4 Procedimento	60
3.5 Análise dos dados.....	62
3.6 Considerações éticas	63
4 RESULTADOS	65
4.1 Narrativa Família Monteiro	65
Marcos	68
“Proibido conflitos”: interpretação da narrativa de Marcos	72
Maria.....	74
“Cuidar para ser cuidada”: interpretação da narrativa de Maria	79
Melissa.....	81
“Lealdade”: interpretação da narrativa de Melissa.....	85
Sobre a Família Monteiro	87
4.2 Narrativa Família Fonseca	90
Felipe	91
“O pai amigo”: interpretação da narrativa de Felipe	93
Felícia	95
“A menina bagunceira”: interpretação da narrativa de Felícia.....	97
Fabiana	99

“Estresse e autoridade”: interpretação da narrativa de Fabiana	102
Sobre a Família Fonseca	104
4.3 Narrativa Família Belutti	106
Bárbara	107
“Solidão”: interpretação do encontro com Bárbara	113
Bernardo	117
“Silêncio”: interpretação da narrativa de Bernardo	121
Bruno	124
“Solidão e isolamento”: interpretação da narrativa de Bruno	129
Sobre a Família Belutti	132
4.4 Narrativa Família Soares	135
Sabrina	137
“O cuidado por meio de excessos”: interpretação da narrativa de Sabrina	140
Sara	143
“O pequeno poderoso”: interpretação da narrativa de Sara	144
Samuel	147
“O pai cansado”: interpretação do encontro com Samuel	149
Sobre a Família Soares	152
4.5 Narrativa Família Vieira	154
Vítor	155
“Compensar e ser amado” – interpretação da narrativa de Vítor	157
Vivi	159
“Voracidade”: interpretação da narrativa de Vivi	163
Virgínia	165
“Sem palavras”: interpretação da narrativa de Virgínia	167
Sobre a Família Vieira	169
SÍNTESES	173
4.6 A experiência materna das mães de crianças obesas	173
4.7 A experiência paterna dos pais de crianças obesas	178
4.8 O desenvolvimento do <i>Self</i> das crianças obesas	185
5 AS EXPERIÊNCIAS DOS PAIS E A FOME “DE SER” NAS CRIANÇAS: SÍNTESE INTEGRATIVA E DISCUSSÃO	191

6 A FOME DE “SER” E DE EXISTIR: CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA PARENTAL E O DESENVOLVIMENTO DO <i>SELF</i> EM CRIANÇAS OBESAS	201
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	205
8 ANEXOS E APÊNDICES.....	213
ANEXO 1 - Curva IMC-por-idade: Meninas	213
ANEXO 2 - Curva IMC-por-idade: Meninos	215
APÊNDICE 1 - Ficha de identificação da criança.....	217
ANEXO 3 – Critério Brasil de Classificação Econômica.....	219
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	221
ANEXO 4 – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FFCLRP/USP	225

APRESENTAÇÃO

Antes de começar a pesquisar Obesidade Infantil, não imaginava o quão diversificado era o tema. Hoje, após quatro anos me debruçando sobre o assunto, vejo e compreendo a importância de seus ramos. São tantos fatores que não seria possível começar esse texto sem considerar essa múltipla variedade.

A tarefa de falar sobre Obesidade implica pensar sobre a sociedade consumista, que nos incentiva a comer além do que precisamos, sobre os limites biológicos dos nossos corpos e o risco do desenvolvimento de doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão, sobre as nossas escolhas – conscientes ou não – do que comemos, sobre o vínculo com nossa família (nossa memória e herança cultural) perpetuado pelo alimento e sobre o afeto e o acolhimento que um doce pode suscitar em nós. Considerando essas possibilidades, só consigo concluir que a Obesidade é também uma forma de expressão e que por isso necessita de um olhar individualizado.

Como todos os trabalhos em Psicologia, esse me fez pensar sobre eu mesma e sobre o relacionamento que construí com a alimentação. Amo comer. Tenho verdadeiro afeto por alguns alimentos específicos e sinto como se eles me confortassem, além de me proporcionar prazer. Passei por uma época em que precisei viver uma restrição alimentar por causa de um quadro de Hipoglicemia e sofri intensamente. As privações faziam com que eu sentisse que perdia parte da minha identidade.

Dessa forma, meu olhar para as crianças estava moldado por essa experiência, e tive vontade de acolhê-las sempre que falar sobre as restrições alimentares parecia fazê-las sofrer. A escolha das Narrativas Transferenciais como estratégia metodológica para esse estudo, portanto, foi essencial para que eu pudesse expressar também a minha própria voz nos encontros com os participantes.

Por experiência própria, sei que restrições alimentares são difíceis e nos colocam em um âmbito de privação, envolvendo a perda da sensação de liberdade que todos queremos manter. Carregamos a crença de que hábitos alimentares podem ser mudados apenas com a nossa força de vontade, e de que um aviso de risco à saúde deve ser suficiente para retomarmos as rédeas e compreendermos a importância das mudanças. Não é tão simples. Como disse Wilson (2017), antes de mudarmos hábitos alimentares precisamos saber como nos sentimos em relação a isso.

A nossa relação cultural com a alimentação, normalmente, é de afeto. As pessoas se relacionam com os outros por intermédio da comida. Há sempre um bolo de aniversário, a

pipoca durante o filme, os petiscos nos encontros entre amigos. Em junho, há quase uma comoção geral das pessoas com o início das festas juninas. No Natal e Ano Novo, as ceias representam parte da essência da comemoração, tornando-a muito mais convidativa. As pessoas aguardam ansiosamente por esses momentos em que encontram seus amados e podem com eles compartilhar do prazer de comer. As refeições podem, portanto, levar a muitas outras formas de alimentação, que não a de satisfação física apenas. Aqui me refiro a outros tipos de fome: de interação social, de amor, de encontrar um espaço para ser, ver e ser visto.

É nesse contexto que começa a se expandir a dificuldade de pensar a Obesidade apenas como doença. São aspectos sociais, biológicos, familiares, entre outros que estão relacionados ao seu desenvolvimento.

Diferentemente de outras patologias, a Obesidade é visível. Há sintomas e doenças que podemos ter sem que ninguém perceba, mas a pessoa obesa é facilmente julgada ao não conseguir esconder o que a sociedade considera como falha. No entanto, ainda que essas crianças gritem por ajuda, acabam não recebendo o que de fato precisam para aliviar seus vários tipos de fome: por isso, o cuidado em saúde precisa atentar-se para as diferentes possibilidades no desenvolvimento dos sintomas e doenças.

O olhar para Obesidade não pode contemplar apenas as questões físicas, os números, os desequilíbrios do corpo (colesterol, glicemia, gordura). Nossos sofrimentos internos são expressos corporalmente para se tornarem visíveis. É preciso amparar o sofrimento das crianças na busca pela independência, para que os tratamentos em saúde sejam possíveis.

No entanto, não podemos esquecer que as crianças estão unidas a suas famílias, e o cuidado deve se estender a todos. O estudo das relações entre os pais e suas crianças requer cuidado e empatia. A possibilidade de enfrentar as diversas dificuldades da vida, especialmente as emocionais, depende da forma como as pessoas se constituem e se transformam mediante seus recursos constitucionais internos e das influências a que são submetidas no ambiente em que vivem: “Pais, mães e filhos precisam ser respeitados pela sua história, valores e crenças, saberes e sabores” (Tassara, Norton, & Marques, 2010, p. 313). Precisamos ouvir as vozes dessas crianças e famílias. Precisamos deixar que elas falem por si mesmas e expressem suas verdadeiras preocupações, desejos e receios. Procurar escutar para além do que o crescimento do corpo expressa. Ajudá-las na trajetória para construir quem são no mundo.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Obesidade infantil, família e sociedade

1.1.1 Considerações sobre a Obesidade

A Obesidade e o excesso de peso corporal foram compreendidos de diferentes formas ao longo do tempo, relacionando-se ao contexto sociocultural de cada época. As mudanças transcorreram desde considerar a Obesidade como beleza e sinal de saúde, até o entendimento de que seria uma doença. A mudança do sentido da Obesidade acompanhou o desenvolvimento da Medicina, que passou a relacioná-la com várias complicações orgânicas (Benedetti, 2003).

Sant`Anna (2016) em vasta pesquisa sobre a história do ganho e perda de peso corporal no Brasil ressaltou que temos como herança brasileira uma grande preocupação com a falta de alimentos, devido a uma época de escassez em que as pessoas passaram fome. Estar acima do peso simbolizava riqueza e distinção social e considerava-se adequado comer o máximo possível. Os limites entre a gula e a satisfação não eram muito bem estabelecidos e sair da mesa se sentindo satisfeito era considerado uma forma de agradecimento à pessoa que havia preparado a refeição.

Assim, por volta de 1920, era comum que o adjetivo “gordo” representasse algo positivo: falava-se de uma “gorda oportunidade” e “domingo gordo”; comer bem era fonte de alegria e a gordura (banha de porco ou manteiga – para os mais ricos) compunha um dos principais ingredientes para cozinhar. A Obesidade não era considerada um problema, assim como o próprio termo não era recorrentemente usado (falava-se de corpulência e não de Obesidade). Uma pessoa acima do peso ou que comia muito era vista com curiosidade, como um fenômeno a ser admirado (Sant`Anna, 2016).

A partir do século XIX, no entanto, iniciou-se uma mudança na compreensão científica sobre a gordura. Diante da ascensão da sociedade industrial, as pessoas com excesso de peso começaram a serem percebidas como inaptas para o trabalho, por causa das limitações no condicionamento físico e do espaço que ocupavam. Na época, a concepção era de que essas pessoas eram incapazes de transformar o alimento que ingeriam na capacidade para trabalhar (e produzir). Apesar desse contexto, Sant`Anna alegou que ainda demorou algum tempo para que a gordura fosse considerada efetivamente como algo ruim no Brasil, pois até a

década de 1950 havia a crença de que um corpo magro era um corpo destituído de força, validando a associação da corpulência como uma comprovação de saúde (Sant`Anna, 2016).

No caso das crianças, entre 1930 e 1940, havia muitos concursos de beleza infantil que valorizavam a chamada “criança robusta”; porém, a diferenciação entre os termos “robusta” e “gorda” não era muito bem definida. A nutrição infantil era considerada importante após tantos períodos de escassez de alimentos, o que tornava a alimentação um momento essencial nas famílias; por isso, engordar significava ser bem alimentado (Sant`Anna, 2016).

Por volta de 1930, iniciou-se a compreensão de que a Obesidade era gerada pela alimentação excessiva, somada a fatores hereditários e lesões no sistema nervoso. Também nessa época, houve um aumento de propagandas sobre remédios para emagrecer e de produtos de beleza. Assim, entre os anos de 1930 e 1940 ser gordo, no Brasil, começou a ser compreendido como um empecilho na vida, tornando as atividades diárias desgastantes e o envelhecimento menos “elegante” (Sant`Anna, 2016).

Nos anos de 1960 pairava a suspeita de que a pessoa obesa assim se tornava por sua gula (por comer fora de hora e mais do que devia). As descobertas científicas começaram a relacionar a Obesidade com doenças cardíacas, respiratórias, hormonais ou emocionais. A partir desse momento, os sofrimentos decorrentes da gordura, em especial a vergonha e a dificuldade na ocupação dos espaços públicos, ganharam visibilidade na mídia. Emagrecer tornou-se um objetivo que todos deveriam buscar em prol da saúde e da beleza. Ser magro passou a significar ascensão social e as empresas farmacêuticas forneciam diversos produtos de beleza para esse fim, crescendo sua procura popular, bem como o uso das balanças, academias e as cintas para reduzir as medidas nas mulheres (Sant`Anna, 2016).

A partir de 1980, a Obesidade aumentou significativamente na população mais pobre. A gula começou a ser vista como uma compulsão (uma patologia), um sintoma de possíveis distúrbios alimentares. A nova hipótese para o desenvolvimento da Obesidade nas pessoas era a de que o obeso tinha um relacionamento ruim com a comida. Assim, apareciam os estigmas: enquanto o rico obeso era acusado de “comer a mais”, o pobre era denunciado como aquele que não tinha uma boa educação alimentar, que comia os alimentos errados. Essas situações contribuíram para fazer do obeso uma figura ambivalente: ele pode ser compreendido como uma vítima do sistema econômico, por ser exposto a alimentos baratos e de baixa qualidade nutricional, além de estar na posição de doente que sofre as consequências de uma patologia, ou então ser visto como uma pessoa sem controle que busca satisfação na comida; ao mesmo tempo vítima e autônoma, frágil e vulnerável, capaz ou não de fazer suas próprias escolhas (Sant`Anna, 2016).

A partir desse contexto histórico até a atualidade, tanto na mídia quanto na literatura, no cinema e na publicidade, gordos e magros são percebidos de diferentes formas, prevalecendo, no entanto, a compreensão de que a magreza é uma necessidade prioritária, que deve ser associada, na nossa atualidade, ao ganho de massa muscular, a fim de desconstruir qualquer associação com o envelhecimento de nossos corpos, tornando-os fortes e jovens. O avanço da compreensão da Obesidade como geradora de muitos problemas de saúde impôs a ela uma nova posição social: a de um sintoma a ser combatido. Surgiram muitos tratamentos, produtos e dietas para fazer com que as pessoas acima do peso pudessem emagrecer, como uma medida de saúde e de aceitação social (Sant`Anna, 2016).

Atualmente, a Obesidade é considerada como uma doença crônica, caracterizada pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura em relação à massa magra e gerada por múltiplos fatores (genéticos, metabólicos, psicológicos, comportamentais), em que podem ser encontradas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais no indivíduo (Martha, Peres, & Fisberg, 2005; Mishima, 2007; Abreu, 2011).

Martorell, Khan, Hughes e Grummer-Strawn (1998) assinalaram a hereditariedade como aspecto importante no surgimento da Obesidade. Eles descreveram a correlação entre os IMCs¹ dos pais e dos filhos, indicando que quando ambos os pais são obesos, em 80% dos casos os filhos poderão ser obesos também, e quando apenas um o for, essa possibilidade seria de 40%. No caso das crianças, apesar da relevância dos fatores genéticos, que contribuem em cerca de 50%, foi detectada uma significativa contribuição dos fatores ambientais, sociais e psicológicos na alta prevalência da Obesidade nos últimos anos (Latzer & Stein, 2013).

No que se refere ao diagnóstico, há diversas maneiras de avaliar a quantidade de tecido adiposo do corpo, como as medidas de pregas cutâneas, de circunferência no cotovelo e na metade superior do braço e o Índice de Massa Corporal (IMC), sendo este último o mais utilizado tanto para adultos como para crianças (Mishima, 2007). O IMC infantil se diferencia do adulto, pois considera o peso da criança em relação ao peso que é esperado para sua altura e idade, chamado de IMC-por-idade ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$). Depois de realizado o cálculo, o profissional precisa identificar o resultado na curva por idade e sexo, conforme instruções do Ministério da Saúde (Anexos 1 e 2). A partir dos cinco anos de idade, é atribuído o

¹ O índice de massa corporal (IMC) estabelece relação entre a massa corporal em kg e estatura em m², por meio do cálculo $MC = \text{massa} / (\text{altura} \times \text{altura})$ e é amplamente utilizado como indicador de excesso de peso (Santos & Sichieri, 2005).

diagnóstico de sobrepeso quando a criança se localiza acima do percentil 85, e o de Obesidade quando o percentil é acima de 95 (Calliari & Kochi, 2010).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), demonstrou um aumento no número de crianças acima do peso no Brasil, especialmente entre cinco e nove anos de idade. Entre 1989 e 2009, o número de meninos acima do peso aumentou de 15% para 34,8%, e no caso das meninas, passou de 12% a 32%; em relação à Obesidade esse valor foi de 4,1 a 16,6% nos meninos e de 2,4 para 11,8 nas meninas entre cinco e nove anos de idade, no período de 2008-2009 (Melo, 2011). Por conta desse aumento e das consequências derivadas da Obesidade, em vários países, os gastos em Saúde Pública relativos a essa doença são excessivos (Monteiro & Victora, 2005). Por ano, são gastos cerca de 1,5 bilhões de reais no orçamento da saúde pública para essa população (Lamounier & Parizzi, 2007).

A preocupação com a Obesidade relaciona-se ao fato de esta ser considerada fator de risco para patologias como Diabetes, doenças cardiovasculares, Hipertensão e doenças respiratórias, que podem se agravar na vida adulta (Strauss, 2000; Monteiro & Victoria, 2005). Além disso, há estudos que revelam que, em crianças acima do peso, a dificuldade nas atividades físicas, os apelidos, a vergonha de mostrar o corpo são comuns e podem gerar sentimentos de inferioridade e desprezo pela própria figura, além da dificuldade de aprendizagem e recusa a ir à escola (Schwartz & Puhl, 2003). De acordo com Schwimmer, Burwinkle e Varni (2003), a probabilidade de uma criança ou adolescente obeso ter sua qualidade de vida prejudicada é 5,5 vezes maior do que uma criança saudável, sendo este número semelhante ao de uma criança diagnosticada com câncer.

Todavia, Costa, Ivo, Cantero e Tognini (2009) sustentam que a Obesidade é um reflexo dos problemas sociais, culturais e econômicos dos países em desenvolvimento. Portanto, é indispensável considerar a influência da sociedade atual nesse quadro. A urbanização, o estilo de vida com hábitos sedentários, as mudanças na alimentação (consumo de alimentos mais calóricos e industrializados), compõem um “ambiente obesogênico” que modifica a saúde das pessoas e aumenta a probabilidade de que mais indivíduos tornem-se obesos. As crianças também estariam sujeitas às consequências desses mesmos costumes, ingerindo alimentos mais calóricos e praticando menos atividades físicas (Kalra, Sousa,

Sonavane, & Shah, 2012). Os fatores genéticos somam-se a um ambiente tóxico² que favorece em um aumento na incidência da Obesidade no mundo (Wadden, Brownell, & Foster, 2002).

Soares (1999) alega que a sociedade atual é, sobretudo, consumista e individualista. Nesse contexto, prevalece a busca por gratificação, que é alcançada, principalmente, por meio do consumo. A fim de atingir o padrão de consumo socialmente promovido, as pessoas têm de trabalhar mais, e assim, as exigências do mercado de trabalho fazem com que o cuidado com os filhos seja menos urgente.

As relações entre pais e filhos são construídas e permeadas por essas limitações. Com menos investimento nas vivências familiares, as funções parentais tornam-se pouco definidas, fazendo com que adultos e crianças considerem-se em grau de igualdade. Os pais começam a ter dificuldades para agir com autoridade com as crianças, oscilando entre o receio de oferecer limites ou exercer condutas muito autoritárias (Soares, 1999). Eles se sentem culpados por sua menor disponibilidade de tempo para a criança, e buscam alternativas compensatórias como formas de agir com o filho. Nesse sentido, a comida está entre os produtos cada vez mais consumidos pelas pessoas, principalmente pelas crianças, para fins de gratificação, colaborando para o aumento da Obesidade infantil (Santos & Rabinovich, 2011).

Esta se trata de um fenômeno que é em parte construído pela sociedade atual, por produzir o consumo desenfreado, mas que ao mesmo tempo acarreta em dificuldades para o seu desenvolvimento, pois aumenta a probabilidade de surgirem outras doenças e dificuldades na criança (Abreu, 2011).

Apesar da multifatorialidade etiológica da Obesidade, ainda há pouco destaque à vertente emocional, incluindo a influência da família desde a origem até o tratamento da doença. Torna-se necessário refletir sobre medidas de prevenção e formas terapêuticas eficazes no plano psicológico, de modo a evitar o surgimento de casos novos e diminuir a incidência da doença. A ausência de uma compreensão mais completa do indivíduo pode resultar em tratamentos pouco eficazes ou falhos (Spada, 2005; Mishima & Barbieri, 2009).

Visando a analisar as discussões que foram realizadas pela literatura sobre família e Obesidade infantil, a fim de construir uma visão crítica sobre o contexto em que se insere o tema, suas repercussões e consequências, realizou-se um levantamento bibliográfico para compor essa tese, utilizando as palavras-chaves: “Obesidade infantil”, “Obesidade”,

² Wadden, Brownell e Foster (2002) compreendem como ambiente tóxico aquele em que os alimentos calóricos são muito acessíveis, pelo aumento dos restaurantes do tipo *fast food* e das propagandas realizadas pela mídia. Essa condição somada aos hábitos sedentários aumenta a probabilidade da Obesidade.

“família”, “relações familiares”, e seus respectivos em inglês: “Childhood Obesity”, “Obesity”, “family” e “family relationships” em todas as combinações possíveis. A busca foi efetuada no “Portal de Busca Integrada da USP” (SibiUSP), que integra as principais bases de dados nacionais como Scielo e Lilacs, e nas bases de dados internacionais: Academic Search Premier (ESCOhost) e Psycinfo, no período de 2010 a 2018. Os artigos encontrados foram utilizados junto a outros materiais como capítulos de livros, teses e dissertações, e integram essa Introdução.

1.1.2 Aspectos sociais e culturais da Obesidade infantil

Todo indivíduo está inserido em um contexto social que influencia diretamente vários aspectos da sua vida, inclusive o peso corporal. O aumento de consumo de produtos e alimentos (uma característica da sociedade moderna), a incorporação da cultura *fast food* (que produz alimentos calóricos a baixo preço, suprimindo as necessidades de uma sociedade apressada e desejosa de gratificação) e o sedentarismo (pois, atualmente, há pouco estímulo na vida das pessoas para a prática da atividade física) são características da sociedade contemporânea (Santos, 2003; Santos & Rabinovich, 2011; Moraes & Dias, 2013). Além disso, a falta de tempo dos pais e a violência urbana foram observados como dificultadores para prevenir ou cuidar da Obesidade (Newson, Povey, Casson, & Grogan, 2013). Alguns autores afirmam que a televisão e a mídia estimulam a manutenção dessa rotina nociva aos corpos, compondo um ambiente obesogênico, propício ao engordar (Bosch, Stradmeijer, & Seidell, 2004; Santos & Rabinovich, 2011; Schalkwijk et al., 2015).

As mudanças econômicas e sociais que vivemos transformaram a nossa relação com a alimentação: se antes a comida era principalmente servida em casa, junto aos familiares e amigos, em uma relação íntima, hoje a industrialização torna o ato de se alimentar como algo mais público (fora dos lares), muitas vezes esvaziado de afeto e de forma compulsiva (Farias & Quintana, 2014).

No estudo de Schalkwijk et al. (2015), realizado com 18 crianças (diagnosticadas com sobrepeso e com Obesidade, entre 4 a 12 anos de idade) e 24 pais (17 mães e 7 pais), participantes de dois programas de intervenção para a Obesidade na Holanda, as mães relataram a dificuldade de deixar de comer alimentos considerados ruins para a saúde e de impedir que os seus filhos o fizessem. As visitas familiares também foram relatadas como um problema, pois nessas ocasiões são oferecidos alimentos que as crianças não poderiam comer. As propagandas na televisão sobre doces e lanches foram percebidas como outro aspecto que

dificulta o tratamento, desestimulando as crianças a renunciarem a esses alimentos. Os pais mostraram o desejo de que a escola fosse mais participativa, oferecendo alimentos saudáveis. As crianças indicaram haver um estigma social sobre o fato de serem obesas, que as fazia ter vergonha de praticar certas atividades ou ter dificuldade de dizer para os amigos, especialmente para aqueles considerados magros, que não podiam comer doces ou outros alimentos, pois temiam sofrer algum tipo de rejeição. Esses resultados revelam o prejuízo que um ambiente obesogênico incide sobre as famílias.

Comer é uma ação que aprendemos. Quando os cuidadores ou genitores alimentam suas crianças, eles as ensinam também sobre o sabor da comida. No entanto, a indústria alimentícia possui alta influência na relação que construímos com a alimentação. Promovendo alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, substâncias mais viciantes ao paladar, a indústria faz com que as pessoas procurem por alimentos com esses mesmos sabores, tornando a mudança de hábitos mais difícil (Wilson, 2017).

No caso do Brasil, a Obesidade se intensificou como um problema de saúde nos anos 1990, quando as guloseimas industrializadas eram cada vez mais consumidas nas escolas pelas crianças. Como medida de prevenção, foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2012, o “Manual das cantinas escolares saudáveis: promovendo a alimentação saudável” para regularizar os alimentos que seriam vendidos nas escolas (Sant`Anna, 2016). Atualmente, existem normas regulamentando o consumo de alimento nas cantinas escolares, que variam em cada município, proibindo a venda de certos alimentos (como salgados fritos e refrigerantes) visando à oferta de uma alimentação mais saudável (Ministério da Saúde, 2007). O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA também criou a resolução nº163 de 2014, que resolve que propagandas de qualquer produto, inclusive de alimentos, voltadas exclusivamente para o público infantil são abusivas, pois se considera que as crianças não possuem o discernimento necessário para avaliar esses anúncios. Dessa forma, estes devem se dirigir apenas ao público adulto (reduzindo, assim, os estímulos que chamam atenção das crianças como imagens, sons, uso de personagens infantis). Essas medidas, apesar de ainda insuficientes, demonstram uma preocupação em reduzir o número crescente de crianças obesas, sem culpabilizar apenas a família nesse processo, compreendendo que o Estado precisa se posicionar e tomar medidas que possam auxiliar a todos.

A percepção que os pais têm a respeito do filho, muitas vezes permeada por questões culturais, é considerada como um aspecto importante na prevenção e tratamento da

Obesidade. Caso essa percepção seja distorcida, o excesso de peso pode ser considerado normal pelos pais, o que pode agravar a situação (Camargo, Filho, Antonio, & Giglio, 2013).

As mães e os pais tendem a não perceber suas crianças como obesas (Jackson, Mannix, Faga, & McDonald, 2005; Aparício, Cunha, Duarte, & Pereira, 2011; Santos & Rabinovich, 2011; Newson et al., 2013; Camargo, Filho, Antônio, & Giglio, 2013), e tampouco compreenderem a Obesidade como uma doença (Newson et al., 2013; Mishima-Gomes, Dezan, & Barbieri, 2014), especialmente se a criança não tiver outro problema de saúde (Tenorio & Cobayashi, 2011). Existe, porém, uma maior pressão dos pais em relação às meninas, havendo maior preocupação com o excesso de peso delas do que com o dos meninos (Zehle, Wen, Orr, & Rissel, 2007; Aparício et al., 2011; Moore, Harris, & Bradlyn, 2012).

Berge, Trofholz, Fong, Blue e Neumark-Sztainer (2015) entrevistaram 118 pais sobre a abordagem que eles utilizam para conversar a respeito do peso dos filhos. Os pais alegaram que sentem uma forte influência cultural sobre a forma como devem conduzir esta conversa com seus filhos, pois se sentem pressionados a falar sobre o assunto, mesmo que não queiram, compreendendo que possuem a obrigação de fazer com que as crianças emagreçam. Segundo o estudo, é comum que estas conversas aconteçam de forma velada, porém com provocações por parte dos familiares, o que não favorece a criança, e a faz sofrer. O estigma, como apelidos e piadas, é prejudicial ao desenvolvimento infantil (Jackson et al., 2005; Santos & Rabinovich, 2011; Schalkwijk et al., 2015).

Apesar do estigma e do preconceito que as crianças obesas sofrem, ainda há lugares em que existe uma percepção social da Obesidade como sinal de saúde e parte da identidade social, devido à relação cultural que essas pessoas possuem com a comida (Newson et al., 2013). Nesse sentido, há críticas sobre o conceito da Obesidade como uma patologia. Farrel (2004), por exemplo, compreende que a pressão realizada pela mídia para o emagrecimento provoca no indivíduo muito sofrimento, pois este compreende ser magro como sinônimo de felicidade e realização, o que faz com que as pessoas obesas se sintam inferiores. Para Farrel (2004), o simples fato de uma pessoa estar acima do peso não teria necessariamente relação com o desenvolvimento de sofrimento ou de uma psicopatologia. As comorbidades e complicações psicológicas causadas pelo aumento de peso seriam resultado das repercussões sociais relacionados ao padrão de beleza imposto e a uma sociedade consumista (Pulgarón, 2013).

Dessa forma, é importante que a sociedade se posicione para auxiliar os pais no cuidado a criança obesa. Os pais precisam receber apoio social (da família extensa, da sociedade, de outros pais) para trabalharem o excesso de peso nos seus filhos, inclusive

recebendo esclarecimentos sobre como ofertar uma alimentação saudável para as crianças (Golan & Weizman, 2001; Santos, 2003). Os pais também reafirmaram a necessidade de receber mais atenção dos médicos e outros profissionais de saúde, a fim de se sentirem amparados em seus receios sobre a Obesidade infantil (Jackson et al., 2005; Schalkwijk et al., 2015).

1.1.3 A família e a Obesidade infantil

Comer vai além do ato de alimentar-se: é uma forma de trocar afeto, de comunicação e interação entre pais e filhos, assim como também pode representar, em alguns momentos, um ato de oposição. Os pais são os primeiros educadores da alimentação da criança; por isso, a família se torna a responsável pela formação do comportamento alimentar, subsidiada pela aprendizagem social que interage com as predisposições genéticas e psicológicas (Spada, 2005). Alimentar os outros é um comportamento aprendido. Para Wilson (2017), a maioria dos genitores recebeu como herança cultural a necessidade de alimentar os filhos para protegê-los de uma escassez de alimentos, ainda que essa situação não esteja mais relacionada à nossa realidade. Por isso, a recusa da criança a comer pode ser motivo de grande ansiedade para eles, o que pode motivá-los a exigir que o filho se alimente excessivamente, para sentirem que estão realizando bem as suas funções.

Assim, o comportamento alimentar dos pais é percebido como influenciando diretamente no maior risco de sobrepeso e Obesidade em crianças (Zehle, Wen, Orr, & Rissel, 2007; Wake, Nicholson, Hardy, & Smith, 2007; Brown, Ogden, Vögele, & Gibson, 2008). Considerar a importância da família no desenvolvimento e manutenção da Obesidade é fundamental para a compreensão de sua etiologia e apoio na prevenção e tratamento quando necessário for (Mishima & Barbieri, 2009).

As relações das crianças com seus pais são, de certa forma, materializadas na relação com a comida. É na infância que aprendemos boa parte do que sabemos sobre os alimentos:

Cada mordida é uma memória, e as lembranças mais fortes são as primeiras. Nessa mesa recebemos tanto comida quanto amor, e podemos ser desculpados se, mais tarde, tivermos dificuldade em distinguir uma coisa da outra. É nela que desenvolvemos nossas paixões e aversões, e nela estabelecemos se é pior deixar algo no canto do prato ou comer tudo mesmo quando não estamos com fome (Wilson, 2017, p.25).

Aprender a comer muitas vezes não é uma ação consciente. As crianças percebem que o que comem (e a forma como o fazem) pode despertar muitas emoções nos adultos e utilizam disso para conseguirem alcançar sua atenção e a satisfação de alguns de seus desejos (Wilson, 2017). Por isso, muitas vezes dificuldades alimentares revelam problemas de ordem afetiva. Quando a criança ainda é totalmente dependente de seus pais, a comida (no caso o leite) se torna um instrumento de expressão, em um momento em que falta ao bebê recursos psíquicos para elaborar suas angústias (e assim, a amamentação ultrapassa a questão da alimentação para também ser fonte de acolhimento) (Farias & Quintana, 2014).

O objetivo dos pais ao alimentar as crianças, além da sobrevivência, deve ser o de possibilitar a independência (tornar as crianças capazes de fazerem escolhas e regular o que comem), incentivando-as a agirem de forma autônoma, para que elas percebam o momento da alimentação como uma forma de adquirir também a própria identidade e se posicionar como sujeitos. Uma boa refeição depende não apenas da comida, mas também do ambiente e da companhia, pois existe fome de interação social (Wilson, 2017). Dessa forma, podemos pensar que os distúrbios alimentares na infância são uma maneira de a criança solicitar por cuidado e pelo olhar dos pais, colocando-se como dependente deles (Farias & Quintana, 2014).

Não é só a família nuclear da criança que é importante para análise do contexto da Obesidade infantil. Alguns autores (Tassara, Norton, & Marques, 2010; Moraes & Dias, 2013; Campana, Gomes, & Lerner, 2014) identificam a relevância da família de origem dos pais e toda família extensa da criança. Os costumes, hábitos, história de vida e cultura de toda família, em especial relacionados aos hábitos alimentares ou à relação estabelecida com as atividades físicas, podem atuar diretamente no desenvolvimento da Obesidade na criança (Moraes & Dias, 2013).

Em algumas famílias, há um sentido em “ser gordo”: as relações afetivas que ocorrem em torno da alimentação, os valores e crenças, as formas de se alimentar e as interações entre familiares constituem parte da sua identidade (Tassara, Norton, & Marques, 2010). Isso acontece porque a comida pode ser uma mediadora das relações familiares (Oliveira & Martins, 2012), estando presente frequentemente nos eventos e comemorações, sendo responsável, inclusive, pelo fortalecimento de vínculos.

A comida passa, portanto, a simbolizar o afeto entre os familiares, a forma que estes encontram de demonstrar carinho, afeição e cuidado uns com os outros, especialmente com as crianças. Sendo a comida uma representação tão importante na vida das pessoas, o engordar ganha um sentido de identidade. A família aceita e reconhece a criança obesa como parte do

grupo, seja por todos também estarem acima do peso ou pela relação que constituem com a comida. O emagrecimento, ou evitar o consumo de certos alimentos, para a criança, pode se tornar uma ameaça a essa identidade, causando grande angústia (Tassara, Norton & Marques, 2010). Soifer (1987/1992), ao falar do excesso alimentar na criança, destaca que a alta ingestão de alimentos pode tanto significar um desejo de crescer forte e ser admirada, o que não acarretaria em prejuízo, quanto uma tentativa de amenizar a ansiedade devido a dificuldades internas, o que causaria em comprometimento psíquico. A Obesidade torna-se uma forma de expressão.

Apesar dessa relação do excesso de peso com a identidade, há estudos que discutem que a Obesidade pode ser uma resposta aos problemas familiares (Bosch, Stradmeijer, & Seidell, 2004; Zehle, Wen, Orr, & Rissel, 2007; Tassara, Norton, & Marques, 2010; Bahrami, Kelishadi, Jafari, Kaveh, & Isanejad, 2013; Campana, Gomes, & Lerner, 2014). A presença de conflitos intrafamiliares coloca em risco a segurança dos pais, fazendo com que eles apresentem dificuldades para exercer a parentalidade (Mishima-Gomes & Barbieri, 2009; Santos & Rabinovich, 2011; Campana, Gomes, & Lerner, 2014; Akay, Ozturk, Avcil, Kavurma, & Tufan, 2015), ou seja, para fornecer acolhimento e os limites necessários para as crianças, em especial no que diz respeito à alimentação, pois eles próprios precisam lidar com intensas angústias não resolvidas.

O desafio dos pais é o de conseguir, ao mesmo tempo, tolerar e sobreviver aos conflitos travados com os filhos, possibilitando que eles existam, posicionando-se com autoridade no momento em que for necessário estabelecer limites. Para tanto, os pais devem atuar juntos, sem preocupar-se em determinar funções direcionadas ao gênero: o pai pode ter atitudes maternas e a mãe pode ter as atitudes que se espera dos pais, de imposição de limites e autoridade, sem que isso ameace a identidade de cada um. Para os filhos, esse funcionamento é muito precioso, pois cria exemplos de pessoas inteiras em vez de segregar os modelos de masculino e feminino, como se eles não pudessem coexistir (Bogomoletz, 2004).

No geral, alguns dos sintomas que as crianças apresentam estão relacionados com a dificuldade parental de ofertar limites de forma afetiva e assertiva. Os limites podem ser compreendidos como um “ato estruturante para o próprio ser” (Setton, 2004, p. 230), uma possibilidade de diferenciação da criança com seus pais, além de permitirem a continência necessária para que ela se sinta segura. Oferecer limites é estabelecer regras e o que mais for necessário para que algumas atitudes nocivas ao desenvolvimento infantil não ocorram. Portanto, a não imposição dos limites ou a imposição autoritária, pode dificultar a estruturação do *Self* e o desenvolvimento da autonomia nas crianças (Setton, 2004).

Para Setton (2004), toda ação pressupõe uma emoção, e assim, o ato de colocar limites significa atuar de acordo a emoção predominante. Os limites ofertados com afeto fazem com que a criança possa aceitar a si mesma e adquirir a capacidade de respeitar e aceitar o outro. Ela pode, então, olhar para os seus erros como possibilidades de reparação e mudança, e não apenas como negação da sua própria identidade. O castigo e a punição como forma de imposição de limites estão fadados ao fracasso, pois fazem com que a criança pressuponha que ela deveria ser diferente do que é. Quando o limite ofertado atua sem respeito pela identidade e desejo da criança, ele deixa de ser um ato de cuidado para se tornar uma violência. Embora exista uma tendência a associar os limites com uma conduta autoritária, é quando o amor é o sentimento que guia essa ação que é possível fazer com que a criança sinta que é aceita e respeitada como um ser individual, sentindo-se capaz de aprender e se desenvolver (Setton, 2004).

Para compreender as interações interpessoais das crianças obesas nos contextos familiar e social, suas histórias, valores e hábitos em relação ao comer e ao estar acima do peso, Tassara, Norton e Marques (2010) realizaram um estudo com quatro crianças e seus familiares (pai, mãe e irmão). As mães demonstraram a vivência de conflitos em sua família de origem na forma de “segredos familiares”. Essas vivências foram representadas na relação de dependência, superproteção e cuidados excessivos na alimentação com seus filhos. A relação mãe-filho pareceu “emaranhada”, reforçada por estes segredos da vida das mães e pelo distanciamento do pai na relação com o filho. Os autores representaram a Obesidade infantil como um *iceberg*: o comportamento passivo, a ansiedade e o comer excessivo das crianças seria a ponta do *iceberg*, enquanto a parte submersa é o sofrimento das crianças misturado aos das mães, que tenta transparecer nos corpos obesos infantis. O comer excessivo, representa, portanto, uma conduta em que a criança demonstra que, simbolicamente, ingere os conflitos e dificuldades da família, já que não é possível elaborá-los (Tassara, Norton, & Marques, 2010).

Em um caso clínico de uma menina obesa de sete anos e sua mãe, que estava grávida, Campana, Gomes e Lerner (2014) constataram que o sintoma do comer compulsivo era relacionado à fragilidade das figuras parentais, uma forma de descarga de sentimentos e emoções, impossíveis de serem nomeadas, que invadiam a família e permaneciam no corpo da menina.

Oliveira e Martins (2012) realizaram um levantamento bibliográfico a fim de definir os pressupostos psicanalíticos sobre a relação mãe-criança e a alimentação, além de um estudo embasado na escuta de quatro mães de crianças obesas de sete a onze anos de idade,

durante quatro meses em um Programa de prevenção da Obesidade infantil. As autoras puderam averiguar que o sintoma da Obesidade na infância pode iniciar como uma tentativa de resolver um conflito. A criança demonstra o desejo inconsciente da mãe de partilhar suas angústias com ela por meio da Obesidade. Esta é uma forma de manter o desejo inconsciente materno, que se instala no corpo do filho. A angústia nessa situação resulta de uma relação muito próxima entre dois objetos e não apenas da interrupção desse laço. Os filhos estão unidos a suas mães e ainda não foram simbolicamente desmamados. Desse modo: “o sintoma emerge como uma via de escape e, simultaneamente, de submissão” (Oliveira & Martins, 2012, p. 132), por isso a criança se sujeita aos desejos maternos, assumindo a posição de objeto.

Alguns estudos associaram o estresse familiar e o desenvolvimento da Obesidade na criança (Garasky, Stewart, Gundersen, Lohman, & Eisenmann, 2009; Bahrami et al., 2013; Akay et al., 2015). Para Akay, et al. (2015), o pouco envolvimento das famílias com suas crianças pode levá-las a padrões alimentares desordenados, enquanto o excesso de envolvimento e a parentalidade intrusiva podem conduzir a distúrbios alimentares. Garasky et al. (2009) associaram experiências específicas de estresse familiar (como a falta de estimulação cognitiva e de apoio emocional no lar para as crianças mais jovens, e problemas de saúde mental, física e financeira para as crianças mais velhas) com o sobrepeso ou Obesidade infantil. Concluíram haver associações positivas entre vários domínios de estressores familiares e o peso da criança.

Outros estudos relacionaram a angústia ou a depressão, especialmente a materna, como uma das propiciadoras do desenvolvimento da Obesidade na infância (Davis, Young, Davis, & Moll, 2008; Oliveira & Martins, 2012; Bahrami et al., 2013). Davis, Young, Davis e Moll (2008) investigaram a relação entre características parentais, o funcionamento familiar e a Obesidade infantil em crianças afro-americanas. Aproximadamente 33% dos pais no estudo foram diagnosticados clinicamente como deprimidos, e o índice de massa corporal e de atividade física deles foram preditores significativos dessa depressão. Observou-se uma relação significativa entre massa corporal dos pais e das crianças, sendo que o aumento de uma acompanhava o aumento de outra. É importante ressaltar, no entanto, que na comunidade afro-americana a Obesidade é mais aceita do que em outros locais, e os pais entrevistados não percebiam que seus filhos estavam acima do peso (Davis, Young, Davis, & Moll, 2008; Garasky et al., 2009; Akay, et al., 2015).

Winnicott (1958/2005) abordou a depressão dos pais e sua repercussão no desenvolvimento emocional infantil. Para ele, a depressão não é apenas um distúrbio

psiquiátrico, mas também pode ser um fenômeno comum aos indivíduos sadios. Nesses casos, a depressão representa uma dificuldade particular dotada de sentido que impede a pessoa de fazer algo e esse não fazer a deprime. A pessoa compreende que é capaz de assumir responsabilidade por seus elementos agressivos e destrutivos, podendo conviver concomitantemente com o seu próprio ódio e sua capacidade de amar e construir. Porém, em algum momento esse sentimento de destrutividade a assola e a deprime. Se o indivíduo puder conter em si o sentimento de culpa suficiente para produzir atividades construtivas, e em alguns casos, receber alguma ajuda do ambiente externo, a depressão não se mantém. Entretanto, quando a agressão e a ambivalência dos sentimentos (amor e ódio) são alcançadas, mas, em algum momento, reprimidas, a melancolia pode se manifestar como uma doença. Neste último caso, essas pessoas tomam para si a responsabilidade por todos os males (Winnicott, 1958/2005).

O estresse, a ansiedade ou a tristeza profunda podem ter sido ocasionados por diversos motivos, partindo da história de vida dessas mães e pais, ou intensificados no convívio familiar ou social. Dessa forma, é essencial contextualizar as vivências das famílias, para que não haja associações levianas, evitando a conclusão generalista de que o estresse e depressão parental necessariamente estão relacionados ao desenvolvimento da Obesidade na criança, visto que esta é considerada uma patologia multifatorial, ou seja, uma resposta a diversos aspectos, familiares, sociais e individuais.

Além do estresse e da depressão, a literatura também demonstra outras dificuldades que afetam o exercício da parentalidade em pais de crianças obesas. Alguns autores ressaltam que há uma relação simbiótica entre mãe e filho, com forte vínculo de apego que dificultaria à mãe estimular a maturidade e autonomia dos filhos (Tassara, Norton, & Marques, 2010; Santos & Rabinovich, 2011; Oliveira & Martins, 2012; Bahrami et al., 2013). Por outro lado, há estudos que indicam uma relação entre mães insensíveis e o desenvolvimento da Obesidade, reafirmando o fato de que essas mulheres se distanciam afetivamente das crianças e a comida viria a substituir esse afeto (Wu, Dixon Jr, Dalton III, Tudiver, & Liu, 2011; Campana, Gomes, & Lerner, 2014).

Tratando-se das restrições alimentares, algumas famílias demonstram muita dificuldade para impor os limites e contornar as ações vorazes das crianças, para explicar e conter os sentimentos em relação às mudanças em suas vidas e acolher seu sofrimento (Dalcastagné, Ranucci, Nascimento, & Liberali, 2008; Mishima-Gomes & Barbieri, 2009; Campana, Gomes, & Lerner, 2014). Pais que utilizam práticas rígidas de controle alimentar,

ou então que assumem uma posição mais negligente, não oferecendo aos filhos os limites necessários, acabam colaborando para o aumento do peso (Rochinha & Sousa, 2012).

No estudo de Mishima-Gomes, Dezan e Barbieri (2014) os pais de meninos obesos relataram dificuldade para oferecer limites para os filhos, principalmente a respeito da alimentação, mas exigiam com severidade da mãe que cumprisse as ordens médicas. Eles valorizaram o suporte financeiro que garantiam à família, beneficiando o fornecimento de bens materiais em detrimento da provisão afetiva. No cuidado com o filho, destacaram-se o alto nível de exigência para com as crianças e a não aceitação de qualquer sinal de agressividade ou oposição. Os pais demonstraram dificuldade para viver a própria agressividade, prejudicando a sua espontaneidade e sendo pouco empáticos com os filhos. A Obesidade em si não foi percebida como um problema. Os pais se preocupavam mais que as crianças aprendessem a controlar as próprias emoções e a serem bem-sucedidas, apresentando muito apego à realidade objetiva, o que os tornava propensos a oferecer um cuidado concreto e pouco afetivo para as crianças.

No entanto, apesar de o pai ser uma figura frequentemente apresentada na literatura como autoritária e distante, o exercício da paternidade tem sofrido mudanças ao longo das décadas. Desde a emancipação feminina, a sociedade começou a adquirir novos valores, em especial no que diz respeito ao lar e assim, alguns homens passaram a realizar tarefas domésticas junto com as mulheres, se responsabilizando pela administração da casa. A maior convivência com os filhos e a participação em suas atividades diárias, eventos escolares, brincadeiras, fazem a figura paterna mostrar sua afetividade e ser presente, construindo um novo modelo de família (Polity, 2004). Ainda em processo de compreensão desse papel na família e sofrendo com as mudanças socioculturais sobre a compreensão do homem, alguns pais não conseguem acolher e ofertar limites para os filhos (Soares, 1999; Campana, Gomes, & Lerner, 2014; Mishima-Gomes, Dezan, & Barbieri, 2014). Esse novo pai, portanto, procura corresponder às suas funções com mais afetividade, mas ainda não encontrou segurança em sua nova identidade e oscila entre exercer uma função em que impõe o excesso de autoridade ou a falta dela, fazendo com que ele se torne uma figura ausente.

Quando a mãe encontra-se só com todas as responsabilidades para si, pois o pai está ausente, os filhos podem se tornar para ela uma fonte de compartilhamento de suas angústias, colocando-os nesse ausente espaço paterno. Nesse caso, o filho deixa de ocupar o lugar de filho e o pai não mais conseguirá se inserir como tal, ocasionando em dificuldades no desenvolvimento emocional infantil, pois a criança passa a assumir responsabilidades que não se sente preparada para ter (Polity, 2004).

Oliveira e Darriba (2015) objetivaram compreender a Obesidade por meio da teoria psicanalítica, com base em um caso clínico, particularmente a relação do sintoma com a função paterna. No relato das sessões, as autoras demonstraram a repercussão da ausência de uma figura paterna no caso de um menino obeso, para impor limites e delimitar a função da criança no contexto familiar. Como o pai abandonou o lar, e a mãe não conseguia impor autoridade, o menino não se reconhecia como filho e criança, e sim como um adulto, sem limites e sem lei. Engordava e comia compulsivamente desde os quatro anos de idade. Durante o atendimento psicológico, o peso do menino se estabilizou a partir da conduta da terapeuta que lhe apresentava limites, além de um contorno para sua voracidade e atitudes agressivas. A hipótese para este caso foi a de que a Obesidade surgiu como um fenômeno indicativo das dificuldades no desenvolvimento da subjetividade da criança, na capacidade para diferenciar-se e compreender o seu papel na família. Ademais, as autoras compreenderam a Obesidade infantil como um sintoma contemporâneo que, além do excesso alimentar e da deformação corporal, apresenta o desarranjo “em jogo nos semblantes parentais” (Oliveira & Darriba, 2015, p. 275).

Mishima-Gomes e Barbieri (2009) investigaram a expressão da criatividade em crianças obesas e a relação com a família, em cinco meninos de sete a dez anos de idade e seus pais. A figura materna foi percebida como controladora e pouco afetiva e a paterna, como aquela que exerce controle e autoridade puramente, sem afetividade, gerando nas crianças sentimento de abandono, medo e não pertença na família. Todas as crianças demonstraram dificuldade no processo criativo em decorrência da deficiência de *holding*, atuando de forma concreta na realidade, com apego ao objeto. O alimento torna-se o objeto concreto que intenciona substituir a afetividade diminuta. Nesse contexto, o brincar é dificultado e se mostra mais como uma forma de dramatização da angústia. As crianças deste estudo brincam de forma compulsiva e repetitiva, com a intenção de gratificar-se, sem conseguir fazer uso da sua capacidade de criar. Além disso, as autoras observaram que, nessas crianças, o relacionamento com o meio externo é realizado por meio do “ter”, ao invés do “ser”, na tentativa de preencher a sensação de vazio e acalmar a ansiedade.

Ainda sobre a relação da criança obesa com seus pais, Santos (2003) constatou que a Obesidade é um conjunto de vários fatores relacionados a uma situação de frustração. Reter algo de forma voraz pode representar uma compensação para a perda decorrente do desmame, que pode ter originado em um sentimento de desconfiança nas relações. Seria, portanto, uma forma de reivindicar o que se perdeu: “A criança obesa, ao contrário da imagem de preguiçosa, é ativa. Ela luta de modo singular, promovendo uma subjetivação dominante

através da adição à comida” (Santos, 2003, p.7). Assim, o comer excessivo pode ser compreendido como uma forma de lidar com os medos e angústias.

Freud (1905/1996) ao descrever a fase oral relatou que, por meio da amamentação, a criança entra em contato com o ambiente e relaciona o recebimento do alimento com o contato afetivo. Assim, o excesso de gratificações ou de frustrações afetivas, neste momento, pode levar o indivíduo a fixar-se nesta fase, o que poderá, futuramente, transformar-se em dificuldades alimentares. Já para Mc Dougall (1989/1996), diante da dificuldade de continência das experiências afetivas, da deficiência de afeto e de sentir-se cuidado, o indivíduo buscará na comida uma forma de substituição. Inicia-se um comportamento aditivo (pela busca compulsiva da comida), pois a deficiência de afeto e cuidado não podem ser reparadas por essa substituição. Na busca excessiva por comida, o obeso procura reparar o ego danificado pelo déficit de afeto e cuidado e manter a ilusão de onipotência. Nesse mesmo sentido, Klein (1921-1945/1996) assinala que quando há deficiência no afeto e cuidado maternos, a criança procura compensar essa falta por meio da busca compulsiva pela comida. A Obesidade, então, pode ser compreendida por como uma maneira de “canalizar” as ansiedades persecutórias e depressivas, sendo que a comida pode ser utilizada como forma de acalmar e solucionar problemas (Soifer, 1978/1982).

Winnicott (1936/2000) enfatizou que é difícil encontrar crianças sem problemas com a alimentação. Nos casos atendidos por ele, em relação às queixas de sub ou superalimentação, mesmo quando as crianças se apresentavam fisicamente saudáveis, elas estavam emocionalmente doentes. Ele concluiu que as mudanças no apetite poderiam estar relacionadas a defesas contra a ansiedade e a depressão. A criança parecia tentar resolver a desconfiança em relação ao ambiente por meio de uma desconfiança em relação ao alimento; com isso, ou ela não se alimentava ou comia em demasia, utilizando a dúvida quanto à comida para expressar a dúvida quanto ao amor materno.

Como parte das dificuldades no exercício da parentalidade está a condição da mulher que é imposta a ser mãe/mulher/profissional, sem direito a falhas, e a dos pais que, por sua vez, estão muito angustiados, pois não mais exercem unicamente a função de provedor de bens materiais, passando a atuar de forma mais direta no cuidado dos seus filhos, oferecendo, também, a sustentação emocional (Soares, 1999).

Tratando-se das famílias modernas, em que há maior estímulo para investir na vida profissional e, portanto, menor na vida familiar, as mães sentem dificuldade no exercício da maternidade e podem, inclusive, não desejar ter mais de um filho. Nessa situação em que se percebe não só uma sobrecarga parental, mas também um contexto social que estimula a

individualidade e a gratificação imediata, ter apenas um filho poderia representar um indicativo de maior probabilidade de desenvolver Obesidade na criança (Santos & Rabinovich, 2011; Chen & Escarce, 2014). A influência deste fato pode estar relacionada à tentativa de compensar a criança que é filha única pelo pouco tempo disponível dos pais (o que faz com que eles atendam a todos os seus desejos, especialmente os alimentares) e à natureza e extensão de se ter um irmão, em que as crianças são estimuladas a aprender a dividir e compartilhar o afeto dos pais (e o alimento, representativo desse afeto), conforme mostraram Chen e Escarce (2014). Neste estudo, percebeu-se que crianças sem irmãos tinham maior IMC por idade e maior probabilidade de serem obesos do que crianças com dois ou mais irmãos. Portanto, ser filho único pode facilitar o desenvolvimento de Obesidade, na medida em que o atual contexto sociocultural direciona as famílias para ambas as condições (Santos & Rabinovich, 2011).

Nessa conjuntura, os pais necessitam de acolhimento para exercer a parentalidade, pois, além dos conflitos familiares que possam surgir, eles também precisam lidar com as intensas exigências sociais em relação ao trabalho. Na nossa sociedade atual, os pais trabalham muito para produzir o capital necessário e oferecer qualidade de vida a família. Seja para ascender profissionalmente ou para oferecer aos filhos o que sonharam para si mesmos, muito esforço é exigido deles, fazendo com que se sintam cansados e desestimulados.

Nesse sentido, também podemos compreender a Obesidade como um sintoma de sofrimento social (Santos, 2003; Oliveira & Darriba, 2015), parte de uma sociedade adoecida que se apega aos excessos para satisfazer-se e na tentativa de resolver (ou sufocar) os conflitos (Tassara, Norton, & Marques, 2010; Oliveira & Martins, 2012; Campana, Gomes, & Lerner, 2014).

1.1.4 Prevenção e cuidados da Obesidade infantil

A relação que as pessoas estabelecem com a comida deve ser considerada como tão importante quanto o alimento que é ingerido. As preferências alimentares podem ser reconfortantes na vida de uma pessoa na medida em que a faz recordar sua infância, momentos felizes e até mesmo a sua própria identidade. O que nos leva a comer vai além da própria fome e se estende para rituais (como a pipoca no cinema, o bolo no aniversário), para a cultura (paçoca nas festas juninas) e para a religião (não comer carne na quaresma). Assim, a prevenção da Obesidade infantil precisa considerar esses fatores (Wilson, 2017).

Entre as estratégias descritas pelas famílias para lidarem com a Obesidade e com a adesão ao tratamento de suas crianças, a procura por um profissional de saúde que possa indicar diretamente o que as famílias devem fazer foi a principal (West, Sanders, Cleghorn, & Davies, 2010; Moraes & Dias, 2013). Golan e Weizman (2001) afirmam a necessidade de uma intervenção com os pais para promover a autoestima, pois a confiança na própria função parental seria essencial para conseguirem êxito no cuidado da Obesidade. Os pais buscam conseguir ajuda de forma pontual, desejando que os profissionais de saúde acolham suas necessidades do dia-a-dia, quais sejam, como ensinar receitas não calóricas para cozinharem para seus filhos (West et al., 2010).

Além de mudar o cardápio da casa (Jackson et al., 2005; Zehle, Wen, Orr, & Rissel, 2007; Moore, Harris, & Bradlyn, 2012; Moraes & Dias, 2013), identificou-se como estratégias dessas famílias a tentativa de produzir uma reeducação alimentar nos pais (Bosch, Stradmeijer, & Seidell, 2004; Jackson et al., 2005), estimular a atividade física e limitar o uso da televisão (Jackson et al., 2005; Zehle, Wen, Orr, & Rissel, 2007; Moore, Harris, & Bradlyn, 2012).

As famílias demonstram muitas dúvidas sobre quais alimentos são bons, quais deles a criança pode comer e quais outras doenças a Obesidade pode acarretar (Santos, 2003). Ademais, os pais se angustiam frente ao relacionamento com as próprias crianças que acabam não aceitando as restrições e alegam que as regras são inconstantes (não compreendem, por exemplo, por que não podem comer bala, mas podem comer a sobremesa) (Schalkwijk et al., 2015). Nesses momentos, especialmente as mães, demonstraram a necessidade de ter apoio do parceiro para lidar com essas dificuldades (Jackson et al., 2005; Santos & Rabinovich, 2011; Campana, Gomes, & Lerner, 2014). Além das crianças, o restante da família também demonstra dificuldade para lidar com as mudanças no estilo de vida, o que gera mais ansiedade (Golan, & Weizman, 2001; Jackson et al., 2005; Moraes & Dias, 2013; Schalkwijk et al., 2015).

O constante estresse decorrente das mudanças na alimentação e a conduta mais individualista assumida pela sociedade moderna podem fazer com que muitos pais deleguem a responsabilidade do emagrecimento para a criança, considerando-a preguiçosa ou desestimulada para emagrecer (Tassara, Norton, & Marques, 2010; Moraes & Dias, 2013).

Em contrapartida, alguns fatores levam os pais a aderirem e a se apropriarem do tratamento para a Obesidade infantil, como a preocupação com o *bullying* que as crianças podem sofrer na escola ou na rua. Pais que já foram obesos conseguem ser mais consistentes

com seus filhos, lidando melhor com a reação das crianças às restrições, por compreenderem as dificuldades que seus filhos passam ou podem passar (Schalkwijk et al., 2015).

Moore, Harris e Bradlyn (2012), buscaram identificar os fatores associados à preocupação dos pais sobre o peso da criança e determinar se essa preocupação está associada a ações específicas para melhorar a dieta e aumentar a atividade física. Eles entrevistaram 1.500 pais de crianças no jardim de infância, 2º, 4º, 5º, 7º e 9º ano. Como resultados, perceberam que pais preocupados eram mais propensos a limitar o tempo de televisão da criança e tomar medidas para mudar a dieta infantil e aumentar a atividade física do que os pais que não relataram preocupação sobre o peso dos seus filhos.

Jackson et al. (2005) realizaram um estudo que objetivou explorar as estratégias utilizadas por 11 mães de crianças com sobrepeso e Obesidade para auxiliar o filho a alcançar um peso saudável. Elas responderam a um questionário com dados sobre os filhos e formas de lidar com a questão do peso. As mães percebiam que as estratégias não seriam suficientes se fossem a curto prazo, por isso seriam necessárias mudanças mais intensas (um dos pais resolveu parar de comer *fast food* para dar o exemplo ao filho). Relataram necessidade de acompanhamento profissional e de participar de programas de intervenção. Algumas participantes reconheceram que o fato do parceiro não conseguir perceber o filho como obeso era um problema para concretizar as mudanças alimentares. Elas se preocuparam em transformar a casa em um ambiente positivo para as crianças, para que estas não se sentissem desestimuladas, e sim amadas e valorizadas. As mães tentaram compreender os sentimentos dos filhos, a fim de acolhê-los e promover a autoestima deles.

Rochinha e Sousa (2012) alegaram que, para o cuidado de crianças obesas, é importante integrar os aspectos culturais, crenças e atitudes familiares que influenciam a percepção do estado nutricional das crianças, nas atividades de promoção da saúde e programas de orientação.

Considerando a função da alimentação para a sociedade e para as relações familiares, compreende-se a sua importância também no desenvolvimento emocional da criança, desde o início da vida, já que ela é a primeira forma de interação entre o bebê e o mundo, sendo um fator importante para compreender o desenvolvimento da Obesidade. Nesse aspecto, a Psicanálise winnicottiana colabora com reflexões a respeito da alimentação e seu papel nas relações familiares e no desenvolvimento infantil.

1.2 O desenvolvimento emocional infantil na teoria winnicottiana

Donald Woods Winnicott (1896/1971) foi um psicanalista conhecido principalmente pela ênfase de sua teoria no papel do ambiente no desenvolvimento emocional do indivíduo. Ele alegava que todo ser humano possui uma tendência inata ao desenvolvimento, mas que o meio externo precisa atuar como um facilitador, ser um “ambiente suficientemente bom” para que o amadurecimento ocorra de maneira harmônica. Essa provisão que o ambiente deve oferecer está relacionada à presença constante e sensível da mãe (o primeiro ambiente do bebê), que se encontra disponível para satisfazer suas necessidades, oferecendo a ele *holding*³, *handling*⁴ e a apresentação dos objetos⁵, possibilitando que ele comece a conhecer o mundo externo, a se desenvolver e a buscar a integração (Winnicott, 1960/2008).

O desenvolvimento emocional é compreendido como uma continuidade, uma busca pela autonomia que acontecerá durante toda a vida. Nesse processo, Winnicott (1960/2008) descreve três estágios do desenvolvimento emocional: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência, processos contínuos que auxiliam o ser humano a buscar pela sua autonomia e capacidade de agir no mundo.

O *Self* é uma organização dinâmica que permite ao indivíduo o “ser alguém”, constituído por meio do processo do desenvolvimento emocional (Safra, 2005); é o potencial herdado do indivíduo que, com a provisão recebida do ambiente, permite que se tenha a sensação de continuidade de existência própria (Barbieri, 2017). Referido também como “si mesmo”, o conceito de *Self* compreende um somatório de experiências (Abram, 2000). Toda a trajetória do bebê ao distinguir Eu/Não-Eu, interagir com o mundo externo e interno, desenvolver sua capacidade criativa e ser amparado pelo ambiente, influi como parte do desenvolvimento do *Self* da criança. Este se inicia nos primórdios da vida do bebê, mas só é considerado como um “*Self* total” quando o bebê adquire a distinção Eu/Não-Eu (Winnicott, 1945/2000).

O ambiente familiar e social, atuando de forma suficientemente boa, junto ao potencial inato da criança, são essenciais para que o desenvolvimento do *Self* ocorra, possibilitando a atuação espontânea e criativa no mundo. A criança pode descobrir o ambiente sem que haja

³ Na teoria de Winnicott (1960/2005) *holding* representa a sustentação física e emocional recebida do ambiente externo que possibilita o desenvolvimento da integração física e psicológica no bebê.

⁴ *Handling* refere-se ao manejo com o bebê no dia-a-dia: o tocar, o cuidado físico como alimentar e higienizar (Winnicott, 1960/2005).

⁵ Apresentação da realidade aos poucos, de forma que não seja invasiva para o bebê.

uma perda da sensação de continuidade, garantindo a maturidade emocional que, para Winnicott, é sinônimo de saúde (Winnicott, 1945/2000).

No primeiro estágio (dependência absoluta), o lactente é totalmente dependente dos cuidados do ambiente. A mãe pode satisfazer as suas necessidades por meio do estado de “preocupação materna primária”, que lhe permite identificar-se com o seu bebê, porém sem se confundir totalmente com ele (Winnicott, 1945/2000). Na relação inicial entre mãe e filho, o momento da amamentação é o início de tudo, como destaca Winnicott (1964/2013): “o ato de pôr em prática a relação de amor entre dois seres humanos” (p. 31). Em uma relação sintônica, inicialmente o bebê dita a forma como a alimentação deve ocorrer e a mãe o acompanha e o compreende. Mãe e filho entram em harmonia e a base de relações com as outras pessoas (pai, outras crianças e sociedade) depende dessa primeira relação com a mãe: “nos assuntos humanos, os mais complexos só podem evoluir a partir dos mais simples” (Winnicott, 1964/2013, p. 36).

Quando essa experiência acontece com uma mãe suficientemente boa⁶, a relação entre a dupla se desenvolve com fluidez. Por meio da satisfação das necessidades do bebê, a mãe possibilita para o lactente acreditar que pode criar aquilo que precisa, o que deriva nas primeiras experiências de onipotência. Estas são possibilitadas pela criatividade primária e proporcionam ao bebê a ilusão de estar no comando do mundo. Assim, a criatividade começa a se desenvolver permitindo que, por meio da confiança no ambiente, o indivíduo possa se expressar de forma espontânea. Nesse primeiro momento, o bebê ainda não adquiriu a noção de si e do mundo externo e, por isso, uma falha materna além do que ele pode suportar é vivida de forma avassaladora e gera uma angústia insuportável de aniquilação, abalando seu sentimento de onipotência, que é a base da confiança no mundo (Winnicott, 1945/2000).

Após esse período em que a mãe permite ao bebê viver plenamente as experiências de onipotência, ela começa, aos poucos, a desiludi-lo, cometendo pequenas falhas em doses suportáveis para que ele conheça o ambiente externo como diferente de si mesmo e atinja a noção de Eu e de Não-eu, vivenciando o estágio de dependência relativa. Uma mãe suficientemente boa consegue falhar na medida em que seu bebê possa tolerar as falhas, respeitando suas necessidades para que ele continue a confiar no ambiente (Winnicott, 1945/2000).

⁶ Para que seja possível ser uma mãe suficientemente boa é necessário que se crie um vínculo entre mãe e filho, a partir da identificação entre eles, que permite que a mãe esteja voltada para seu bebê. Esse vínculo é criado na interação da dupla, sendo mãe e bebê atuantes nesse processo.

A busca pela expressão do verdadeiro *Self* e a distinção entre Eu e Não-Eu se inicia antes do nascimento e no começo da vida quando, por meio da motilidade, o bebê ao deparar-se com algo, sente prazer nesse confronto. Essa motilidade progride originando a agressividade, que é importante para que a criança tenha condições de aprender a fazer uso dos objetos (Winnicott, 1964/2012).

Antes de fazer uso dos objetos, no entanto, o bebê já estabelece uma relação com eles. Nesse primeiro momento, o objeto passa a ser enriquecido pelas projeções do bebê, pois este o sente como algo que faz parte do próprio *Self*. Essas projeções fazem com que a experiência do bebê com o objeto seja isolada da realidade, pois a natureza do objeto em si não é considerada. Para passar do relacionamento ao uso, o objeto precisa existir pela própria natureza, por isso, deve estar fora da área de controle onipotente do bebê e ser reconhecido como algo externo a ele. O ambiente deve colaborar para essa conquista, permitindo a vivência da onipotência pelo bebê para, em seguida, iniciar a desconstrução da mesma, fazendo com que o bebê comece a se diferenciar do outro e a buscar pela integração (Winnicott, 1968/1975).

Ao tornar-se externo, o objeto pode ser destruído na fantasia, pois é permitido que ele possa ser, ao mesmo tempo, amado e odiado, já que corresponde a algo que o bebê precisa, mas que não pode controlar. É extremamente necessário que o objeto seja destruído e que sobreviva à destruição. A sobrevivência à destrutividade infantil fará com que o objeto se mantenha na vida da criança e possa colaborar com o desenvolvimento dela, desta vez, de acordo com a própria natureza dele, possibilitando que, enfim, possa ser usado. Nesse caso, as propriedades particulares do objeto contribuirão para o desenvolvimento e aprendizado do bebê sobre o mundo (Winnicott, 1968/1975).

Dessa forma, o impulso destrutivo é importante para criar a qualidade da externalidade, e a existência do amor dirigido a um objeto real. A mãe, portanto, pode se tornar esse objeto, em que o bebê precisa deixar a relação para estabelecer o uso, permitindo a percepção dela como algo externo a ele, que apresenta a realidade e não está sob o seu controle. A primeira interação da mãe como objeto⁷ do seu bebê inicia-se na amamentação. Caso a criança não seja desiludida da sua onipotência e não possa destruir sua mãe-objeto (aquela que alimenta e satisfaz), vendo-a sobreviver a essa destruição, o bebê estará se

⁷ Inicialmente o bebê perceberá a mãe do momento de tranquilidade como diferente daquela do momento de agitação, quando ele ainda não foi satisfeito. Essas duas mães são chamadas de “mãe objeto” e “mãe ambiente”. A mãe objeto se refere aquela que satisfaz o bebê, na medida em que ele pode fazer o uso que necessita dela. A mãe ambiente é a que atua para além da satisfação: ela acolhe, cuida e frustra. Posteriormente, o bebê irá perceber que essas duas mães são a mesma (Abram, 2000).

alimentando apenas das próprias projeções, sem poder perceber o seio materno como um objeto que nutre, que é externo e está fora do seu controle (Winnicott, 1968/1975).

Durante a amamentação, a criança oscila entre excitação (quando está com fome e deseja ser amamentada) e calma (quando teve suas necessidades satisfeitas). A mãe precisa estar identificada com seu filho para perceber esses diferentes momentos e poder sobreviver aos ataques durante a excitação (em que o bebê pode mordê-la ao sugar o seio, em um ato impiedoso). O ato de mamar acompanha os momentos de avidez e a calma que segue. Esta dualidade faz o bebê perceber que as duas mães que ele acredita que existem são, na verdade, uma só. Nesse processo, por meio dos cuidados e sobrevivência maternos que demonstram ao bebê que suas atitudes impulsivas e agressivas dos estados excitados não são destruidoras, ele tem sua culpa amenizada, o que o auxilia no desenvolvimento de atitudes reparadoras (Winnicott, 1936/2000).

O ato de alimentar-se, portanto, é de grande importância para o desenvolvimento emocional infantil, pois é por meio da amamentação que, inicialmente, o bebê passa da relação ao uso do objeto, o que o faz identificar o que é externo a ele e ser capaz de aproveitar da natureza real do objeto. A comida, algo tão importante do início ao fim da vida, precisa se estabelecer como um objeto passível de ser usado para existir como aquilo que nutre, sem ter de corresponder às fantasias e projeções infantis (Winnicott, 1968/1975).

Ao fazer uso da função oral, inicialmente o bebê reconhece o instinto, a necessidade de comer, morder e sugar e a satisfação que se segue. Em seguida, inicia a fantasia oral: a percepção sobre sua necessidade de comer, reter o que é agradável e jogar fora o que não é. Por último, existe a vinculação entre a fantasia e o mundo interno: trata-se do interesse em compreender o que está dentro de si e do corpo da mãe, que é a sua fonte de alimento. No momento da fome, inicia-se o desejo de roubar essa fonte, seguido do sentimento de culpa e a necessidade de por fim à voracidade. Este é um processo constituinte do mundo interno. Desta forma, nenhum caso relacionado à alimentação pode ser explicado sem que haja referência às fantasias conscientes e inconscientes da criança sobre o interior do seu próprio corpo e do corpo da mãe (Winnicott, 1936/2000).

Assim, caso o ambiente atue de forma suficientemente boa desiludindo o bebê e sobrevivendo aos seus ataques, no estágio de dependência relativa, o bebê, que antes só conseguia relacionar-se com o objeto, passa a aprender a fazer uso deste, tornando-se capaz de interagir com o mundo de forma pessoal e única. Ao tratar da importância dos impulsos destrutivos para o uso do objeto, Winnicott (1939/2012) contestou a compreensão de que a agressividade é apenas negativa, que prejudica o relacionamento da criança com o mundo e

deve ser evitada: “De todas as tendências humanas, a agressividade, em especial, é escondida, disfarçada, desviada, atribuída a agentes externos, e quando se manifesta é sempre uma tarefa difícil identificar suas origens” (Winnicott, 1939/2012, p. 94).

Dependendo da reação do ambiente externo, a agressividade pode existir tanto como uma reação à frustração como uma das fontes de energia do indivíduo. Assim, é possível que ela se manifeste e se consuma, ou então que necessite de alguém que a contenha e impeça que haja danos (Winnicott, 1964/2012). Em um ambiente suficientemente bom, ela integrará a personalidade da criança e sua energia será aproveitada para o brincar espontâneo. Em um ambiente de privação, no entanto, pode vir carregada de violência e destruição (Abram, 2000).

Quando tudo ocorre bem, a mãe passa de uma mãe-ambiente, sendo tudo o que o bebê conhece, para ser também uma mãe-objeto, ao corresponder às necessidades do bebê e ser usada por ele. A partir da segurança fornecida pelo ambiente, que satisfaz suas necessidades, mas também lhe apresenta o mundo, permitindo que a criança expresse todo tipo de afeto, ela pode, assim, iludir, criar e destruir. Nesse momento, o relacionamento entre mundo interno e externo passa a ser facilitado por uma área intermediária. Esta, que Winnicott (1951/2000) também chamou de “espaço potencial” ou “terceira área”, possibilita que a capacidade simbólica do bebê comece a se desenvolver junto à tentativa de viver na realidade compartilhada. Assim, realidade externa e interna são, ao mesmo tempo, mantidas separadas e inter-relacionadas. O objeto que existe externamente, na realidade, pode ser usado da maneira como o indivíduo conseguir, deixando de ser algo somente externo para ser também recheado de características pessoais, como o trabalho, a arte e a cultura, que estão inseridos nesta área transicional.

A partir do início das experiências transicionais, o indivíduo se torna capaz de viver no mundo externo sem se sentir ameaçado de perder a própria criatividade primária. Os fenômenos transicionais possibilitam a expansão da área intermediária para o mundo externo, como no caso do brincar na infância, aliviando a tensão entre relacionar realidade interna e externa. O brincar, atividade por excelência que integra a criatividade individual e o ambiente exterior, torna-se fundamental para o desenvolvimento humano (Winnicott, 1951/2000).

Winnicott (1951/2000) nomeou de objeto transicional aquele objeto externo, que a criança escolhe e o torna parte de seu mundo interno, essencial para os momentos de angústia, que a auxilia no momento em que ela precisa lidar com a ausência materna. Os pais percebem sua importância, o conservam e permitem que ele esteja sempre por perto, para que a criança possa fazer uso dele nos momentos em que sentir necessidade.

Para ser considerado objeto transicional, é preciso que a criança faça um uso muito pessoal e criativo do objeto, permitindo uma interação com o ambiente e com o mundo interno em seu próprio ritmo. Com o passar do tempo, o objeto perde o sentido e será relegado ao “limbo”, ou seja, não será esquecido, mas estará à espera de uma nova necessidade que a criança expresse, diante do perigo da privação. Entretanto, há a possibilidade de que a mãe seja esse objeto, ou então, que o bebê não consiga usufruir da transicionalidade, ou ainda, que essa relação seja interrompida o que acarretaria em prejuízos para o bebê. Em outras situações, o objeto é utilizado como parte de uma relação dependente e ansiosa, objetivando apenas confortar a criança, e não possibilitar uma vivência transicional entre mundo interno e mundo externo (Winnicott, 1968/1975).

Dessa maneira, a criança vai aprendendo a interagir com o ambiente externo, sem perder-se de si mesma, desenvolvendo-se a partir dessa interação e tornando-se cada vez mais independente. A busca pela independência perdura ao longo da vida, pois esta é alcançada e perdida diante das experiências que o indivíduo vivencia e dos recursos internos e externos que possui para o seu auxílio nas situações difíceis (Winnicott, 1945/2000). A trajetória rumo à independência necessita que a criança possa perceber as realidades externa e interna e agir em ambas de acordo com seu próprio *Self*.

O desenvolvimento emocional infantil, harmônico ou dificultoso, caminha diretamente ligado ao ambiente externo, vinculando-se ao modo como os pais vivenciam a própria experiência da parentalidade em relação ao filho. Se na relação com seu bebê a mãe, por alguma razão, não tiver condições de compreender o seu ritmo e desempenhar seu papel de modo suficientemente bom, pode haver consequências para o desenvolvimento emocional infantil. A ansiedade em relação a uma mãe que não consegue se adaptar às suas necessidades ou não pode sobreviver aos seus ataques, faz com que a criança busque explorar as sensações provindas do ambiente, apresentando um comportamento compulsivo e ansioso, como na busca pela comida, em que a ansiedade é amenizada por meio da alimentação. Trata-se, aqui, de uma busca pela sensorialidade das experiências (Winnicott, 1945/2000).

Sendo a alimentação indissociável da relação da criança com seus pais, essas experiências se tornarão a base para o seu amadurecimento (Winnicott, 1945/2000). Como o *Self* potencial da criança começa a se constituir a partir do contato com seus primeiros cuidadores, essas experiências da parentalidade influenciam diretamente no modo como ele se desenvolverá (Scaglia, 2012). Por isso, é importante compreender como acontece o desenvolvimento emocional infantil e a influência do ambiente neste processo, possibilitando que as questões relacionadas à Obesidade sejam compreendidas de forma global.

Diante dessa exposição a respeito da importância do ambiente familiar para o desenvolvimento infantil, optou-se neste estudo, por buscar compreender as experiências parentais de pais de crianças obesas em um contexto amplo, considerando sua história de vida e influências sociais e culturais ao exercer seus papéis. Pretende-se assim, abranger não só as ações dos pais com seus filhos, como também suas crenças, sentimentos e valores sobre a própria função na vida das crianças, de modo a proporcionar uma análise sobre o amadurecimento do *Self* infantil coerente com o entendimento winnicottiano de que o desenvolvimento humano só é possível quando as condições inatas do indivíduo se unem às provisões fornecidas por um ambiente suficientemente bom.

2 OBJETIVOS

Diante do exposto a respeito da influência da família e dos relacionamentos familiares na determinação e manutenção da Obesidade infantil e dos sofrimentos psicológicos associados a essa patologia, este estudo objetiva compreender a maneira como os pais de crianças obesas experimentam sua função parental e associar essas vivências ao desenvolvimento do *Self* do seu filho.

2.1 Objetivos específicos

1. Conhecer como as mães das crianças obesas experienciam a função materna, verificando se existem semelhanças ou divergências entre elas.
2. Conhecer como os pais das crianças obesas experienciam a função paterna, verificando se existem semelhanças ou divergências entre eles.
3. Compreender como vem se processando o desenvolvimento do *Self* das crianças obesas.
4. Associar o desenvolvimento do *Self* da criança obesa e a maneira como os pais experienciam a função parental.

3 MÉTODO

3.1 O Método Clínico-Qualitativo e as Narrativas Transferenciais

Este estudo foi realizado a partir de uma perspectiva epistemológica qualitativa, em coerência com os objetivos de compreender a experiência humana em sua complexidade, subjetividade e contexto social. O método qualitativo de investigação científica parte do pressuposto de que os participantes do estudo possuem representações pessoais do fenômeno a ser estudado, influenciadas por sua história de vida e valores. Ele concebe a experiência subjetiva como de extrema importância para o conhecimento do fenômeno, sendo este construído a partir do resultado da interação dos indivíduos com o meio social. Assim, a participação do indivíduo no processo de investigação é ativa, enriquecida pelo encontro com o pesquisador, que precisa ser flexível diante de possíveis imprevistos, estando disposto a rever suas posições (Gelo, Braakmann, & Benetka, 2008).

O pesquisador é percebido como influenciando diretamente no estudo. É necessário, portanto, que ele dirija o seu olhar não só para o participante da sua pesquisa, como também para si mesmo, pois uma autorreflexão é essencial para compreender os fenômenos humanos (Barbieri, 2010).

No método qualitativo, a pesquisa científica é dinâmica. Enquanto ocorre a ação (os encontros, entrevistas) ocorrem também as interpretações e análises, construindo um processo que sofre mudanças do início ao fim (Pinto, 2004). Dessa forma, a análise dos dados é realizada junto à coleta, sendo este um processo de interação contínua, atentando especialmente para a maneira como as pessoas representam e compreendem suas vidas (Mishima, 2011).

Neste contexto epistemo-metodológico, este estudo foi desenvolvido por intermédio de uma especificidade do método, que viabiliza a atuação em pesquisas no campo da saúde e da prática profissional: o método clínico-qualitativo (Turato, 2000). Este método é voltado para a investigação das vivências na área da saúde em seus diferentes *settings*, buscando interpretar os significados individuais do fenômeno a ser estudado no processo saúde-doença. Turato (2005) explica que o pesquisador clínico-qualitativo busca conhecer em profundidade o participante do estudo, suas vivências pessoais e representações das experiências de vida, sem pretender explicar os acontecimentos, mensurar comportamentos ou correlacionar quantitativamente os dados.

Para sustentar essa abordagem metodológica, optou-se por constituir a Psicanálise como base teórica principal, com ênfase na teoria de Donald Woods Winnicott (1983/2008). Esta teoria parte de uma visão dialética do desenvolvimento emocional humano, que ocorre mediante a interação criativa do indivíduo com o outro, partindo dos mesmos pressupostos que a pesquisa clínico-qualitativa, em que o encontro entre pesquisador e participante deve ser considerado como essencial ao desenvolvimento da pesquisa, pois compreende que os resultados derivados do fenômeno estudado dependem desta relação. Assim como Winnicott (1936/2000) considera que a relação do bebê com sua mãe é essencial ao desenvolvimento infantil, pois não existe um bebê sozinho, também na pesquisa clínico-qualitativa não há apenas o participante, pois ela é parte de uma relação criada no encontro deste com o pesquisador.

A pesquisa em Psicanálise não busca uma verdade absoluta, mas sim informações contextuais e individualizadas, que levem em consideração o inconsciente humano (Silva, 2013). Nogueira (2004) afirma que a Psicanálise estabelece uma relação entre o sujeito e sua doença, investigando o que acontece com nosso corpo e de que forma a nossa história está implicada nos sintomas que desenvolvemos, pois a investigação da cultura e atividades humanas forma a teoria psicanalítica. Nogueira alega que, ao permitir que seus pacientes utilizassem da associação livre, Freud (1912/2010) passou a considerá-los não apenas como objeto de investigação, estabelecendo uma relação por meio da comunicação. Entretanto, essa relação precisa considerar o fenômeno da transferência como essencial em sua constituição. Dessa forma, o tratamento psicanalítico, a pesquisa e a teoria andam sempre juntos (Nogueira, 2004).

Além da comunicação verbal, os gestos, comportamentos e expressões do participante (o silêncio, o tom de voz) são importantes para serem considerados. Eles revelam afetividade e emoções e permeiam o sujeito em sua narrativa. O entrevistado é sujeito de diversos discursos, aqueles que são ditos e os que não são, por isso pode ocupar diferentes posições no fenômeno investigado. Este é um fator importante a ser considerado na análise (Silva, 2013), pois supõe que a linguagem produza efeitos terapêuticos e possa transformar a realidade (Nogueira, 2004). Ademais, os entrevistados podem se posicionar de forma diferente do esperado, surtindo no pesquisador diversos efeitos ao desestabilizar suas convicções (Silva, 2013).

Como estratégia metodológica, optou-se pelo uso das Narrativas Transferenciais. As Narrativas têm se tornado objeto de estudo e procedimento metodológico de várias áreas do conhecimento, como a Linguística, a Literatura, a Antropologia, a Filosofia e a Psicanálise

(Granato, Cobertt, & Aiello-Vaisberg, 2011), sendo cada vez mais utilizadas em pesquisas qualitativas (Aiello-Vaisberg, 2004; Granato, Cobertt, & Aiello-Vaisberg, 2011; Tachibana, 2011; Scaglia, 2012; Cambuí, 2013). Elas somam a uma proposta de pensar o ser humano junto às suas experiências afetivas, fazendo necessário considerar o contexto do homem inserido em seu drama (Aiello-Vaisberg & Granato, 2011).

Burke (1992) em seus estudos sobre narrativas alegou que estas são uma mediação entre o acontecimento, os saberes e modos de pensar, refletindo sobre a influência cultural sobre os próprios acontecimentos. As narrativas são parte da nossa cultura e se tornaram essenciais para a formação da sociedade e sua História, pois o ser humano é ator das ações das histórias contadas por outros que o observaram. Elas revelam os valores sociais e aspectos da vida diária e derivam também das trajetórias individuais de seus contadores.

As Narrativas Transferenciais objetivam não apenas investigar a experiência humana de determinado fenômeno, mas também realizar uma reflexão sobre os conceitos e ideias que se apresentam nos conflitos vivenciados (Granato, Russo, & Aiello-Vaisberg, 2009). Aiello-Vaisberg e Machado (2005) de maneira muito sensível relacionam as narrativas a sonhos. Segundo elas, na construção de uma narrativa é possível estar diante da dificuldade existencial do outro e “brincar” (no sentido de agir de forma criativa e espontânea) no momento de construir o relato e interpretá-lo, pois nessa forma de apresentação de fatos não se esgota os inúmeros sentidos emocionais que um encontro pode ter. O termo “Narrativas Transferenciais” se refere a essa função do pesquisador que se permite “sonhar” o encontro analítico no momento de relatá-lo por meio da narrativa, atentando não apenas ao relato dos fatos, mas principalmente para a experiência que foi vivida no encontro (Granato, Corbett, & Aiello-Vaisberg, 2011).

O pesquisador torna-se um escritor criativo que percebe a narrativa como permeada de símbolos essenciais à construção de conhecimentos humanos para a realidade do encontro: “E toda escrita somente poderá surgir de algum encontro (...) não há escrita que não tenha sido provocada, produzida, pela vida real e concreta, ao menos para quem escreve” (Campos, 2005, p. 574).

Para o desenvolvimento das Narrativas Transferenciais, primeiramente, é realizado o encontro com o participante, em um enquadre que possibilita o acontecer-clínico. Aiello-Vaisberg e Machado (2005) explicam que o termo “acontecer-clínico” é utilizado com a intenção de distanciar a vivência prática do encontro da “coleta de dados” (que é comumente compreendida como ocorrendo independentemente do pesquisador). Assim, comunica-se o acontecer, um fenômeno complexo que não se baseia apenas no que é considerado real para

produzir conhecimento, de acordo com a abordagem psicanalítica, incluindo o pensar, sentir e viver das pessoas envolvidas.

O acontecer é definido como um encontro entre pesquisador/psicólogo e participante, que permite ao segundo expressar livremente seus pensamentos, sentimentos e angústias, e ao pesquisador escutá-lo, utilizando da atenção flutuante⁸ para tanto (Aiello-Vaisberg & Machado, 2005). Freud (1912/1996) relata que quando concentramos muita atenção no material que é apresentado, tendemos a nos fixar em pontos específicos e negligenciar outros, seguindo nossas próprias expectativas e hipóteses em relação ao que foi exposto pelo participante. Arrisca-se, desta maneira, a nunca descobrir além do que já se sabe e chegar a conclusões inclinadas a uma preconcepção dos fatos apresentados. Portanto, é necessário atentar igualmente a tudo o que for transmitido no encontro.

Após o encontro, o pesquisador elabora uma narrativa, descrevendo o que se passou, incluindo nesta descrição seus sentimentos e reflexões despertadas, fazendo uso da associação livre⁹ para essa descrição (Tachibana, 2011). Essa postura é similar àquela do contexto da análise, em que o analista deve possibilitar fazer uso de tudo o que lhe foi dito para a interpretação e identificação do material inconsciente, sem censuras ou preferências por determinado conteúdo (Freud, 1912/1996).

Este é, portanto, um encontro inter-humano, apresentado de forma perspicaz quando o pesquisador atua com criatividade, como um ser “brincante” que, provocado pela própria escrita, consegue fazer suas considerações. Por meio da escrita do encontro, o pesquisador retoma o que aconteceu a partir de suas memórias e sentimentos contratransferenciais, o que contribui para as reflexões a serem realizadas sobre o acontecer-clínico e o fenômeno estudado. Os sentimentos do pesquisador devem ser considerados e fazer parte do olhar direcionado à interpretação da narrativa. O pesquisador pode sentir-se diferente após essa vivência, pois a própria narrativa torna-se uma experiência para ele (Aiello-Vaisberg & Machado, 2005).

O leitor pode informar-se do encontro e, por meio da descrição do pesquisador de um relato completo que inclui suas próprias percepções, torna-se capaz de vivenciar a experiência do narrador na leitura do texto (Tachibana, 2011). Após a elaboração da narrativa, por último, é redigido um texto interpretativo sobre o que se passou e, nesse momento, o pesquisador faz uso de conceitos teóricos.

⁸ Atenção do analista a uma escuta livre que não privilegie momentos da fala do paciente, permitindo que sua própria atividade inconsciente atue (Roudinesco & Plon, 1944/1998).

⁹ Expressão espontânea de todos os pensamentos que emergem (Roudinesco & Plon, 1944/1998).

As Narrativas Transferenciais são uma maneira de transmitir considerações a respeito do encontro com o participante, possibilitando ao leitor a compreensão da experiência vivenciada pelo pesquisador e oferecendo-lhe a oportunidade de fazer novas reflexões e indagações. Esta estratégia metodológica não propõe a oferta de um conhecimento estático e acabado e o rigor deste procedimento é possibilitado por meio da transparência dos fatos (Aiello-Vaisberg & Machado, 2005).

Valoriza-se a pessoalidade do pesquisador, ao invés de uma neutralidade do mesmo, e aproxima-se o fazer científico da prática clínica, que é a fonte de conhecimento no campo da Psicologia Clínica (Granato, Cobertt, & Aiello-Vaisberg, 2011). O psicólogo/pesquisador deve ser capaz de observar, escutar e compreender o fenômeno a ser estudado, embasando-se na teoria, para permitir que um processo criativo aconteça e as narrativas possam ser elaboradas (Scaglia, 2012).

Para que a comunicação seja mais rica durante o acontecer clínico, possibilitando a utilização e a construção das Narrativas Transferenciais, podem-se empregar mediadores dialógicos, como os procedimentos projetivos, que facilitam a comunicação. Estes podem ser mais eficazes para a produção de um pensamento clínico, coerente com o que acontece no campo inter-humano, se forem utilizados como facilitadores da comunicação e não como instrumentos de avaliação. O pesquisador/psicólogo propõe o instrumento mediador, colocando-se de forma ativa na investigação e, por isso, garante maior fidelidade ao processo. Dessa forma, o pesquisador/psicólogo apresenta o instrumento e o participante o utiliza para expressar-se. Se o indivíduo puder vivenciar este momento de forma transicional e singular, apropriando-se do mediador como objeto subjetivo, cria-se uma situação em que há a expressão de conteúdos inconscientes e subjetivos do participante a respeito do fenômeno a ser explorado (Aiello-Vaisberg, 2004).

A entrevista mediada pelo procedimento projetivo permite a compreensão e a identificação de características do indivíduo entrevistado e do próprio pesquisador, possibilitando a criação do diálogo entre eles e estimulando novas associações (Turato, 2005).

Dessa forma, esta pesquisa utilizou, junto às Narrativas Transferenciais, alguns cartões do Teste de Apercepção Temática Infantil - forma animal (CAT-A) como mediadores dialógicos, a fim de estimular a comunicação e facilitar a interação entre participante e pesquisador durante o acontecer clínico, em sintonia com as premissas da pesquisa clínica-qualitativa. Dessa maneira, a comunicação estabelecida entre pesquisador e participante pode ser facilitada, enriquecendo a análise e compreensão de cada dinâmica familiar.

3.2 Participantes

Participaram deste estudo cinco famílias nucleares, todas de nível socioeconômico médio, com um filho obeso, conforme a tabela abaixo:

	Nome	Idade	Profissão
Família Monteiro	Maria	41 anos	do lar
	Marcos	44 anos	Mecânico
	Melissa	9 anos	-----
Família Fonseca	Fabiana	45 anos	do lar
	Felipe	52 anos	Cabelereiro
	Felícia	7 anos	-----
Família Belutti	Bárbara	45 anos	Secretária
	Bruno	43 anos	Mecânico
	Bernardo	10 anos	-----
Família Soares	Sabrina	47 anos	Desempregada
	Samuel	49 anos	Caminhoneiro
	Sara	10 anos	-----
Família Vieira	Virgínia	27 anos	Estudante
	Vítor	31 anos	Gerente de loja
	Vivi	6 anos	-----

Tabela 1: Participantes

As crianças participantes estavam em atendimento médico em um Ambulatório de Nutrologia municipal, que atende toda a população (crianças, adolescentes e adultos) com diagnósticos, além da Obesidade, relacionados a transtornos alimentares, hormonais e outros problemas com a alimentação. O Ambulatório é formado por uma equipe multidisciplinar (médicos especialistas em nutrologia, enfermeiros, educadores físicos, assistente social e psicólogo), porém, as crianças são acompanhadas apenas pelos médicos, enfermeiros e educador físico. Inicialmente elas são encaminhadas pelos pediatras, quando avaliada a necessidade de acompanhamento específico para Obesidade ou outras dificuldades alimentares e hormonais e após, seguem com tratamento específico no Ambulatório. A indicação das famílias participantes, bem como o cálculo do IMC-por-idade das crianças, foram feitos pelas médicas coordenadoras do Ambulatório. Elas indicaram para participar desta pesquisa crianças que tinham apenas o diagnóstico de Obesidade, na faixa etária do estudo, independente do tempo que já realizavam o acompanhamento médico (algumas das crianças participantes iniciaram o acompanhamento há poucas semanas e outras já há eram acompanhadas por meses).

Critérios de inclusão: Crianças apresentando o diagnóstico de Obesidade, isto é, IMC-por-idade localizado no percentil 95 ou acima dele, com idade entre 6 e 10 anos¹⁰. Critérios de exclusão: crianças que apresentassem comorbidades psiquiátricas graves como psicose e déficit cognitivo profundo. Quanto aos pais, não puderam participar da pesquisa aqueles com suspeita de comprometimento intelectual profundo, transtornos psicóticos, histórico de abuso de álcool ou uso de drogas ou de auto e/ou heteroagressão. Todos esses critérios foram verificados por ocasião do primeiro encontro com os pais para preenchimento dos dados da ficha de identificação da família. Tanto as crianças quanto os pais não deveriam apresentar transtornos neurológicos ou comprometimentos verbais que inviabilizassem o uso dos cartões do CAT-A para compor os relatos.

3.3 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos nos encontros com os pais:

1) Ficha de identificação da família (Apêndice 1): os pais participantes preencheram uma ficha de identificação, informando dados como endereço e telefone, profissão e escolaridade, peso e altura deles e dos filhos e informações a respeito de sua saúde física e mental.

2) Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP) – 2014 (Anexo 3): realizado a fim de determinar o nível socioeconômico das famílias participantes.

Apenas com as crianças foi utilizado o seguinte instrumento:

3) Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: instrumento em que são apresentadas à criança diversas figuras para que ela as complete. O teste objetiva verificar o nível intelectual do indivíduo (Raven, Raven, & Court, 1988). Para o presente estudo, esse instrumento foi utilizado a fim de avaliar a capacidade cognitiva da criança e excluir casos em que houvesse comprometimento intelectual profundo.

Com toda a família:

4) Teste de Apercepção Temática Infantil - forma animal (CAT-A). Em sua forma completa, o CAT-A é composto por dez cartões com figuras de animais em situações que reproduzem as circunstâncias da vida familiar. Na aplicação tradicional solicita-se à criança contar uma história a respeito da figura observada, dando-lhe um título ao final. O teste

¹⁰ Esta faixa etária foi escolhida porque as crianças dessa idade já possuem as condições desenvolvimentais necessárias para responder os instrumentos que foram utilizados.

investiga a personalidade de forma dinâmica e o modo como a criança reage em situações próprias ao processo do seu crescimento, possibilitando a compreensão dos conflitos, angústias e defesas, além do nível de maturidade afetiva alcançado (Bellak & Bellak, 1949/1981). Neste estudo, o CAT-A foi utilizado como mediador dialógico e não como teste psicológico. Essa escolha foi baseada na compreensão de que a utilização de mediadores que constituem um contexto lúdico torna a comunicação menos ameaçadora para o indivíduo. O uso de um procedimento lúdico facilita a comunicação espontânea e aumenta a possibilidade de que o indivíduo tenha uma postura mais ativa no encontro entre pesquisador e participante (Aiello-Vaisberg, 2004). Para esta pesquisa foram utilizados apenas alguns cartões do CAT-A, como forma de mediar a comunicação dos pais e filhos, sendo eles (Bellak & Bellak, 1949/1981, p.7-8):

Cartão 1: “Pintinhos sentados ao redor de uma mesa, na qual há uma enorme tigela de comida. Fora, de um dos lados, está desenhada, de modo indistinto, uma galinhona.”

Cartão 2: “Um urso puxa uma extremidade da corda, enquanto outro urso e um ursinho fazem força na extremidade oposta.”

Cartão 3: “Um leão de cachimbo e bengala, sentado numa cadeira; no canto inferior direito surge um ratinho num buraco.”

Cartão 4: “Uma canguru com um chapéu na cabeça leva uma cesta com um litro de leite; em sua bolsa leva um canguruzinho que está segurando um balão; um canguru criança, de maior tamanho pedala uma bicicleta.”

Cartão 8: “Dois macacos adultos estão sentados num sofá, tomando algo em xícaras. Em primeiro plano, outro macaco adulto sentado num banquinho conversa com um macaquinho.”

Os cartões foram escolhidos em função das temáticas latentes que evocam, referentes a questões relacionadas à alimentação, experiências edípicas, relação com a autoridade, rivalidade fraterna e socialização. O CAT-A como mediador na entrevista com pais e crianças já foi utilizado em outros estudos, atingindo os objetivos propostos, demonstrando ser um instrumento eficaz na mediação da comunicação (Scaglia, 2012; Barbieri, 2013a; Bonfim, 2013; Heck, 2014).

3.4 Procedimento

Primeiramente, houve um encontro com as médicas responsáveis pelo Ambulatório colaborador deste estudo para que elas indicassem quais das crianças em acompanhamento poderiam participar da pesquisa, conforme os critérios de inclusão e exclusão. Após, elas

forneceram os dados para contato, como nomes e telefones. Assim, foi feito o contato com as famílias, por telefone, onde houve uma breve apresentação da pesquisa. Se manifestado interesse na participação, era agendado um primeiro encontro, nos dias e horários que a família preferisse, porém respeitando o funcionamento do Ambulatório, para expor a pesquisa, seus objetivos e procedimentos de forma detalhada.

Além das cinco famílias participantes, foram contatadas mais 23. Destas, 15 famílias recusaram a participar por telefone, por diferentes motivos: falta de interesse (1); a criança não possuía pai/mãe presentes e/ou era cuidada por outros familiares (3); o casal estava disputando a guarda da criança judicialmente (1); a família desistiu do tratamento para Obesidade (2); telefone/endereço de contato desatualizados, impedindo a comunicação (8). Das 8 famílias restantes, foi marcado o primeiro encontro com 3 delas, porém estas não compareceram, afirmando, quando contatadas novamente, terem desistido da participação da pesquisa e/ou do tratamento para Obesidade; 2 famílias compareceram no primeiro encontro, mas desistiram de dar continuidade à participação, logo após escutarem as instruções, ambas alegando falta de tempo; 1 família compareceu ao primeiro encontro com os pais e com a criança, porém se ausentaram no encontro seguinte e não foi possível um novo contato para saber do motivo da desistência; 2 famílias participaram de todos os encontros, porém, por serem monoparentais, compostas de mãe e filho(a), não compuseram o grupo de participantes deste estudo, ainda que as atividades tenham sido completadas (incluindo a entrevista devolutiva).

No primeiro encontro realizado, após a explicação e a confirmação da participação na pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) para os pais, solicitando que eles assinassem e esclarecendo as dúvidas que surgiram durante a leitura do mesmo. Em seguida, dependendo da disponibilidade de tempo da família, os pais preencheram a Ficha de identificação da família e o Critério de Classificação Econômica Brasil (ou o faziam no início do encontro seguinte). Ambos os instrumentos serviram para confirmar as condições de participação da pesquisa, conforme os critérios de inclusão e exclusão, não sendo necessária a exclusão de nenhuma família. Após a conclusão dessas atividades, foi feito um encontro com cada um dos pais separadamente. Neste momento, era solicitada a autorização para gravar o encontro em áudio. A instrução para a tarefa foi a seguinte: “Gostaria que você olhasse para algumas figuras e me contasse como é a experiência de ser pai/mãe de seu filho(a)”, reiterando que não havia respostas certas ou erradas. Após, os cartões selecionados do CAT-A eram apresentados, um de cada vez.

Com a criança, foram realizados dois encontros: no primeiro deles foi aplicado o Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven. Todas as crianças participantes tiveram resultados indicando nível intelectual médio, aptas, portanto, a participarem da pesquisa. No segundo encontro, foi feita a entrevista mediada pelos cartões do CAT-A, com a solicitação: “Gostaria que você contasse uma história sobre essa figura e depois desse um nome para ela”. Ao final de cada encontro com os pais e com a criança, era elaborada uma narrativa referente a ele. Após o término da participação na pesquisa, foi realizada uma entrevista devolutiva para quatro das famílias participantes, sobre as conclusões relativas ao encontro com a criança e à experiência parental dos genitores, e outra para a criança a respeito da sua participação. Na família restante, a devolutiva não pode ser realizada, pois os pais da criança desmarcaram três vezes o encontro e, nas últimas tentativas, o telefone de contato havia mudado.

3.5 Análise de dados

A análise do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven foi realizada conforme as instruções presentes no manual do instrumento (Raven, Raven, & Court, 1988). As comunicações dos pais e das crianças nas entrevistas mediadas pelos cartões selecionados do CAT-A foram transcritas no formato de Narrativas Transferenciais, tendo sido incluídas nessa descrição as impressões e sentimentos despertados na pesquisadora durante os encontros com as famílias. Após, foi realizada uma síntese interpretativa da narrativa de cada um dos pais e das crianças, por meio do método da livre inspeção do material, empregando-se a psicanálise winnicottiana como *background* teórico.

Na busca pela compreensão de qualquer fenômeno relacionado ao ser humano, as informações ganham sentido quando consideradas como um todo, sem prevalecer uma determina percepção (Barbieri, 2010). Para tanto, o método da livre inspeção do material possibilita a compreensão da singularidade, bem como dos conflitos e experiências culturais e sociais vivenciadas pelo indivíduo. O pesquisador pode fazer uso da sua experiência clínica e teórica para fazer interpretações durante a análise dos casos, apoiando-se no método clínico para a construção de conhecimento (Trinca, 1984). Nesse sentido, a teoria psicanalítica colabora para a construção de uma análise em que se busca compreender os sentidos apreendidos pelos indivíduos sobre o fenômeno estudado, considerando o seu contexto.

Ao final das interpretações das narrativas de todos os participantes, foi realizada uma avaliação cruzada (Barbieri, 2013b) das sínteses dos pais e da criança de cada família, afluindo em um texto interpretativo-compreensivo de todos os membros. Posteriormente à

síntese de cada família, foi realizada uma síntese comparativa de todas as mães, uma síntese de todos os pais e outra de todas as crianças, de modo a coligar semelhanças e diferenças entre eles. Por fim, junto a discussão dos casos, foi realizada uma síntese conclusiva geral, associando a experiência parental do grupo dos pais e mães com o desenvolvimento do *Self* das crianças obesas.

3.6 Considerações éticas

Este estudo foi realizado junto ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da mesma instituição, tendo recebido parecer favorável em 26/06/2015 (nº do processo 45237915.6.0000.5407) (Anexo 4). Os participantes foram informados do caráter voluntário da participação na pesquisa, podendo desistir da mesma em qualquer momento que desejassem, sem que houvesse nenhum prejuízo para eles. Foi resguardado o sigilo das informações referentes a dados pessoais que pudessem identificar os participantes, preservando seus direitos. Dessa forma, todos os nomes e sobrenomes aqui apresentados são fictícios.

No final de todo o processo, os participantes receberam uma devolutiva sobre a participação da pesquisa, com exceção de uma família, conforme descrito. É importante considerar também que encontros dessa natureza podem surtir efeitos terapêuticos nos participantes, visto que eles tiveram a possibilidade de falar livremente sobre questões importantes para suas vidas e partilhá-las com a pesquisadora. Em alguns casos, os familiares se mostraram muito satisfeitos com a experiência, aliviados de algumas de suas angústias ao obter um espaço em que era possível falar e ser ouvido.

6. A FOME DE “SER” E DE EXISTIR: CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA PARENTAL E O DESENVOLVIMENTO DO *SELF* EM CRIANÇAS OBESAS.

Compreender a dinâmica familiar e os aspetos relacionados à experiência da parentalidade é essencial para pensar o desenvolvimento do *Self* das crianças e seus sintomas. Trata-se de abordar as experiências dos pais enquanto tais e associá-las com o amadurecimento emocional da criança e o desenvolvimento ou manutenção dos sintomas, no caso deste estudo, da Obesidade infantil, a fim de obter uma análise global de todo contexto em que ela está inserida. Considerar a vida em família das crianças obesas permite não só um cuidado mais efetivo desta última, como também mais humano e ético.

Dada a etiologia multifatorial da Obesidade e ao sentido individual que ela apresenta no longo caminho que a criança e sua família percorrem para alcançarem sua autonomia, de forma alguma se pretende propor conclusões irrefutáveis. Muitas questões relevantes que não constam nas análises apresentadas podem ainda ser consideradas, de acordo com o olhar de outros clínicos e pesquisadores, havendo espaço para o enriquecimento da compreensão expressa, tornando a construção do conhecimento sempre contínua, em um interminável “vir a ser”.

Neste estudo, a vivência da parentalidade mostrou-se difícil para os pais. Uma intensa angústia de abandono guia suas ações parentais, fazendo com que eles se preocupem com a manutenção da família como um grupo unido e indiferenciado, como forma de se protegerem da solidão e do receio de não conseguirem existir na realidade compartilhada sem o outro para lhes acolher. As mães produzem com seus filhos um relacionamento simbiótico, tornando-os dependentes, e os pais, ao desejarem fazer parte dessa relação, não conseguem impor limites identitários à díade.

A exaustão no exercício da parentalidade foi relatada e relacionada às muitas tarefas, dentro e fora do ambiente familiar, que esses pais precisam realizar, além das próprias angústias infantis, ainda não elaboradas, que fazem parte de sua história de vida e constroem a forma como encontraram de exercer a parentalidade e expressar o seu amor e preocupação para com os filhos. Os pais não podem aceitar a alteridade, pois temem as consequências dos conflitos derivados das diferenças individuais no grupo familiar. A agressividade é inibida e projetada para fora, tornando o ambiente externo como muito perigoso e acentuando, assim, a necessidade de que ninguém se afaste do grupo, pois unidos eles podem garantir que os conflitos não existirão a ponto de prejudicá-los. Dessa forma, pais e crianças apresentaram

dificuldade na integração dos afetos considerados positivos e negativos, dificultando que as crianças possam, por meio da expressão da agressividade, fazer uso dos objetos e desenvolver a própria autonomia.

A angústia relacionada à separação e à diferenciação é presente, ameaçando a capacidade de “ser” das crianças, tornando-as inseguras quanto aos próprios recursos. No decorrer do amadurecimento emocional infantil a criança precisa sair do ambiente familiar e conviver no mundo externo, fazendo uso de sua capacidade criativa para caminhar rumo à independência. Esse trajeto, no entanto, torna-se impossível para as crianças aqui estudadas, diante do risco que a diferenciação apresenta para todos da família e dos perigos à espreita na realidade externa.

O engordar se torna uma defesa para a manutenção das relações que pais e filhos constroem, em especial a relação simbiótica com as mães, que precisa ser protegida para garantir o bem-estar da díade. As crianças buscam reter dentro de si os objetos amados, por meio da ingestão de alimentos, incapazes de diferenciar-se deles. A comida, que representa a união entre mãe e filho, ameniza a angústia de separação, entretanto, ela não satisfaz plenamente todas as necessidades, pois se torna um objeto fetichizado que não pode ser aproveitado em termos simbólicos.

Neste estudo, foi possível concluir que o sentido da alimentação na vida dessas famílias ultrapassa a necessidade de sobrevivência. O alimento como símbolo de amor e cuidado fornece a satisfação das necessidades físicas, mas também das emocionais. Ele foi apresentado pelos participantes como uma forma de proporcionar prazer e alívio para os conflitos domésticos, pois é o momento em que os familiares se unem com a mesma finalidade, sem que as diferenças possam ser ameaçadoras da união entre eles.

Dessa forma, o tratamento para Obesidade nas crianças deixa de possuir apenas o sentido de um cuidado em saúde para apresentar um risco à dinâmica que as famílias encontraram de sobreviver aos seus receios e atender aos seus desejos. O sintoma do engordar atua como um símbolo das muitas “fomes” da criança e da sua absorção dos conflitos e dificuldades familiares que não encontram espaço para serem elaborados.

Dessa forma, é necessário acolher e respeitar todos os membros da família para que a intervenção sobre a Obesidade infantil não seja vista apenas como uma ameaça à sua rotina de vida e costumes, mas sim como uma forma de produzir saúde. É preciso oferecer aos pais e suas crianças o acolhimento de suas necessidades para que eles se sintam seguros para elaborar suas angústias. Nessa situação, os pais podem se sentir aptos a ajudar seus filhos a conquistar a autonomia, a sentirem-se livres para expressar sua agressividade e criatividade,

tornando possível o desenvolvimento da capacidade de simbolização das crianças. Elas não precisariam, portanto, buscar na relação com a comida uma forma de satisfazer tantas necessidades, que não apenas a de sobrevivência, e a relação com a alimentação poderia ser transformada em algo que não coloque em risco o seu desenvolvimento físico e emocional. A fome das crianças poderia ser, por fim, de alimentos que, além de sustentar, agradam, fornecem cuidado, afeto e prazer, sem, no entanto, constituir a única fonte para essas conquistas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹¹

- Abram, J. (2000). *A Linguagem de Winnicott: dicionário de palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott* (M. D. G. da Silva, trad.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Abreu L. C. (2011). Obesidade e condições relacionadas à obesidade secundária na interface do crescimento e desenvolvimento. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(1), 7-10.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). *Ser e Fazer. Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida, SP: Ideias & Letras.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2005). *O gesto sonhador brincante*. In Estados gerais da Psicanálise, 4. Rio de Janeiro. Trabalhos do IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise. Rio de Janeiro. Recuperado em 04 de outubro de 2016, de <http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2013/09/aiello-vaisberg-e-machado-IV-ENC-LAT-DOS-ESTADOS-GERAIS-DA-PSICAN%C3%81LISE-2005.pdf>
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Granato, T. M. M. (2011). Uso terapêutico de narrativas interativas com mães em situação de precariedade social. *Psico*, 42(4), 494-502.
- Akay, A. P., Ozturk, Y., Avcil, S. N., Kavurma, C., & Tufan, E. (2015). Relationships between pediatric obesity and maternal emotional states and attitudes. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 50(2), 178–190.
- Aparício, G., Cunha, M., Duarte, J., & Pereira, A. (2011). Olhar dos Pais sobre o Estado Nutricional das Crianças Pré-escolares. *Millenium*, (40), 99-113.
- Bahrami, F., Kelishadi, R., Jafari, N., Kaveh, Z., & Isanejad, O. (2013). Association of children's obesity with the quality of parental-child attachment and psychological variables. *Foundation Acta Paediatrica*, 102(7), e321–e324.
- Barbieri, V. (2010). Psicodiagnóstico Tradicional e Interventivo: Confronto de Paradigmas? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 505-513.
- Barbieri, V. (2013). *A experiência materna de mulheres brasileiras, francesas e magrebins e o desenvolvimento do Self infantil*. Tese de pós-doutorado, Université Paris Diderot, Paris 7, Paris, França.
- Barbieri, V. (2013). Laços e embaraços: o procedimento de famílias com estórias na compreensão cruzada dos psicodinamismos de mãe e filha. In Trinca, W. (Org.), *Procedimento de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões* (pp. 231-276). São Paulo: Vetor.
- Barbieri, V. (2017). *O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na tendência antissocial: a família e as técnicas projetivas como recursos terapêuticos no atendimento de crianças*. Alemanha: Novas Edições Acadêmicas.

¹¹ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Bellak, L., & Bellak, S. S. (1981). *Teste de apercepção infantil: Com figuras de animais – CAT-A*. (O. Mantovani, trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1949)
- Benedetti, C. (2003). *De obeso a magro: A trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor.
- Berge, J. M., Trofholz, A., Fong, S., Blue, L., & Neumark-Sztainer, D. (2015). A qualitative analysis of parents' perceptions of weight talk and weight teasing in the home environments of diverse low-income children. *Body image*, 15(1), 8-15.
- Bogomoletz, D. (2004). Uma visão da psicanálise: o pai de Winnicott. In Polity, E., Setton, M. Z., & Colombo, S. F. (Orgs.), *Ainda existe a cadeira do papai? Conversando sobre o lugar do pai na atualidade* (pp. 57-70). São Paulo: Vetor.
- Bosch, J., Stradmeijer, M., & Seidell, J. (2004). Psychosocial characteristics of obese children/youngsters and their families: implications for preventive and curative interventions. *Patient Education and Counseling*, 55(3), 353-362.
- Bonfim, I. H. B. F. (2013). *Narrativas maternas: um estudo transcultural*. Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Brown, K. A., Ogden, J., Vögele, C., & Gibson, E. L. (2008). The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite*, 50(2-3), 252-259.
- Burke P. (1992). *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora Unesp.
- Calliari, L. E., & Kochi, C. (2010). Síndrome Metabólica na Infância e Adolescência. In Mancini M. C., Geloneze B., Salles, J. E. N., Lima, J. G., & Carra M. K. (Eds.), *Tratado de Obesidade* (pp. 225-238). Itapevi: AC Farmacêutica.
- Camargo, A. P. P. M., Filho, A. A. B., Antônio, M. A. R. G., & Giglio, J. S. (2013). A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2), 323-333.
- Cambuí, H. A. (2013). *Sofrimento psíquico contemporâneo: um estudo psicanalítico do imaginário coletivo de estudantes de psicologia*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Bauru/SP.
- Campana, N. T. C., Gomes, I. C., Lerner, R. (2014). Contribuições da Clínica da Parentalidade no atendimento de um caso de obesidade infantil. *Psicologia Clínica, Rio de Janeiro*, 26(2), 105-119.
- Campos, R. O. (2005). O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 573-583.
- Chen, A. Y., & Escarce, J. J. (2014). Family Structure and Childhood Obesity: An Analysis Through 8th Grade. *Maternal and Child Health Journal*, 18(7), 1772-1777.

- CONANDA. *Resolução nº163 de 13/03/2014*. Recuperado em 15/06/2018, de <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=268725>
- Costa, A. C. C., Ivo, M. L., Cantero, W. B., & Tognini, J. R. F. (2009). Obesidade em pacientes candidatos a cirurgia bariátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 55-59.
- Dalcastagné, G., Ranucci, J. M. A., Nascimento, M. A., & Liberali, R. (2008). A influência dos pais no estilo de vida dos filhos e sua relação com a obesidade infantil. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 2(7), 44-52.
- Davis, M., Young, L., Davis, S. P., & Moll, G. (2008). Parental Depression, Family Functioning, and Obesity Among African American Children. *Journal of cultural diversity*, 15(2), 61.
- Farias, C. P., & Quintana, A. M. (2014). Como estamos alimentando as relações iniciais? In Goetz, E. R. & Kanan, L. A. (Orgs.), *Obesidade Infantil: significados e manejos* (pp. 33-40). Curitiba: Editora Juruá.
- Farrell, E. (2004). Obesity: how can we understand it?. *Free Associations*, 11(1), 477-496.
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (vol. 7, J. Salomão, trad., pp. 119-217). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. 12, Joan Riviere, trad., pp. 147-159). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (2010). A dinâmica da transferência. In *Sigmund Freud. Obras completas* (vol. 10, P. C. Souza, trad., pp.133-146). São Paulo: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1912)
- Garasky, S., Stewart, S. D., Gundersen, G., Lohman, B. J., & Eisenmann, J. C. (2009). Family stressors and child obesity. *Social Science Research*, 38(4), 755-766.
- Gelo, O., Braakmann, D., & Benetka, G. (2008). Quantitative and qualitative research: Beyond the debate. *Integrative Psychological Behavior Science*, 42(3), 266-290.
- Golan, M., & Weizman, A. A. (2001). Familial Approach to the Treatment of Childhood Obesity: Conceptual Model. *Journal of Nutrition Education*, 33(2), 102-107.
- Granato, T. M. M., Russo, R. C. T., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). O uso de narrativas na pesquisa psicanalítica do imaginário de estudantes universitários sobre o cuidado materno. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17(1), 43-48.
- Granato, T. M. M., Cobertt, E., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativa Interativa e Psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 157-163.
- Harrington, K. (2013). *Claros sinais de loucura*. Rio de Janeiro: Intrínseca.

- Heck, V. S. (2014). *A influência das invasões ambientais nos sintomas de ansiedade infantil: uma experiência de psicodiagnóstico interventivo*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). *POF 2008-2009 – Desnutrição cai e peso de crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional*. Recuperado em 01 março, 2014, de <http://cod.ibge.gov.br/23BNI>
- Jackson D., Mannix J., Faga P., & McDonald G. (2005). Overweight and obese children: mothers' strategies. *Journal of Advanced Nursing* 52(1), 6-13.
- Kalra, G., Sousa, A., Sonavane, S., & Shah, N. (2012). Psychological issues in pediatric obesity. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(1), 11-17.
- Klein, M. (1996). *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. (A. Cardoso trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921-1945).
- Lamounier, J. A., & Parizzi, M. R. (2007). Obesidade e saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, 23(6), 1497-1499.
- Latzer, Y., & Stein, D. (2013). A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. *Journal of Eating Disorders*, 1(7), 1-13.
- Martha, T. B., Peres, S. P. B. A., & Fisberg, M. (2005). Prevalência de sobrepeso ou obesidade em crianças com fissura labial e/ou palatal em atendimento ambulatorial. In Fisberg, M. (Org), *Atualização em obesidade na infância e adolescência* (pp. 65-78). São Paulo: Editora Atheneu.
- Martorell, R., Khan, L. K., Hughes, M. L., & Grummer-Strawn, L. M. (1998). Obesity in Latin American Women and Children. *The Journal of Nutrition*, 128(9), 1464-1473.
- Mc Dougall, J. (1996). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1989)
- Melo, M. E. (2011). Diagnóstico da obesidade infantil. *Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO*. Recuperado em 02 de março, 2018, de <http://www.abeso.org.br/pagina/14/artigos.shtml>
- Ministério da Saúde. (2007). *Regulamentação da comercialização de alimentos em escolas no Brasil: experiências estaduais e municipais*. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília. Recuperado em 15 de junho de 2018, de http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/regula_comerc_alim_escolas_exper_estaduais_municipais.pdf
- Mishima, F. K. T. (2007). *Investigação das características psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Mishima, F. K. T., & Barbieri, V. (2009). O brincar criativo e a obesidade infantil. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 249-255.

- Mishima, F. K. T. (2011). *Obesidade feminina e considerações a partir do Psicodiagnóstico Interventivo: um estudo preventivo*. Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Mishima-Gomes, F. K. T., Dezan, S. Z., & Barbieri, V. (2014). “Não pode!”: A função Paterna e a Obesidade Infantil. *Psico, PUCRS*, 45(2), 176-186.
- Monteiro, P. O. A., & Victoria, C. G. (2005). Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life – a systematic review. *Obesity reviews*, 6(1), 143-154.
- Moore, L. C., Harris, C. V., & Bradlyn, A. S. (2012). Exploring the relationship between parental concern and the management of childhood obesity. *Maternal and child health journal*, 16(4), 902-908.
- Moraes, P. M., & Dias, C. M. S. B. (2013). Nem Só de Pão se Vive: A Voz das Mães na Obesidade Infantil. *Psicologia: ciência e profissão*, 33(1), 46-59.
- Newson, L., Povey, R., Casson, A., & Grogan, S. (2013). The experiences and understandings of obesity: Families’ decisions to attend a childhood obesity intervention. *Psychology & Health*, 28(11), 1287-1305.
- Nogueira, L. C. (2004). A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, 15(1/2), 83-106.
- Oliveira, F. A., & Martins, K. P. H. (2012). Implicações subjetivas da relação mãe-criança nos quadros de obesidade infantil. *Estilos da Clínica*, 17(1), 122-135.
- Oliveira, F. L. G., & Darriba, V. A. (2015). Sobre a importância da transmissão parental do desejo para a psicanálise a partir de um caso de obesidade infantil. *Estilos da clínica*, 20(2), 265-278.
- Pinto, E. B. (2004). A pesquisa qualitativa em psicologia clínica. *Psicologia USP*, 15(1/2), 71-80.
- Polity, E. (2004). Quem se senta à cabeceira da mesa? Reflexões sobre o lugar do pai nas famílias da pós-modernidade. In Polity, E., Setton, M. Z., & Colombo, S. F. (Orgs.), *Ainda existe a cadeira do papai? Conversando sobre o lugar do pai na atualidade* (pp. 179-205). São Paulo: Vetor.
- Pulgarón, E. R. (2013). Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological co-morbidities. *Clinical Therapeutics*, 35(1), A18-A32.
- Raven, J. C, Raven, J., & Court, J. H. (1988). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven*. Manual. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rochinha, J., & Sousa B. (2012). Os estilos e práticas parentais, a alimentação e o estado ponderal dos seus filhos. *Revista SPCNA*, 18(1), 2-7.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise* (V. Ribeiro, & L. Magalhães, trads.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1944)

- Safra, G. (2005). *A face estética do Self: teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco.
- Sant'Anna, D. B. (2016). *Gordos, magros e obesos: uma história do peso no Brasil*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Santos, A. M. (2003). O excesso de peso da família com obesidade infantil. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 2(1), 1-10.
- Santos, D. M., & Sichieri, R. (2005). Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. *Revista Saúde Pública*, 39(2), 163-168.
- Santos, L. R. C., & Rabinovich, E. P. (2011). Situações Familiares na Obesidade Exógena Infantil do Filho Único. *Saúde e Sociedade*, 20(2), 507-521.
- Scaglia, A. P. (2012). *Experiência paterna em diferentes configurações familiares e o desenvolvimento do Self infantil*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Schalkwijk, A. A. H., Bot, S. D. M., Vries, L., Westerman, M. J., Nijpels, G., & Elders, P. J. M. (2015). Perspectives of obese children and their parents on lifestyle behavior change: a qualitative study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(102).
- Schwartz, M. B., & Puhl, R. (2003). Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obesity Reviews*, 4(1), 57-71.
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*, 289(14), 1813-1819.
- Setton, M. Z. (2004). Limite é um ato de afeto? In Polity, E., Setton, M. Z., & Colombo, S. F. (Orgs.), *Ainda existe a cadeira do papai? Conversando sobre o lugar do pai na atualidade* (pp. 229-245). São Paulo: Vetor.
- Silva, D. Q. (2013). A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. *Estudos de Psicanálise*, 39(1), 37-46.
- Slader, N. (2010). *Toast: the story of a boy's hunger*. London: Harper Perennial.
- Soares, M. G. (1999). Família e corrupção. In Associação Psicanalítica de São José do Rio Preto, *Psicanálise & Debate* (pp. 75-82, ano IV, n 4). Editora Rio Pretense: São José do Rio Preto.
- Soifer, R. (1982). *Psicodinamismos da família com crianças: terapia familiar com técnica de jogo*. (E. F. Alves, trad.). Petrópolis: Vozes. (Trabalho original publicado em 1978)
- Soifer, R. (1992). *Psiquiatria infantil operativa*. (J. C. A. Abreu, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1987)
- Spada, P. V. (2005). *Obesidade infantil: aspectos emocionais e vínculos mãe/filho*. Rio de Janeiro: Revinter.

- Strauss R. S. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105(1), e1-e5.
- Tachibana, M. (2011). *Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Tassara, V., Norton, R. C., & Marques, W. E. U. (2010). Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(3), 309-14.
- Tenorio, A. S, & Cobayashi, F. (2011). Obesidade infantil na percepção dos pais. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(4), 634-639.
- Trinca W. (1984). *Diagnóstico Psicológico*. São Paulo: EPU.
- Turato, E. R. (2000). Introdução à Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa – Definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 93-108.
- Turato, E. R. (2005). Método qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39(3), 507-14.
- Zehle, K, Wen, L. M., Orr, N, Rissel, C. (2007). “It’s not an issue at the moment”: a qualitative study of mothers about childhood obesity. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(1), 36-41.
- Wadden, T. A., Brownell, K. D., & Foster, G. D. (2002). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 510-525.
- Wake, M., Nicholson, J. M., Hardy, P., & Smith, K. (2007). Preschooler Obesity and Parenting Styles of Mothers and Fathers: Australian National Population Study. *Pediatrics*, 120(6), e1520-e1527.
- West, F., Sanders, M. R., Cleghorn, G. J., & Davies, P. S.W. (2010). Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1170-1179.
- Wilson, B. (2017). *Como aprendemos a comer: por que a alimentação dá tão errado para tanta gente e como fazer escolhas melhores*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- Winnicott, D. W. (1975). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In *O brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu & V. Nobre, trans., 121-131). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1968)
- Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In *Da Pediatria à Psicanálise* (D. Bogolometz, trad., 218-232) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1936)

- Winnicott, D. W. (2000). O apetite e os problemas emocionais. In *Da Pediatria à Psicanálise* (D. Bogolometz, trad., 91-111) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945)
- Winnicott, D. W. (2000). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In *Da Pediatria à Psicanálise* (D. Bogolometz, trad., 316-331) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1951)
- Winnicott, D. W. (2005). A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais. In *A família e o desenvolvimento individual*. (M. B. Cipolla, trad., 73-88). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958)
- Winnicott, D. W. (2005). O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In *A família e o desenvolvimento individual*. (M. B. Cipolla, trad., 21-28). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (2008). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processos de maturação* (I. C. S. Ortiz, trad., 38-54). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (2008). *O ambiente e os processos de maturação* (I. C. S. Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1983)
- Winnicott, D. W. (2012). Agressão e suas raízes. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (A. Cabral, trad., pp. 93-102). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1939)
- Winnicott, D. W. (2012). Raízes da agressão. In D. W. Winnicott, *Privação e delinquência* (A. Cabral, trad., pp. 102-110). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964)
- Winnicott, D. W. (2013). Alimentação do bebê. In *A criança e o seu mundo* (6º ed., A. Cabral, trad., 31-36). Rio de Janeiro: LTC. (Trabalho original publicado em 1964)
- Wu, T., Dixon Jr, W. E., Dalton III, W. T., Tudiver, F., & Liu, X. (2011). Joint Effects of Child Temperament and Maternal Sensitivity on the Development of Childhood Obesity. *Maternal and Child Health Journal*, 15(4), 469–477.

8 ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO 1 - Curva IMC-por-idade: Meninas

IMC por Idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (percentis)

Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

ANEXO 2 - Curva IMC-por-idade: Meninos

IMC por Idade MENINOS

Dos 5 aos 19 anos (percentis)

Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

APÊNDICE 1 - Ficha de identificação da criança

Nome:

Idade e data de nascimento:

Sexo:

Endereço:

Telefone:

Altura e Peso:

IMC-por-idade:

Escolaridade:

Ordem do nascimento:

Nome do Pai:

Idade, escolaridade e profissão, peso e altura:

Nome da mãe:

Idade, escolaridade e profissão, peso e altura:

Irmãos:

Ordem do nascimento				
Sexo				
Idade				
Escolaridade				
Profissão				

A criança possui algum problema de saúde física ou mental? Faz uso de medicação?

O pai e a mãe possuem algum problema de saúde física ou mental? Fazem uso de medicação?

ANEXO 3 – Critério Brasil de Classificação Econômica

Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP) – 2014

Posse de itens de conforto doméstico	Não possui	Possui 1 item	Possui 2 itens	Possui 3 itens	Possui 4 ou mais itens
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Máquina de lavar roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

Escolaridade da pessoa de referência (antigo “chefe de família”)

Nomenclatura Antiga		Nomenclatura Atual
Analfabeto / Primário incompleto	0	Analfabeto / até 3ª série Ensino Fundamental
Primário completo / Ginásial incompleto	1	4ª série do Ensino Fundamental / Ensino Fundamental II incompleto (até 7ª Série Ensino Fundamental)
Ginásial completo / Colegial incompleto	2	Ensino Fundamental II completo / Médio incompleto
Colegial completo / Superior incompleto	4	Médio completo / Superior incompleto
Superior completo	7	Superior completo

Pontos de corte	
Estrato 1	43 – 100
Estrato 2	37 – 42
Estrato 3	26 – 36
Estrato 4	19 – 25
Estrato 5	15 – 18
Estrato 6	11 – 14
Estrato 7	0 – 10

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Senhores Pais,

Apresento-me como psicóloga e aluna do curso de doutorado em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, sob a orientação da Profa. Dra. Valéria Barbieri do Departamento de Psicologia da mesma instituição. Estou desenvolvendo uma pesquisa chamada “A experiência parental e o desenvolvimento do *Self* em crianças obesas” sobre crianças que estão acima do peso, com o objetivo de conhecer o desenvolvimento emocional destas crianças e seus relacionamentos familiares, a fim de propor formas de ajuda para elas e suas famílias. Por isso, solicito a sua colaboração, autorizando a sua participação e a do seu filho(a) na pesquisa.

Primeiramente, haverá um encontro com os pais, em que eu apresentarei o estudo para vocês e após, se concordarem em participar, vocês preencherão a Ficha de Identificação da Família (contendo dados de identificação de vocês e de seus filhos e algumas informações sobre a família) e o Critério Brasil de Classificação Econômica. O segundo encontro será feito com o seu filho(a) e envolverá uma atividade em que ele(a) deverá completar figuras. O(A) seu(sua) filho(a) também será consultado(a) quanto ao seu desejo de participar do trabalho e sua vontade será respeitada.

Posteriormente, algumas famílias serão convidadas a participar de uma segunda etapa da pesquisa, em que haverá atividades com os pais e com os filhos. Nesta segunda etapa, os pais serão convidados a participar de uma entrevista sobre o seu filho(a) e suas experiências como pai/mãe, a partir da visualização de algumas figuras. Esta entrevista poderá durar cerca de 1 (uma) hora. As crianças serão convidadas a participar de uma atividade envolvendo invenção de histórias, com duração de 1 (uma) hora. Ao final de todo processo, será realizado um encontro com ambos os pais para a devolutiva dos dados.

Com o consentimento de vocês, os encontros serão gravados e transcritos, sendo que apenas eu ouvirei o conteúdo. As transcrições serão utilizadas para fins acadêmicos e os nomes serão omitidos para garantia do sigilo e da privacidade dos participantes. As gravações serão arquivadas por um período de cinco anos, sendo apagadas ao fim deste período.

Assim, para as famílias que participarem de todas as etapas da pesquisa, estão previstos um encontro com cada um dos pais, dois com ambos e dois com a criança, totalizando seis encontros. Todos os casos serão avaliados por mim, e os encontros serão realizados no Ambulatório de Nutrologia da Rua Minas, número 895, em horário a combinar, respeitando a disponibilidade da família.

Não haverá riscos diretos para as famílias participantes, a não ser a possibilidade de se emocionarem como em um atendimento psicoterápico comum, ao que será oferecido atendimento psicológico imediato pela própria pesquisadora.

As informações obtidas durante o trabalho são sigilosas e embora os dados possam ser divulgados em congressos e artigos científicos de circulação restrita aos profissionais da área, haverá alteração de identificação de vocês, de modo a preservar o sigilo ético.

A colaboração de vocês é voluntária, a recusa a participar ou a desistência ao longo do processo não implicam em qualquer tipo de penalidade ou ônus. A participação de vocês nesta pesquisa, é independente do atendimento do seu filho(a) no ambulatório de Nutrologia, por isso, a recusa ou desistência em participar, não prejudicará o atendimento realizado no ambulatório. Se vocês necessitarem de qualquer informação anterior ao início do trabalho ou no decorrer dele poderão requisitá-la comigo. Caso vocês queiram consultar as questões éticas deste trabalho, vocês poderão recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, localizado na avenida Bandeirantes, 3900 – Bloco 23, casa 37 – 14040-901 – Ribeirão Preto – SP – Brasil, telefone: (16) 33154811, ou por e-mail: coetp@ffclrp.usp.br.

Caso concordem em participar, solicito que assinem duas vias deste termo de autorização. Uma via ficará sob minha responsabilidade e a outra será entregue a vocês. Agradeço e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Psicóloga responsável
Marcela Lança de Andrade
Doutoranda em Psicologia
FFCLRP - USP

Profa. Dra. Valéria Barbieri (Orientadora)
Centro de Psicologia Aplicada
FFCLRP - USP

AUTORIZAÇÃO

Concordamos em participar da pesquisa chamada “A experiência parental e o desenvolvimento do *Self* em crianças obesas” desenvolvida pela aluna da Pós-graduação Marcela Lança de Andrade, e também autorizamos a participação de meu filho(a) _____ nela. Declaramos estarmos ciente das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do qual guardamos uma cópia.

Ribeirão Preto, _____ de, _____ de, _____

Nome do pai participante

Nome da mãe participante

Endereço para contato com a pesquisadora:

Marcela Lança de Andrade (marcela.andrade@usp.br)

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Departamento de Psicologia, Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901.

Bairro: Monte Alegre – Ribeirão Preto/SP

Telefone: (16) 981145977; (16) 994145117

ANEXO 4 – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FFCLRP/USP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Of.CETP/FFCLRP-USP/064-dgfs

Campus de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto, 26 de junho de 2015

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado "**A experiência parental e o desenvolvimento do self em crianças obesas**" foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 144ª Reunião Ordinária, realizada em 26.06.2015, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 45237915.6.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora

À Senhora
Marcela Lança de Andrade
Programa de Pós – Graduação em Psicologia da FFCLRP/USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br