

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIA E LETRAS – RIBEIRÃO PRETO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**“ OBESIDADE E FAMÍLIA – UMA CARACTERIZAÇÃO DE  
FAMÍLIAS DE CRIANÇAS OBESAS E A PERCEPÇÃO DOS  
FAMILIARES E DAS CRIANÇAS DE SUA IMAGEM CORPORAL”**

**Luciana Petenusci Venturini**

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**Ribeirão Preto – SP**

**- 2000 -**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIA E LETRAS – R.P. DEPARTAMENTO  
DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**“ OBESIDADE E FAMÍLIA – UMA CARACTERIZAÇÃO DE  
FAMÍLIAS DE CRIANÇAS OBESAS E A PERCEPÇÃO DOS  
FAMILIARES E DAS CRIANÇAS DE SUA IMAGEM CORPORAL ”**

**Luciana Petenusci Venturini**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eucia Beatriz Lopes Petean**

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Psicologia

**Ribeirão Preto – SP**

**- 2000 -**

Capa: Botero, F., A Família, 1989.

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

Venturini, Luciana Petenusci

Obesidade e Família – Uma Caracterização de Famílias de Crianças Obesas e a Percepção dos Familiares e Crianças de Sua Imagem Corporal. Ribeirão Preto, 2000.

130 p.: il.; 29,7 cm

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Deptº de Psicologia e Educação.

Orientadora: Petean, Eucia Beatriz Lopes

1. Obesidade Infantil. 2. Família. 3. Auto-imagem.

**AH! A cada passo uma incerteza;**

**a cada momento um medo, uma confusão.**

**Mas que cada um construa sua própria embarcação.**

**O mar é sempre igual aos olhos dos que comungam a mesma percepção.**

**Mas ele é muito mais amplo, profundo e surpreendente do que se pode  
imaginar... A percepção do oceano é mutante para quem se atreve a  
navegar.**

**Eduardo Simonini Lopes**

**Aos meus amados pais Vera e Antonio, que me ensinaram muito sobre a vida e incentivaram cada passo de minha caminhada.**

**E a você, Fernando, que está sempre presente com seu incentivo, dedicação e amor.**

**E como não podia deixar de ser, agradeço a toda minha família, que amo muito.**

## **Agradecimentos**

À minha orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eucia Beatriz Lopes Petean, que me guiou por toda essa caminhada, me ensinando muito e proporcionando a oportunidade do meu desenvolvimento não só como profissional, mas como pessoa.

Ao Prof. Dr. José Ernesto dos Santos que acreditou na possibilidade deste trabalho e propiciou o espaço para seu desenvolvimento.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sônia Regina Loureiro, por seu apoio, assessoria e exemplo de dedicação e profissionalismo.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Maria Pimenta, que também contribuiu com suas idéias, ajudando na busca de meus objetivos.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Leila Tardivo, que também ofereceu suas contribuições.

À equipe do Ambulatório de Nutrologia do Hospital das Clínicas da F.M.R.P., por ter cedido espaço durante o período de coleta dos dados e por ter acreditado na realização deste trabalho.

Aos funcionários do Centro Médico, Social e Comunitário da Vila Lobato pela acolhida carinhosa e pelo espaço oferecido.

Às famílias e crianças que participaram como sujeitos, despendendo um tempo de suas vidas, por acreditar na seriedade deste trabalho.

À Ana Maria e Maria Paula, queridas amigas que colaboraram muito no processo de cotação dos dados. E, em especial, à Graziela, que esteve presente em muitos momentos desta caminhada, com sua amizade, mas seriedade e exemplo de profissionalismo.

À Adriana, por seu cuidado nas traduções de alguns trabalhos.

Aos companheiros de trabalho do Programa de Pós-Graduação, Emerson, Fabíola, Érica, Carla, Renata e à querida secretária Denise.

Aos meus irmãos, que amo tanto, Marcelo, Ana Carolina e Daniela, pelo incentivo e por todas as alegrias que vivemos juntos.

Aos meus queridos avós, Anita e Ângelo (*in memorian*) e Guiomar (*in memorian*) e Antonio (*in memorian*).

À toda minha família, pelo carinho, em especial à Érica, pelo apoio, interesse e incentivo.

Aos meus sogros, Márcia e Ary, e também, à Luciana e Elza por todo apoio e carinho.

A todos os meus amigos, que sempre estiveram muito presentes e pelos quais tenho muito carinho.

Aos companheiros de trabalho do Hospital das Clínicas, Andréa, Carla, Denise, Delvana, Eliana, Flávia, Jucélia, Luísa, Marco, Marlene, Ricardo, Rosylene e Yara. E, em especial, à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carolina Funayama e Prof. Dr. Hélio R. Machado.

À Luzia Aparecida C. Borges Silva, querida Cidinha, por todo nosso trabalho e por possibilitar meu crescimento como pessoa e, conseqüentemente, como profissional.

## ÍNDICE

### RESUMO

<b>I – INTRODUÇÃO</b> .....	1
I.1. Obesidade .....	01
I.1.1. Obesidade infantil .....	04
I.2. Fatores causais da obesidade .....	06
I.3. Conseqüências decorrentes da obesidade e possíveis tratamentos .....	13
<b>II – OBJETIVOS</b> .....	19
II.1. Geral .....	19
II.2. Específicos .....	19
<b>III – MÉTODO</b> .....	20
III.1. Sujeitos .....	20
III.2. Funcionamento dos ambulatórios .....	20
III.3. Materiais .....	22
III.4. Procedimento .....	23
III.4.1. Procedimento de Elaboração do Roteiro de Entrevista .....	23
III.4.2. Procedimento para a Escolha da Atividade Gráfica .....	24
III.4.3. Procedimento para Coleta de Dados .....	25
III.4.4. Procedimento para a Análise dos Dados .....	27
• Entrevistas .....	27
• Técnica gráfica .....	28
<b>IV – CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO ESTUDADO</b> .....	35
• Crianças .....	35
• Famílias .....	37



<b>V – ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	39
V.1. Dados referentes à entrevista com os familiares .....	39
V.1.A. Dados referentes à obesidade .....	39
V.1.B. Dados referentes à alimentação da criança desde o nascimento até o momento .....	55
V.1.B.1. Alimentação emocional .....	59
V.1.C. Dados referentes ao relacionamento familiar .....	67
V.2. Dados referentes à entrevista com as crianças .....	72
V.2.A. Dados referentes à obesidade .....	72
V.2.B. Dados referentes aos hábitos alimentares das crianças .....	82
V.2.B.1. Alimentação emocional das crianças .....	85
V.2.C. Dados referentes ao ambiente familiar .....	86
V.3. Dados referentes à aplicação da técnica gráfica – desenho da figura humana .....	88
<b>VI – DISCUSSÃO</b> .....	98
VI.1. Percepção dos familiares: obesidade, necessidade de tratamento e realização do controle alimentar .....	99
VI.2. Hábitos alimentares das crianças, segundo os familiares .....	105
VI.3. Relacionamento familiar e sua possível influência no desenvolvimento de hábitos alimentares, de acordo com os familiares .....	107
VI.4. Percepção das crianças quanto à obesidade, hábitos alimentares e necessidade de tratamento .....	109

VI.5. Percepção das crianças sobre o relacionamento familiar e a possível influência nos seus hábitos alimentares -----	114
VI.6. Percepção dos familiares sobre a criança obesa e a percepção das próprias crianças sobre seu corpo -----	115
<b>VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS -----</b>	<b>123</b>
<b>VIII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----</b>	<b>126</b>

## RESUMO

A obesidade é um excesso de tecido gorduroso e estudos em várias áreas têm apontado sua origem como multifatorial. O índice de obesidade tem aumentado, tanto na população adulta, como infantil. Considerada como um dos fatores de risco à saúde, seu tratamento têm sido sugerido no sentido de cercar todos os aspectos envolvidos na sua origem, visando a modificação de hábitos alimentares e estilo de vida. O objetivo desta pesquisa foi o de realizar uma caracterização das famílias de crianças diagnosticadas como obesas, buscando investigar qual o seu papel na obesidade infantil e conhecer a percepção que essas famílias e a própria criança possuíam em relação ao seu corpo. Participaram do estudo quinze crianças obesas de ambos os sexos, com idades entre 8 e 14 anos, e seus familiares. Foi realizada uma entrevista com a criança e com a família e aplicada a técnica gráfica do Desenho da Figura Humana. Observou-se que a maioria das crianças eram do sexo masculino e a maioria delas tinha idade entre 12 e 14 anos. Em relação aos familiares, observou-se que a maior parte dos pais eram casados e a maioria deles estudou até primeiro grau. Constatou-se que, tanto os familiares quanto as crianças, reconheciam seu excesso de peso e as consequências que este poderia trazer à sua saúde física, nos relacionamentos sociais e à auto-estima. No entanto, alguns familiares apresentavam dificuldades em atuar no controle alimentar devido a sentimentos conflitantes e distorção na percepção da criança e de suas reais necessidades. Observou-se que o excesso de peso trouxe consequências para a auto-imagem da criança e que os hábitos alimentares e estilo de vida de algumas crianças permaneciam inadequados após as orientações do tratamento. Assim, sugere-se um trabalho multidisciplinar com as crianças e, principalmente, com as famílias.

**Palavras-chaves:** Obesidade infantil. Família. Hábitos alimentares. Estilo de vida. Auto-imagem.

## **I - INTRODUÇÃO**

### **I.1 - OBESIDADE**

Usualmente a obesidade é definida como a presença de um acúmulo irregular de tecido gorduroso. Quando a quantidade de tecido gorduroso é muito grande, o diagnóstico da obesidade é trivial, e muitas vezes é classificada como ‘obesidade mórbida’. (Gray, 1989)

Segundo Halpern, A. (1994) “ a obesidade é um excesso de tecido gorduroso... como regra geral o homem é obeso se tiver mais que 20% de gordura no seu organismo e a mulher, se tiver mais que 30%.” (p. 17)

Cysneiros (1996) coloca que a “obesidade é um distúrbio metabólico caracterizado por um aumento da massa adiposa do organismo, que se reflete em um aumento do peso corpóreo.” (p. 705)

A obesidade constitui-se por uma desordem metabólica de origem multifatorial, sendo que muitos pacientes obesos exibem duas irregularidades comuns: uma é comportamental, representada pelo aumento na alimentação associada ao sedentarismo, e outra, disposições manifestadas por altos níveis de circulação de insulina (hiperinsulinemia). (Martin, 1978)

De acordo com os autores acima citados, a massa de tecido gorduroso é difícil de ser medida clinicamente. Para se avaliar a gordura do organismo existem alguns métodos e um dos mais conhecidos é a Bioimpedância que permite diferenciar os componentes gordo e magro do organismo do indivíduo através de uma minicorrente elétrica. Há, ainda, alguns outros métodos como medidas de pregas da pele ou através de métodos radiológicos que medem a composição corpórea avaliando a quantidade de osso, músculo e gordura do organismo.

Índices baseados em peso e altura são comumente usados para determinar os níveis de obesidade. Mas é importante ressaltar que não se avalia a gordura de uma pessoa somente pelo peso e altura, mas também, por sua constituição, distinguindo a gordura de massa muscular.

Uma das maneiras mais comuns de se avaliar os níveis de obesidade, de acordo com Halpern, A. (1994), é através da fórmula: peso em quilos dividido pela altura em metros ao quadrado, que resulta no Índice de Massa Corpórea (I.M.C.). A partir dos dados obtidos por esta fórmula, pode-se classificar como pesados os indivíduos com I.M.C. > que 25 Kg/m<sup>2</sup>; obesos moderados os indivíduos com I.M.C. de 30 a 35 Kg/m<sup>2</sup> e como obesos mórbidos aqueles com I.M.C. > que 40 Kg/m<sup>2</sup>. Quanto maior o I.M.C. do indivíduo, maiores são os riscos de morbidade e mortalidade, bem como as dificuldades nos aspectos sociais e psicológicos.

Borrelli et al. (*apud* Monteiro, J.C., 1998) referem que os indivíduos com I.M.C. maior que 35 Kg/m<sup>2</sup> apresentam um índice de mortalidade 6,9 vezes superior nas mulheres e 4,3 vezes superior nos homens, quando comparado a indivíduos normais.

O sobrepeso também pode afetar a qualidade de vida e saúde do indivíduo, segundo Fontaine, Barofsky e Cheskin (1997). Estes autores relatam que em estudos sobre a qualidade de vida, pessoas obesas referem prejuízos em todos os aspectos de sua vida e procuram tratamento para perda de peso.

Sarlio-Lahteenkorva et al. (*apud* Almeida, 1999) colocam que pessoas severamente obesas apresentam prejuízo importante em seu funcionamento psicossocial em função de uma inabilidade em manter perda de peso através da redução alimentar.

Dessa maneira, ao se pensar que quanto maior o I.M.C., maior o risco de morbidade e mortalidade e de dificuldades nos aspectos psicossociais, pode-se dizer que a

obesidade mórbida envolve maiores fatores de risco ao indivíduo, prejudicando visivelmente sua qualidade de vida.

A literatura tem definido a obesidade em função de seu fator causal, assim, de acordo com Santoro e Barbieri (1988), ela pode ser primária, quando provocada por erros alimentares com excesso de ingestão; ou secundária, como conseqüência de outras patologias.

O índice de obesidade tem aumentado entre crianças, jovens e adultos. Em países desenvolvidos ela afeta todas as classes sociais e tem sido considerada como um problema de saúde pública. (Santoro e Barbieri, 1988)

Esta questão também é abordada por Kuczmarski (*apud* Fontaine et al., 1997) que refere que o sobrepeso é o maior problema de saúde pública nos Estados Unidos atualmente. Esse fato têm sido discutido por vários autores (Kuczmarski, *apud* Fontaine et al., 1997; Seidell, 1999), pois o aumento no índice de obesidade em países do mundo todo é alarmante, inclusive entre crianças e adolescentes.

Popkin e Udry (1998) também discutem essa questão comentando sobre o aumento na prevalência da obesidade entre as crianças norte-americanas, reforçando assim, o fato da obesidade ser considerada um dos maiores problemas de saúde pública atualmente.

Ferro-Bucher (1988) enfatiza que, nos países mais ricos, a alta incidência das perturbações alimentares tem aumentado e o número de organizações de ajuda e programas para combater tais perturbações tem crescido nos últimos anos.

Visando demonstrar o quanto a obesidade tem aumentado nos últimos anos Monteiro, C.A. (1998) apresenta alguns dados sobre a prevalência da obesidade em alguns países selecionados, no período de 1988-1996. No Brasil, na população adulta, a prevalência, em homens, é de 5,9% e, em mulheres, de 13,3%. Nos Estados Unidos, na população adulta, a prevalência, em homens, é de 19,7% e, em mulheres, de 24,7%.

Há alguns motivos que poderiam explicar este fato. Segundo Halpern, A. (1994) um consumo maior de alimentos particularmente ricos em gordura e um estilo de vida muito mais sedentário, que favorece a diminuição do gasto calórico, podem ser alguns deles. Ainda, de acordo com o autor “pela crença geral, o gordo é um indivíduo com pouca força de caráter, que come muito, que é preguiçoso...” (p. 25) É nesse sentido que ele coloca sobre a discriminação que existe em torno da obesidade, pois os obesos são “diferentes” do que se convencionou como padrão de “normalidade”.

### **I.1.1 – OBESIDADE INFANTIL**

Assim como na obesidade adulta, o índice de obesidade infanto-juvenil também tem aumentado nos últimos anos. No período de 1988-94, nos Estados Unidos, observou-se que a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes na faixa etária dos 9 aos 14 anos, do sexo masculino, variava de 10 a 12% e, do sexo feminino, de 8 a 8,5%.

Strauss (1999) refere que o índice de obesidade severa nos Estados Unidos, no período de 1963-1980, teve um aumento de 98% em crianças da faixa etária de 6 a 11 anos e de 64%, em crianças de 12 a 17 anos.

De acordo com Monteiro, C.A. (1998) a prevalência, no Brasil, de sobrepeso na infância é de 4,9%, independente do sexo. Fisberg (1995) relata um estudo realizado pela Escola Paulista de Medicina no Brasil, com a população atendida em seu hospital escola que constatou que, aproximadamente, 4 a 5% das crianças menores de 12 anos que chegam para a triagem médica, apresentam sobrepeso ou obesidade.

A respeito da situação desse quadro clínico na infância, Cysneiros (1996) refere que poucos trabalhos têm sido desenvolvidos no Brasil. De acordo com a autora, os dois primeiros anos de vida, o período entre os cinco e sete anos de idade e a adolescência, seriam alguns períodos críticos para o desenvolvimento da obesidade.

No entanto, Monteiro, C.A. (1998) refere que não há consenso sobre quais os critérios mais adequados para a classificação da obesidade em crianças e adolescentes; os valores baseados em I.M.C. estão descartados, uma vez que a distribuição desse índice varia com o crescimento e a idade.

A literatura (Dietz, 1998; Popkin e Udry, 1998) ressalta a importância das consequências da obesidade infantil na saúde física dos adultos pois, a obesidade é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de patologias como a hipertensão, aumento de colesterol e triglicérides, podendo levar a doenças cardiovasculares.

A obesidade infantil é um problema médico e cultural, onde mudanças sociais têm levado a uma alimentação rápida e gordurosa, contribuindo para o aumento de indivíduos com sobrepeso e obesidade. (Strauss, 1999) O autor coloca que o conhecimento da probabilidade que uma criança obesa tem de se tornar um adulto obeso é uma forma de se identificar precocemente crianças que necessitam de tratamento para o excesso de peso. Relata ainda que a proporção de obesidade infantil que prevalece como obesidade moderada na vida adulta é de 15 a 25% e que essa possibilidade é tanto maior quanto maior a idade da criança. A probabilidade é de que a obesidade infantil predisponha a formas mais severas de obesidade na vida adulta.

Esses dados demonstram enfaticamente o quanto a obesidade afeta a qualidade de vida e principalmente o quanto é essencial que se atente para os aspectos preventivos deste quadro.



## I. 2 - FATORES CAUSAIS DA OBESIDADE

O estudo da obesidade é algo bastante complexo, que se utiliza de vários enfoques (clínico, social, psíquico) para sua compreensão. Ainda assim, muitos de seus aspectos são desconhecidos e por isso a obesidade tem sido relacionada a vários fatores.

Ela têm sido considerada como de origem multifatorial. Cysneiros (1996) considera que a etiologia da obesidade não é ainda claramente conhecida, mas sabe-se que

“fatores etiopatogênicos múltiplos e complexos, que alteram o balanço energético, estão envolvidos na sua gênese. Esses fatores podem ser classificados em genéticos, metabólicos, nutricionais e psicossociais e parecem interagir, levando a um balanço calórico positivo predispondo a um fenótipo obeso.” (p. 705)

Keller e Stevens (1996) discorrem acerca das influências pré-natais e genéticas da obesidade, comentando que a literatura (Dietz, 1994; Ravelli et al., *apud* Keller e Stevens, 1996) considera a exposição nutricional intra-uterina, quantias e tipos de nutrientes consumidos pela mãe durante a gestação. Referem que a baixa nutrição intra-uterina pode afetar a diferenciação dos centros hipotalâmicos responsáveis pelo controle do consumo alimentar; o excesso de consumo alimentar ou a baixa nutrição no período pós-natal pode influenciar no desenvolvimento ou não da obesidade. Segundo esses autores, há divergências entre os estudos sobre as influências genéticas na obesidade infantil. Alguns dados demonstram que o total de transmissão genética que atravessa gerações é de 35%, outros dados demonstram que somente 5% e outros dados, ainda, sugerem não apenas uma influência genética, mas sim, uma rede complexa multigênica e multifatorial onde a interação gene-ambiente pode ter influência.

A constituição genética da obesidade tem sido bastante apontada. Quando os pais são magros, os filhos têm apenas 7% de chance de se tornarem obesos, se um dos pais for

obeso, a possibilidade dos filhos serem obesos é de 40% e, se ambos forem obesos, a possibilidade aumenta para 80%. (Santoro e Barbieri, 1988)

Mas, segundo Halpern, A. (1994) “há vários tipos de obesidade, boa parte delas com agregação familiar e com componente genético bastante provável, a esta influência genética são acrescidos fatores ambientais que exacerbam a tendência para o ganho de peso”. (p. 29) Dessa maneira, ele descreve alguns grupos bem definidos de indivíduos com obesidade: obesos de nascença (por fatores genéticos); obesidade pubertária e da menopausa (fatores psíquicos e hormonais); obesidade pós casamento (fatores psíquicos e culturais); obesidade pós gravidez (fatores psíquicos, hormonais e genéticos); obesidade pós cessação de atividade física (redução de gastos calóricos); obesidade causada pelo uso de drogas (medicações) e outros grupos que podem apresentar outras causas como realização de cirurgias e quadros orgânicos.

O papel dos fatores hereditários no desenvolvimento e manutenção da obesidade é pouco entendido atualmente. (Bouchard, 1989) O problema é menos compreendido quando aumentam as questões sobre genes específicos ou mecanismos geneticamente determinados que poderiam explicar alguns casos de obesidade em que o genótipo parece ser importante. Mas, também, há evidências da contribuição de fatores comportamentais e estilo de vida no desenvolvimento e manutenção desta perturbação alimentar.

A literatura descreve, ainda, os aspectos endocrinológicos que podem estar associados à obesidade. Glass (1989) considera que os aspectos endócrinos têm assumido um lugar proeminente na consideração da patogenia, diagnóstico, prognóstico e tratamento da obesidade. Alterações nas funções endócrinas, relacionadas à obesidade podem ser origem de morbidades. Dentre estas desordens endocrinológicas podem estar a diabetes, o aumento dos níveis de insulina (hiperinsulinemia) e a disfunção de determinados hormônios liberados pela glândula pituitária.

Ao se pensar em obesidade como uma desordem alimentar é preciso considerar, também, os fatores sociais e psicológicos que possam estar envolvidos no seu desenvolvimento e manutenção.

Assim é imprescindível que se diferencie fome e apetite, conceitos que têm sido descritos na literatura (Kahtalian, 1992; Halpern, A., 1994) como necessidades diferentes. Para compreendê-los é preciso o conhecimento de determinados mecanismos reguladores como centro da fome e da saciedade, situados no hipotálamo.

A fome é uma necessidade biológica que causa desprazer e que admite a comida como único objeto de remoção. O apetite é um outro tipo de necessidade, pois busca o prazer, uma satisfação libidínica, sem obedecer a reservas calóricas. Os fatores que levariam a esta busca de satisfação são bastante discutidos; há autores como Miller (*apud* Kahtalian, 1992) que consideram o apetite como submetido a um múltiplo controle que envolve várias partes do cérebro: estímulos sensoriais, distensão estomacal, processos metabólicos e fatores psicológicos.

Segundo Kahtalian (1992), Freud já havia citado a diferença entre instinto (pulsão) humano e o animal, colocando que para o ser humano o objeto de gratificação dos instintos é variável e que o homem nem sempre ingere comida como alimento. Ele refere que quando a criança busca o seio da mãe não é apenas uma satisfação alimentar que está envolvida, mas uma significativa troca de experiências frustradoras e amorosas.

Para Satter (1986) uma desordem alimentar é um problema biopsicossocial; o ambiente social primário de algumas pessoas, suas idades e ambientes familiares podem ter grande influência no desenvolvimento do quadro de obesidade. Atitudes sociais relacionadas ao ensino de idéias distorcidas sobre regulação alimentar e padrões de peso corporal, mediadas pela família, parecem ter um impacto profundo nas desordens alimentares.

Sob outro ponto de vista, Brook (1978) considera a obesidade como indefinível porque pode estar relacionada mais a uma questão de moda do que de ciência e, nessa discussão, devem-se considerar vários fatores individuais e características da população estudada, pois, os padrões de peso considerados ideais em determinadas épocas e populações devem ser levadas em consideração.

Alguns autores como Cassius (1991) e Kahtalian (1992) buscam correlações entre manifestações corporais e a vida emocional dos indivíduos. A questão da obesidade têm sido investigada de forma multidisciplinar, tentando-se buscar também aspectos emocionais que possam estar envolvidos com esse quadro clínico.

De acordo com Kahtalian (1992) a obesidade constitui um desafio em diversas áreas do conhecimento humano, seja em neuroendocrinologia, epidemiologia, nutrição ou ainda, em terapêutica. Somente nas décadas de 40 e 50, é que os aspectos emocionais passaram a receber maior ênfase na compreensão da obesidade. É importante salientar que, apesar da tentativa de conceituá-la como expressão sintomática dos conflitos internos e externos que se realimentam como num mecanismo de *feedback*, não se perde de vista seus aspectos constitucionais.

Berblinger (*apud* Kahtalian, 1992) relaciona a obesidade a vários tipos de neuroses e psicoses e refere que, dentro das neuroses, os quadros depressivos são os mais associados e, no grupo das psicoses, a doença maníaco depressiva é a mais freqüente nos casos desta desordem alimentar.

Autores como Paiva (*apud* Kahtalian, 1992) falam do ambiente familiar e do mundo externo como “moderadores da experiência fantasiosa do período de incorporação oral” e que vão se reproduzir mais tarde na vida adulta.

Cassius (1991) sugere que a obesidade possa ser uma maneira de evitar proximidade física e emocional, ou seja, uma forma de ‘proteção’; uma fome compulsiva como reação ao tédio, à solidão, à raiva, à ansiedade e à depressão, denotando dificuldades

em expressar sentimentos de maneira satisfatória e, talvez, confusão em distinguir fome física de carências emocionais e até sexuais.

A importância da família, especialmente dos pais, no processo de desenvolvimento do quadro de obesidade tem sido também relatada.

Em um estudo sobre o comportamento de crianças pré-escolares durante a refeição, Brito e Mettel (1986) constataram que os pais têm grande responsabilidade no processo de aquisição e desenvolvimento do auto-controle e da competência alimentar de seus filhos. Ao analisar as verbalizações emitidas pelos pais durante as refeições, as autoras observaram que, de maneira geral, os adultos estavam tão preocupados em fazer as crianças comerem que as impediam de criar seus próprios hábitos alimentares e de se tornarem independentes. A partir dessa observação das autoras, constata-se que a maneira como os pais lidam com suas crianças no processo do ensino dos hábitos alimentares pode influenciar na criação de seus próprios hábitos alimentares e, se tais hábitos forem ensinados de maneira inadequada, podem levar ao desenvolvimento de um quadro de obesidade infantil.

A literatura (Hilde Bruch, *apud* Kahtalian, 1992; Baldaro, Balsamo, Caterina, Fabbri, Cacciari e Trombini, 1996) ressalta a importância de se considerar a relação mãe-criança nos primeiros anos de vida, no sentido de se detectar se houve ou não uma aprendizagem defeituosa. De acordo com os autores, haveria uma dificuldade da mãe em diferenciar a real necessidade de alimento de outras necessidades como afeto, desconforto por frio ou fralda molhada, que teriam também como resposta da mãe a oferta de alimento. Estas experiências primitivas serviriam como modelo de respostas futuras e dificultariam ao próprio indivíduo perceber suas reais necessidades.

Essa dificuldade da mãe em perceber as necessidades de seu bebê também é discutida por Winnicott (1993) que coloca a importância da identificação da mãe com seu filho como uma capacidade em desviar o interesse de seu próprio *self* para o bebê e, dessa

maneira, poder perceber o que ele pode estar sentindo. Quando essa capacidade, de alguma forma, está prejudicada é tida pelo autor como patológica e não propicia boas condições para o processo de desenvolvimento natural do indivíduo. Em seu trabalho, o autor enfatiza a importância do contexto familiar e do estado emocional dos pais como fatores essenciais ao desenvolvimento emocional do indivíduo.

Keller e Stevens (1996) ressaltam a importância do envolvimento familiar nas intervenções da obesidade na infância através do uso de algumas estratégias e prudência nutricional, pois os pais exercem influência na aprendizagem social e ambiental, servindo como modelos que as crianças poderão adotar em seus comportamentos alimentares.

De acordo com Ohtahara, Ohzeki, Hanaki, Urashima, Tsukuda, Tanaka e Shiraki (1996) a subestimação, pelas mães, do peso de seus filhos parece influenciar nos problemas de peso e desordens alimentares destes na infância e adolescência.

A alimentação é um barômetro sensível do estado emocional da interação pais-filhos, de acordo com Satter (1986). Para ele, uma desordem alimentar é sintoma de distúrbios emocionais e sociais, uma tentativa de resolver ou camuflar problemas familiares que são percebidos como de difícil solução. Atitudes familiares ou estilos de interação que não mostram preocupação com a importância do papel da alimentação infantil podem impedir ou dificultar a aceitação, pela criança, do alimento e sua regulação. O autor refere que a distorção familiar que permeia um distúrbio alimentar, ignorando-o, por exemplo, atualmente é o bastante para classificar o quadro de desordem alimentar.

O papel da família na formação de sintomas psicossomáticos vem sendo amplamente discutido na literatura.

Em *Fragmento da análise de um caso de histeria*, Freud (1989) faz observações consideráveis a respeito das relações familiares. Ele considera necessário prestar atenção tanto às circunstâncias humanas e sociais dos pacientes quanto aos aspectos somáticos e

sintomas patológicos, direcionando interesse particular às circunstâncias familiares dos mesmos para investigar não só a hereditariedade, mas também, outros vínculos.

Minuchin (*apud* Féres-Carneiro, 1996) relata a estrutura disfuncional de famílias com crianças portadoras de sintomas psicossomáticos, referindo que tais sintomas desenvolvidos e manifestados pelas crianças exercem um papel importante na homeostase familiar e estão ligados com a presença ou não de tensão na relação dos pais.

Segundo Ackerman (1986)

“Claramente, a configuração da família determina as formas de comportamento necessárias nos papéis de marido e esposa, pai, mãe e filho. Portanto, a família molda os tipos de pessoas que necessita a fim de executar suas funções, e no processo cada membro concilia seu condicionamento passado com as expectativas presentes da função. ...E dentro da estrutura desse processo, cada membro algumas vezes se adapta e, outras vezes e dentro de certos limites, altera ativamente essas expectativas da função.” (p.33)

Féres-Carneiro (1996), em seu livro *Família: diagnóstico e terapia* fala resumidamente sobre as abordagens familiares. De maneira geral, ela refere que

“os autores das abordagens sistêmicas conceituam sistemas interacionais como dois ou mais comunicantes no processo de definição da natureza de suas relações. O sistema familiar é visto como um circuito de *feedback* negativo, constantemente regulado, na medida que tende a preservar seus padrões estabelecidos de interação, buscando sempre um equilíbrio, que é mantido pelas regras de interação familiar.” (p. 87)

Assim, a literatura (Freud, 1905; Winnicott, 1993; Féres-Carneiro, 1996) discorre sobre a importância da família no desenvolvimento emocional do indivíduo e investiga a possibilidade de alguns sintomas de um ou mais de seus membros decorrerem de dificuldades neste contexto familiar.

### **I.3 - CONSEQUÊNCIAS DECORRENTES DA OBESIDADE E POSSÍVEIS TRATAMENTOS**

A obesidade se torna um fator de risco, pois a ela está relacionada uma maior incidência de doenças e até mortes, a saber: diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, aumento de gorduras no sangue e outras. Assim, de acordo com Halpern, A. (1994) “o Índice de Massa Corpórea serve para sinalizar que indivíduos com valor acima de 30 Kg/m<sup>2</sup> correm sérios riscos de doença.” (p. 21)

Kissebah, Freedman e Peiris (1989) colocam que o risco das doenças como diabetes, doenças cardíacas e câncer aumenta nas pessoas com peso acima do ideal. O autor coloca que apesar da obesidade ser um fator de risco, este é um tema que ainda gera bastante controvérsia, pois muitos estudos relatam que a obesidade moderada não está associada ao aumento da mortalidade.

Possíveis consequências sociais, econômicas e psicológicas podem decorrer do aumento de peso, de acordo com Keller e Stevens (1996). Através de dados de um estudo por eles realizado, relatam que, em sete anos de seguimento de garotas adolescentes obesas, estas tiveram menos anos escolares completos, menor incidência de casamentos, rendas familiares inferiores e altos níveis de pobreza familiar, quando comparadas com garotas não-obesas. Comentam ainda, sobre a questão da imagem corporal e auto-conceito em que as adolescentes relatam insatisfação em relação ao peso e auto-imagem, pois se percebem diferentes dos padrões de “normalidade”. Chamam atenção também para o fato de que a obesidade infantil tem sido associada com grande frequência a altos níveis de sofrimento emocional e sintomatologias psiquiátricas.

A imagem corporal é um ponto importante a ser discutido em relação à obesidade, pois esta última pode trazer prejuízos ao desenvolvimento da auto-imagem do indivíduo obeso.



De acordo com Erthal (1986) o corpo é a parte mais material e visível do eu e desempenha grande papel nas percepções. É o sentido do eu físico que garante a existência do indivíduo, assim, a noção de corpo é essencial para a formação da identidade que vai sendo construída durante o processo de interação com as pessoas e com o mundo externo. A autora coloca que a partir de sua interação com o mundo externo “o indivíduo chega a diferenciar, com clareza cada vez maior, o seu auto-conceito ou auto-imagem. Auto-imagem, como já dito anteriormente, é a idéia que alguém tem de si mesmo; é o *self* fenomenal”. (p. 42)

Para Capisano (1992) a imagem do corpo vai se estruturando na mente do indivíduo, no contato consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. É a figuração do corpo em sua mente. Refere que aprende-se sobre o corpo através de movimentos e de contatos com o mundo externo.

Nesse sentido, se a forma física/estética decorrente da obesidade é “marginalizada”, pela sociedade, acredita-se que o desenvolvimento da auto-imagem da criança obesa poderá ser prejudicada.

De acordo com Appolinário (1996)

“ as alterações da imagem corporal foram primeiramente descritas nos transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia nervosa onde predomina uma auto-avaliação perturbada do peso e forma corporal, pois as pacientes com estes transtornos consideram-se geralmente gordas apesar de estarem magras. Hoje em dia observa-se que as alterações da imagem corporal podem estar presentes em diversas patologias, dentre as quais figura a obesidade.” (p. 221)

Ele considera que as pessoas com alterações da imagem corporal costumam perceber seus corpos como grotescos, podendo estar preocupadas com sua obesidade e sentimentos de auto-rejeição.

Além da questão da imagem corporal, muitas vezes há uma preocupação relacionada ao excesso de gordura e suas consequências para o organismo. Assim, buscam-se várias maneiras de perder peso através de dietas muitas vezes errôneas e destituídas de qualquer fundamento científico.

A literatura médica (Atkinson, 1989; Halpern, A., 1994) tem mostrado o risco de se seguir dietas e perder peso rapidamente, voltando a recuperá-lo mais tarde. Chama a atenção para a importância de se avaliar cada caso e de se estabelecer hábitos alimentares adequados dentro do padrão de vida de cada indivíduo como sendo o procedimento correto e eficaz para a perda de peso.

Ainda, segundo Campos, A.L. (1995) a voracidade associada à obesidade tem suas origens na privação e a realização constante de dietas pode ser um fator que ajuda a perpetuar o comportamento patológico dos indivíduos com distúrbios alimentares.

Recentemente tem sido divulgado um novo tipo de tratamento para a obesidade, principalmente nos casos de obesidade mórbida. Constitui-se de um procedimento cirúrgico onde se “grampeia” o estômago, reduzindo o volume da área que entra em contato com os alimentos. Dessa forma, o estômago não suporta uma quantidade grande de alimento e o indivíduo se acostuma a comer menos, obtendo uma perda de 25% a 35% em relação ao peso inicial. (Halpern, A., 1994)

De acordo com Kral (1989), esse tipo de cirurgia pode trazer algumas intercorrências como vômito não esperado que, por sua vez, pode causar consequências como anemia, patologia esofágica, entre outras. Uma outra intercorrência desse procedimento pode ser o novo ganho de peso devido a dificuldades na readaptação alimentar. Para que se previna tais complicações é necessário que haja monitoração rigorosa e dietas suplementares adequadas.

Vários autores (Wilson e Brownell, 1978; Satter, 1986; Halpern, A., 1994; Keller e Stevens, 1996) falam sobre tratamento comportamental da obesidade como abordagem

psicoterápica que se baseia em modificações dos hábitos de vida, principalmente dos alimentares, para alcançar a diminuição de peso e sua manutenção. Alguns programas se baseiam em modificações no estilo de vida, atividades físicas, suporte social e nutricional. Tais programas podem ser adaptados para o tratamento da obesidade infantil, principalmente como intervenção, visando prevenir seu desenvolvimento.

A obesidade precisa ser encarada como uma doença para que se possa compreender um pouco mais sobre seus aspectos ainda desconhecidos e suas formas de tratamento.

Halpern, Z.S.C. (1998) considera que a obesidade infantil é preditiva de obesidade adulta. Assim, se adultos obesos apresentam índices de morbidade e mortalidade bem maiores do que adultos com peso normal, vê-se então, a importância de se tratar o mais precocemente possível a obesidade da criança.

Uma alimentação adequada deve satisfazer às exigências nutricionais do organismo, segundo a literatura (Marcondes e Lima, 1987; Santoro e Barbieri, 1988). Tais necessidades variam de acordo com a idade, sexo, peso, estatura, atividade física, estado fisiológico, agravos à saúde e clima. Para suprir essas necessidades existem infinitas combinações alimentares, atendendo também às necessidades fisiológicas, psicológicas e sócio-econômicas do indivíduo.

Os alimentos são agrupados em quatro grupos, de acordo com sua principal fonte de nutrientes: fonte de proteínas; fonte de hidratos de carbono; de gorduras; vitaminas e sais minerais. Numa dieta alimentar adequada, alimentos desses quatro grupos devem ser ingeridos moderadamente e os horários de alimentação devem ser organizados: duas grandes refeições (almoço e jantar), uma refeição média (desjejum) e duas ou três refeições facultativas, totalizando de três a seis refeições ao dia; as pequenas refeições geralmente são constituídas de frutas ou sucos de frutas e, nos intervalos, nada deve ser ingerido. A ordem de oferecimento dos alimentos também é importante: as hortaliças -

folhas cozidas ou cruas – servidas em primeiro lugar, facilitam a saciedade; em seguida a carne e acompanhamentos como arroz e feijão, legume, em quantidades controladas, pelo alto teor de carboidrato. O leite ou derivados deve sempre fazer parte da alimentação para suprir as necessidades de cálcio. Das frutas, recomenda-se o consumo de pelo menos uma cítrica ou rica em vitamina c, diariamente.

No caso da obesidade infantil, a dieta ou controle alimentar é programada no sentido de adequar a alimentação da criança de acordo com suas necessidades, baseando-se nas quantidades descritas na tabela de recomendações Nutricionais Diárias da FAO/OMS – 1973 (*apud* Marcondes e Lima, 1987), controle do excesso de ingestão eliminando guloseimas ou reduzindo progressivamente a quantidade de alguns alimentos ricos em carboidrato. A atividade física é estimulada, pois melhora a disposição da criança em colaborar no controle da ingestão alimentar e, um acompanhamento psicológico sistemático, também é sugerido.

Por fim, Kahtalian (1992) coloca que, em relação à obesidade, várias formas de psicoterapias podem ser indicadas. O tratamento psicoterápico pode coexistir com tratamentos clínicos, pode-se realizar tratamentos individuais ou em grupo e, recentemente, a abordagem pelo tratamento da família tem ajudado bastante nos casos de crianças e adolescentes.

Como já foi colocado, o papel da família tem grande importância no processo alimentar da criança, uma vez que é provedora de hábitos alimentares, envolvendo regulação de horários, oferta de alimentos, qualidade e quantidade dos mesmos, bem como padrões de peso corporal. A influência da família no estilo de vida da criança também é fundamental, pois pode ou não direcioná-la para um estilo de vida mais saudável e ativo.

A partir destes dados da literatura apresentados, é fundamental que se questione sobre a importância do papel da família na compreensão da obesidade; de se investigar as relações familiares como possíveis causadoras ou mantenedoras de tal sintomatologia,

principalmente na infância. Esta compreensão pode ajudar a se pensar em novas maneiras de perceber e trabalhar com a obesidade, principalmente visando sua prevenção.

## **II - OBJETIVOS**

### **II.1 - GERAL**

Este estudo teve como objetivo geral realizar a caracterização de famílias de crianças na faixa etária de 8 a 14 anos de idade, diagnosticadas como obesas primárias e conhecer qual a percepção que estas famílias e a própria criança possuíam em relação ao seu corpo.

### **II.2 - ESPECÍFICOS**

De maneira mais específica, este estudo tem por objetivos:

- conhecer a percepção da família e da criança em relação ao excesso de peso, bem como investigar o conhecimento que possuem sobre a obesidade e suas possíveis consequências;
- conhecer como a criança obesa é percebida no contexto familiar;
- conhecer a história do ganho de peso e hábitos alimentares da criança;
- investigar como a família se organiza diante do tratamento procurado e como lida com a necessidade de controle alimentar da criança; e,
- conhecer a percepção que a família possui da criança e como a própria criança se percebe.

### **III – MÉTODO**

#### **III.1 - SUJEITOS**

Fizeram parte deste estudo quinze crianças na faixa etária de 8 a 14 anos de idade, diagnosticadas como obesas e seus responsáveis, que eram acompanhados pelo Ambulatório de Nutrologia, do Departamento de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (H.C.F.M.R.P.-USP) e Ambulatório de Pediatria e de Adolescentes do Centro Médico Social e Comunitário de Vila Lobato (C.M.S.C.V.L.). As crianças participantes tinham o diagnóstico de obesidade primária, três delas apresentavam problemas de saúde decorrentes de seu quadro clínico (colesterol, triglicérides); três delas apresentavam problemas de saúde independentes do excesso de peso, sendo que dois desses quadros podiam ser agravados por ele (problemas de coluna, nefrite).

As entrevistas destinadas aos familiares foram realizadas com os responsáveis pelas crianças, pais, mães ou avós. Por esse motivo utilizou-se o termo familiares, no decorrer deste estudo.

#### **III.2 – FUNCIONAMENTO DOS AMBULATÓRIOS**

No Ambulatório de Pediatria do C.M.S.C.V.L., as crianças eram acompanhadas em retornos de rotina em puericultura até a fase de pré-adolescência, quando então eram transferidas para o Ambulatório de Adolescentes, mas continuavam sendo acompanhadas em retornos de rotina médica. Assim, quando era constatado o excesso de peso, as crianças e seus familiares recebiam orientações nutricionais, principalmente sobre a necessidade de controle alimentar, dos médicos e eram encaminhadas para um grupo de obesidade, realizado no próprio Centro Médico por uma endocrinologista infantil. Nesse grupo, as

crianças e familiares eram orientados quanto aos perigos do excesso de peso e sobre hábitos alimentares adequados.

As crianças acompanhadas no Ambulatório de Nutrologia do H.C.F.M.R.P. apresentavam quadros um pouco mais graves, pois, por ser esse hospital de atendimento terciário, elas tinham sido encaminhadas por problemas de saúde, associados à obesidade ou não. Algumas delas tinham sido encaminhadas pelo excesso de peso apenas, mas porque elas próprias ou alguém da família já realizavam tratamento em outros ambulatórios do hospital. Nesse ambulatório eram realizadas orientações nutricionais sobre controle alimentar e sobre estilos de vida mais saudáveis por nutricionistas e acompanhamentos médicos, com medicação quando necessário. As crianças eram também encaminhadas para serviços de Psicologia do próprio hospital ou da cidade em que moravam, pois o ambulatório não contava com um profissional da área de Psicologia para atendimento das crianças e seus familiares.

As avaliações e classificações da obesidade, nesses ambulatórios, eram feitas baseadas no peso, idade e altura da criança, sugeridas por Marcondes e Lima (1987). Nesses ambulatórios, as crianças que se encontravam entre o percentil 75 e 90 eram classificadas como levemente obesas; entre o percentil 90 e 97,5, como moderadamente obesas e, acima do percentil 97,5, como obesas mórbidas.

Ao se obter os dados das crianças através dos prontuários médicos, nas instituições, até para a seleção das crianças, observou-se que nem sempre as classificações estavam de acordo com os critérios utilizados por eles, por exemplo, às vezes, encontrava-se como diagnóstico apenas o termo “excesso de peso” ou “obesidade”. Para o presente trabalho buscou-se, então, uma padronização da classificação do excesso de peso das crianças como sugerido pela literatura (Marcondes, 1985; Marcondes e Lima, 1987; Veiga et al., 1992).

Na literatura (Marcondes, 1985; Marcondes e Lima, 1987; Veiga et. al., 1992) a obesidade não é classificada em três tipos – leve, moderada e mórbida – mas apenas em sobrepeso e obesidade.

As avaliações nutricionais e classificações se baseiam na distribuição de percentis de uma população estudada pela National Center for Health Statistics (NCHS) aceito para uso internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (*apud* Veiga et al., 1992) e utilizam os indicadores estatura/idade; peso/idade e peso/estatura de 0 a 18 anos. Mas, para crianças acima de 10 anos, o indicador peso por estatura não é apresentado. Veiga et al. (1992) propõe uma adaptação utilizando-se a estatura apresentada pela criança/adolescente no P50 e seu peso correspondente à idade representada por esta estatura, e não sua idade real, que seria considerado, então o peso esperado para estatura. Para o presente trabalho foi utilizada essa proposta da autora.

A população atendida por esses ambulatórios era, em sua maioria, de nível sócio-econômico baixo e médio-baixo, uma vez que os serviços oferecidos por eles são públicos.

### **III.3 - MATERIAIS**

Foram utilizados dois roteiros de entrevista semi-estruturados (um para os familiares e outro para as crianças), um gravador, fitas cassetes, papel, lápis e borracha, necessários à realização da técnica gráfica utilizada (Desenho da Figura Humana).

### **III.4 - PROCEDIMENTO**

#### **III.4.1 – PROCEDIMENTO DE ELABORAÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Nesta pesquisa foram utilizados dois roteiros de entrevista semi-estruturados, um com os familiares e outro, com as crianças.

O roteiro de entrevista utilizado com os familiares (anexo 1) teve por objetivo colher dados referentes ao conhecimento que estes possuíam acerca da obesidade e suas



possíveis conseqüências, como a família se organizava diante das possibilidades de tratamento; o relacionamento familiar; história de ganho de peso da criança (evolução de seu peso desde pequena, início do ganho excessivo de peso, fatos ocorridos nessa época) e seus hábitos alimentares.

Tendo em vista os objetivos descritos, a elaboração deste instrumento baseou-se em roteiros de anamnese infantil, pois suas questões possibilitam a investigação do desenvolvimento da criança e o contexto em que se dá este desenvolvimento, e no roteiro de entrevista utilizado com pacientes obesos, para investigação da história de ganho de peso e hábitos alimentares. Estes dois roteiros eram utilizados no Ambulatório de Psicologia do H.C.F.M.R.P.. A construção dos tópicos e seqüência de itens foi organizada pensando-se nos objetivos da pesquisa e atendendo às normas descritas pela literatura (Cannell e Kanh, 1974; Mucchielli, 1979).

O roteiro de entrevista utilizado com as crianças (anexo 2) teve como objetivo coletar dados sobre a percepção da criança sobre seu quadro clínico, sobre o conhecimento que possuía a respeito de seu excesso de peso e as possíveis conseqüências do mesmo; sobre seu relacionamento familiar; seus hábitos alimentares e alimentação emocional (alimentação em função do estado emocional da criança).

Para a elaboração dos tópicos e seqüência de itens, seguiu-se as normas descritas pela literatura já citada e tomou-se por base o roteiro de entrevista utilizado com pacientes obesos, no Ambulatório de Psicologia do H.C.F.M.R.P. e o Questionário Holandês de Comportamento Alimentar – Wardle (*apud* Almeida, 1999), traduzido e utilizado por Almeida (1999).

De acordo com as recomendações da literatura (Cannell e Kanh, 1974; Mucchielli, 1979) o roteiro foi pré-testado e alguns itens sobre a história de vida da criança foram retirados, pois considerou-se que dados minuciosos sobre o desenvolvimento

neuropsicomotor, sono e controle de esfíncter iriam estender a investigação, não trazendo dados muito relevantes em relação aos objetivos propostos.

### **III.4.2. – PROCEDIMENTO PARA A ESCOLHA DA ATIVIDADE GRÁFICA**

Tendo por objetivo obter dados mais profundos acerca da percepção que os familiares apresentavam a respeito das crianças, assim como, a percepção que as crianças possuíam a respeito do próprio corpo, optou-se pela realização da técnica gráfica, o Desenho da Figura Humana (D.F.H.) proposta por Machover (1949) como técnica projetiva.

Acreditou-se que o uso de uma técnica projetiva poderia ser importante no sentido de se obter dados difíceis de o indivíduo comunicar, de forma manifesta, a nível verbal.

Alguns autores (Van Kolck, 1984; Campos, D.M., 1996) discorrem acerca da importância do desenho como técnica projetiva na observação de defesas que o indivíduo pode projetar em seu grafismo.

Segundo Campos, D.M. (1996)

“ nos desenhos, o indivíduo se expressa de uma forma mais primitiva, concreta em nível motor ... O emprego do desenho como técnica projetiva levou a se descobrir que os conflitos mais profundos, frequentemente, se refletem mais prontamente no papel.” (p. 20-21)

Mais especificamente, Van Kolck (1984) coloca que o D.F.H. é bastante utilizado como técnica projetiva pois tem suas bases no conceito de imagem corporal, “veículo de expressão de sua personalidade”. A autora considera que ao entender a imagem corporal como Schilder (*apud* Van Kolck, 1984) a conceitua, a saber, “aquela representação que formamos mentalmente de nosso próprio corpo, isto é, a forma como ele nos aparece”,

pode-se refletir a respeito de que o D.F.H. possa conter muito mais do que a pessoa saiba, conscientemente, de seu próprio corpo.

Assim, acreditou-se que o D.F.H. poderia levantar dados mais profundos sobre a imagem corporal e outros aspectos inconscientes dos participantes desse estudo, levando a uma maior compreensão dos dados manifestos por eles buscando, então, atingir os objetivos propostos.

### **III.4.3 – PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS**

Para a realização deste projeto obteve-se, inicialmente, a autorização dos responsáveis pelos ambulatórios de Nutrologia do H.C.F.M.R.P. e de Pediatria do C.M.S.C.V.L. (anexos 3 e 4) para coletar os dados junto aos familiares e as crianças atendidas por eles. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ética Médica em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP e, após sua aprovação (anexo 5), iniciou-se a coleta de dados.

Através dos ambulatórios obteve-se a indicação e os dados das crianças que apresentavam o diagnóstico de excesso de peso, nos prontuários, para que se pudesse entrar em contato com seus familiares, o que foi feito através do próprio ambulatório ou por cartas.

A partir do contato com os familiares e crianças, os objetivos da pesquisa foram explicados bem como os procedimentos (entrevista e técnica gráfica) e, aos que concordaram em participar, solicitou-se que lessem e assinassem o termo de consentimento pós-informação (anexo 6).

As entrevistas foram realizadas inicialmente com os familiares e após as mesmas, a técnica gráfica, solicitando que realizassem a) desenho da figura humana; b) desenho do sexo oposto, de acordo com as instruções propostas por Machover (1949); posteriormente, introduziu-se a solicitação do desenho da criança, por se considerar que poderia enriquecer

os dados sobre sua percepção da criança. Em seguida, realizou-se a entrevista e a técnica gráfica com as crianças, sendo que para elas solicitou-se a) desenho da figura humana; e b) desenho do sexo oposto, também de acordo com as instruções propostas por Machover (1949).

Todos os dados foram coletados nas salas de atendimento dos próprios ambulatórios e tiveram duração de, aproximadamente, uma hora e meia a duas horas. Em alguns casos, houve necessidade de marcar mais uma sessão para encerrar a coleta.

Para as identificações das crianças e seus familiares, neste trabalho, utilizaram-se números que correspondem à ordem de realização das entrevistas, seguidos pela idade e sexo da criança – F para feminino e M para masculino – (Mãe 3, 13a, F, por exemplo).

### **III.4.4 – PROCEDIMENTO PARA A ANÁLISE DOS DADOS**

- **Entrevistas**

Visando alcançar os objetivos propostos, alguns dados das entrevistas foram analisados quantitativamente, através da análise percentual, e outros qualitativamente.

Para a análise qualitativa optou-se pela Análise Temática de Conteúdo (Minayo, 1993). De acordo com a literatura, esta análise constitui-se de três etapas importantes. A primeira fase é de pré-análise do material para retomar as hipóteses e objetivos iniciais, revendo-os frente ao material coletado e realizando-se uma leitura flutuante, constituição do *Corpus* e formulação de hipóteses e objetivos. A segunda fase contou com a exploração do material, recorte do texto em unidades de registro, escolha de regras de contagem, classificação e agregação dos dados em categorias. E a última fase, de tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Esse tipo de sistema de análise se aproxima do sistema descrito por Biasoli-Alves (1998) como Quantitativo-Interpretativo, que busca a passagem de uma análise quantitativa-descritiva para interpretativa.

Estas autoras enfatizam a importância da atenção para a questão da subjetividade do pesquisador, pois é necessário um nível de inferência, mas sem perder de vista a objetividade dos dados.

Assim, para iniciar a fase de análise, as entrevistas gravadas foram transcritas literalmente e a seguir, foi realizada uma leitura flutuante do material transcrito para se classificar os dados em temas, dentro das possibilidades oferecidas pelas questões.

Os dados brutos referentes à caracterização do grupo estudado foram apresentados em tabelas, para melhor visualização dos mesmos, a saber: a) crianças (sexo, faixa etária, nível de instrução, tempo de seguimento nos ambulatórios e classificação da obesidade); e b) famílias (estado civil dos pais, renda familiar, nível de instrução e ocupação das mães).

Os dados obtidos a partir do roteiro de entrevista com os familiares foram classificados em três grandes temas: 1) dados referentes à obesidade; 2) dados referentes à alimentação da criança desde o nascimento até o momento e; 3) dados referentes ao relacionamento familiar; onde alguns dados foram analisados quantitativamente em termos de percentuais e, outros, qualitativamente. Os dados obtidos através das questões IV.1c; IV.3b; IV.4 a e b; VII. desenvolvimento do comportamento alimentar.h; histórico da obesidade 6, 7 e 9, não foram utilizados, pois não foram significativos aos objetivos propostos pelo estudo.

Os dados obtidos através do roteiro de entrevista com as crianças também foram classificados em três grandes temas: 1) dados referentes à obesidade; 2) dados referentes aos hábitos alimentares das crianças e; 3) dados referentes ao relacionamento familiar; onde alguns dados foram analisados quantitativamente, em termos de percentuais e outros,

qualitativamente. Posteriormente realizou-se a análise comparativa dos dados das crianças com os dados dos familiares.

- **Técnica Gráfica**

A avaliação dos desenhos foi realizada segundo a metodologia e interpretação proposta por Van Kolck (1984). Inicialmente propôs-se a cotação das representações gráficas de 13 itens selecionados, que estão entre aqueles que a autora considera que têm seu significado diretamente associado à imagem corporal, a saber, **quanto aos aspectos gerais**; 1) tamanho em relação à folha; e 2) qualidade do grafismo; **quanto aos aspectos formais**; 3) temática; 4) simetria; 5) proporção; e 6) indicadores de conflitos; **quanto aos aspectos de conteúdo**; 7) olhos; 8) boca; 9) pescoço; 10) tronco; 11) cintura; 12) pernas; e 13) braços. Tais itens, segundo proposto pela autora, contém 116 índices como possibilidade de avaliação, organizados em um protocolo para avaliação, que foi utilizado para a cotação e análise dos desenhos (anexo 7).

Os índices foram cotados independentemente por dois psicólogos e quando ocorreu desacordo entre eles, foi realizada uma avaliação de consenso por um terceiro psicólogo. Em seguida, para avaliar o nível de concordância entre os dois avaliadores, na cotação dos itens para o grupo de crianças e de familiares separadamente, utilizou-se um cálculo de acordo – **ACORDO = concordância possível – discordância real / unidades de cotação**, onde a unidade de acordo referiu-se à cotação de cada um dos 13 itens do protocolo de avaliação.

Na tabela abaixo são apresentados os índices de acordo para cada criança e cada familiar e os acordos médios para cada grupo.

TABELA 1: Índices de acordo entre os avaliadores para os grupos de familiares e crianças, no Desenho da Figura Humana.

<b>Familiares</b>	<b>Acordo</b>	<b>Crianças</b>	<b>Acordo</b>
<b>1</b>	0.80	<b>1</b>	0.82
<b>2</b>	0.98	<b>2</b>	0.74
<b>3</b>	0.87	<b>3</b>	0.74
<b>4</b>	0.89	<b>4</b>	0.79
<b>5</b>	0.89	<b>5</b>	0.87
<b>6</b>	0.81	<b>6</b>	0.85
<b>7</b>	*	<b>7</b>	0.79
<b>8</b>	0.91	<b>8</b>	0.86
<b>9</b>	0.81	<b>9</b>	0.80
<b>10</b>	0.86	<b>10</b>	0.88
<b>11</b>	0.83	<b>11</b>	0.78
<b>12</b>	0.74	<b>12</b>	0.80
<b>13</b>	0.78	<b>13</b>	0.77
<b>14</b>	0.78	<b>14</b>	0.72
<b>15</b>	0.83	<b>15</b>	0.70
<b>AM</b>	0.84	<b>AM</b>	0.79

\* O familiar 7 recusou-se a realizar os desenhos solicitados.

Os índices de acordo na avaliação dos sujeitos variaram de 0.70 (crianças) a 0.98 (familiares) e são considerados aceitáveis. Os resultados de acordo médio obtidos, para as crianças, foi de 0.79 e para os familiares, de 0.84, também considerados aceitáveis.

Em seguida, buscou-se obter a frequência e porcentagem da ocorrência dos índices para proceder à avaliação qualitativa-interpretativa de acordo com os significados de cada item, propostos por Van Kolck (1984). No entanto, verificou-se que tais índices se distribuíram de uma forma pouco concentrada dentro dos itens avaliados.

Ao recorrer à literatura encontrou-se uma proposta realizada por Almeida (1999) de agrupamento dos dados. A autora buscou avaliar itens e índices que tivessem seu significado diretamente associado à imagem corporal e assim, avaliou 11 itens relacionados aos aspectos gerais e 15 itens relacionados aos aspectos de tamanho e proporcionalidade dos desenhos.

Para o presente trabalho baseou-se, então, na proposta de Almeida (1999) para agrupamento dos dados, analisando os 13 itens selecionados inicialmente, sendo que 4

itens contendo 22 índices, estavam relacionados aos aspectos gerais dos desenhos.

(QUADRO 1)

QUADRO 1: Itens e índices utilizados na avaliação dos aspectos gerais dos Desenhos da Figura Humana.

<b>ITENS</b>	<b>ÍNDICES</b>
<b>Qualidade do grafismo</b>	- linha grossa; linha média; linha fina; traço contínuo; traço avanço-recuo; traço interrompido; traço trêmulo
<b>Temática</b>	- figura mais jovem; figura mais velha; de idade aproximada; auto-imagem; mesmo sexo do desenhista; estereótipo; desenho pedagógico; ausência de tema
<b>Simetria</b>	- normal; exagerada; com distúrbios
<b>Indicadores de conflitos</b>	- correções e retoques/borraduras; sombreamentos; omissões; nenhum indicador

Com relação aos aspectos relacionados ao tamanho e proporcionalidade dos desenhos, foram analisados 9 itens contendo 33 índices que são apresentados no QUADRO 2.



QUADRO 2: Itens e índices utilizados na avaliação dos aspectos relacionados ao tamanho e proporcionalidade dos desenhos.

<b>ITENS</b>	<b>ÍNDICES</b>
<b><i>Itens Gerais</i></b>	
<b>Tamanho em relação à folha</b>	- grande/muito grande; médio; pequeno/muito pequeno
<b>Proporções</b>	- correta; ausente
<b><i>Itens Específicos</i></b>	
<b>Olhos</b>	- grandes; médios; pequenos; omissão
<b>Boca</b>	- grande; média; pequena; omissão
<b>Pescoço</b>	- comprido/longo; médio; curto; distorção na forma; omissão
<b>Tronco</b>	- distorção na forma; representação adequada; omissão
<b>Cintura</b>	- grande; proporcionada; pequena ou apertada
<b>Pernas</b>	- grossas; longas/longas e finas; médias; pequenas e frágeis/curtas e finas; omissão
<b>Braços</b>	- longos; médios; curtos; omissão.

Para a avaliação de tais itens e índices, foi utilizada a primeira figura representada pelo familiar e pela criança. Esse procedimento foi adotado tanto com o propósito de não estender a avaliação e discussão dos dados, quanto pela importância de suas implicações na análise do grafismo da figura humana, discutidas na literatura. Esse procedimento de análise também foi utilizado com a terceira figura representada pelos familiares, ou seja, suas representações gráficas das crianças.

No caso de algumas entrevistas realizadas com ambos os pais, considerou-se a avaliação do desenho realizado pela mãe.

Em seus trabalhos de pesquisa, Van Kolck (1966) aplicou o Desenho da Figura Humana em 490 adolescentes, de ambos os sexos, com idades entre 12 e 18 anos, moradores de quatro grandes centros urbanos no Brasil e obteve, como um dos sinais comuns ao grupo estudado, que a figura do próprio sexo foi desenhada em primeiro lugar.

Com isso, a autora coloca que “o indivíduo ao atender à solicitação – “desenhe uma pessoa”- lança sobre o papel a imagem corporal que possui e que se torna veículo de expressão de sua personalidade.”

Van Dyne e Carskadon (*apud* Kahill, 1984) relataram correlações moderadas entre auto-avaliações de estudantes universitários e suas avaliações dos desenhos do mesmo sexo, mas não para o desenho da figura do sexo oposto. Assim, esses autores sugeriram que sujeitos normais têm, provavelmente, menor probabilidade de disparidade entre *self* atual e ideal do que a amostra de sujeitos psiquiátricos. Estes autores sugeriram que a projeção de conteúdos do próprio indivíduo pode ser sustentada somente nos desenhos de figura humana do mesmo sexo do sujeito que desenha.

Considerou-se importante investigar as representações que os familiares possuíam de suas crianças, se elas seriam uma representação de suas características reais ou ideais. Sendo assim, o índice ‘auto-imagem’ contido no item Temática, não foi considerado na análise desta última representação gráfica, pois entendeu-se que a própria instrução - desenhe a criança – descartaria a projeção de aspectos próprios na realização do desenho. O índice ‘ausência de tema’ também não foi considerado, uma vez que a temática estava relacionada ao desenho da criança. Nos índices referentes à ‘idade’ e ‘sexo da figura’, considerou-se a idade e sexo da própria criança atribuídos pelos familiares.

Posteriormente a essa análise, obteve-se mais uma vez a frequência e porcentagem da ocorrência dos índices para proceder à avaliação quantitativa-interpretativa de acordo com os significados de cada item, propostos por Van Kolck (1984).

Assim, foi realizada a análise interpretativa dos itens e índices para as duas unidades de produção dos familiares e para a da criança, enfatizando a obtenção de dados sobre a auto-imagem dos próprios familiares, a percepção que tinham da criança e da auto-imagem da própria criança. Os dados obtidos foram comparados entre si, ou seja, os dados sobre a auto-imagem dos familiares foram comparados com os dados sobre a

representação das crianças; os dados obtidos sobre a auto-imagem da criança foram comparados com a representação que os familiares tinham das mesmas; e alguns dados sobre a auto-imagem dos familiares foram comparados com aqueles relativos à auto-imagem das crianças. Além disso, alguns dados obtidos na entrevista com familiares e crianças foram utilizados para esta discussão.

#### IV. CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO ESTUDADO

Para iniciar a análise dos dados, considerou-se importante realizar uma caracterização das crianças e seus familiares que participaram deste estudo.

- **CRIANÇAS**

TABELA 1: Caracterização do grupo de crianças.

<b>CRIANÇAS</b>					
No da entrev.	Sexo	Idade	Instrução	Tempo de Seguem.*	Classif. Obesid.**
1	Masculino	9a 9m	2a série	2a3m	Obesidade
2	Masculino	11 a 9m	4a série	1a2m	Obesidade
3	Feminino	13 a 10m	5a série	9m	Obesidade
4	Masculino	13 a 2m	7a série	3m	Obesidade
5	Feminino	13 a 9m	6a série	1m	Obesidade
6	Masculino	11 a 4m	6a série	2m	Obesidade
7	Feminino	13 a 3m	6a série	1a3m	Obesidade
8	Feminino	9 a 9m	4a série	10m	Obesidade
9	Masculino	10a	3a série	10a	Obesidade
10	Masculino	9 a 9m	4a série	9a	Obesidade
11	Masculino	13 a 8m	7a série	2m	Sobrepeso
12	Masculino	8 a 5m	2a série	8a3m	Obesidade
13	Masculino	11 a 11m	6a série	4m	Sobrepeso
14	Masculino	13 a 3m	7a série	13a	Obesidade
15	Masculino	9 a 8m	4a série	9a7m	Obesidade

\* Tempo de seguimento da criança nos ambulatórios.

\*\* Classificação do excesso de peso da criança, de acordo com o referido na literatura. (Marcondes, 1985; Marcondes e Lima, 1987; Veiga et al., 1992)

Através dos dados levantados com as crianças deste estudo, obteve-se que 27% delas eram do sexo feminino e 73%, do sexo masculino.

De acordo com o inquérito realizado por Health and Nutrition Examination Survey – NHANES III no período de 1988 a 1994, nos Estados Unidos, a prevalência da obesidade em crianças e adolescentes na faixa etária dos 9 aos 14 anos, do sexo masculino, varia de 10 a 12% e, do sexo feminino, de 8 a 8,5% (Monteiro C.A., in Halpern et al., 1998). Essa diferença da prevalência da obesidade em relação ao sexo, sendo maior em meninos, é concordante com os dados descritos sobre as crianças desta pesquisa.

Em relação à faixa etária, 27% das crianças tinham idade entre 8 a 10 anos; 33% delas, entre 10 e 12 anos e 40%, entre 12 e 14 anos. Sendo que 47% delas frequentavam da 1a a 4a séries e 53%, da 5a a 8a séries do 1o grau.

Os dados da TABELA 1 mostram que o tempo de seguimento das crianças nos ambulatórios, em média, correspondia a 3 anos e 8 meses. As crianças que tinham tempo de acompanhamento ambulatorial superior a 2 anos, eram crianças acompanhadas em retornos de rotina (atendimentos de puericultura) no C.M.S.C.V.L..

No presente estudo obteve-se a classificação do excesso de peso das crianças, de acordo com a literatura (Marcondes, 1985; Marcondes e Lima, 1987; Veiga et al., 1992) e constatou-se que, de todas as crianças participantes, 87% delas apresentam um quadro de obesidade e 13%, de sobrepeso.

- **FAMÍLIAS**

TABELA 2: Caracterização do grupo de familiares.

<b>No da Entrevista</b>	<b>Estado Civil dos Pais</b>	<b>Renda (s. mínimo)</b>	<b>Instr. Pais</b>	<b>Instrução Mães</b>	<b>Ocupação Mães*</b>
1	<b>Solteiros</b>	-	<b>s/ inform.</b>	<b>s/ inform.</b>	<b>Fora</b>
2	<b>Casados</b>	4	<b>Técnico</b>	<b>4a série</b>	<b>Fora</b>
3	<b>Casados</b>	5-6	<b>2a série</b>	<b>4a série</b>	<b>Em casa p/ fora</b>
4	<b>Casados</b>	14	<b>2o grau incomp.</b>	<b>7a série</b>	<b>Em casa p/ fora</b>
5	<b>Casados</b>	4	<b>5a série</b>	<b>4a série</b>	<b>Fora</b>
6	<b>Casados</b>	15	<b>Superior</b>	<b>2o grau</b>	<b>Fora</b>
7	<b>Casados</b>	7	<b>2a série</b>	<b>4a série</b>	<b>Fora</b>
8	<b>Separados</b>	4-5	<b>2a série</b>	<b>4a série</b>	<b>Do lar</b>
9	<b>Solteiros</b>	2	<b>s/ inform.</b>	<b>5a série</b>	<b>Fora</b>
10	<b>Casados</b>	9	<b>2a série</b>	<b>2o grau</b>	<b>Fora</b>
11	<b>Casados</b>	4	<b>Superior</b>	<b>Sup. Inc.</b>	<b>Do lar</b>
12	<b>Solteiros</b>	3	<b>8a série</b>	<b>4a série</b>	<b>s/ inform.</b>
13	<b>Solteiros</b>	4	<b>s/ inform.</b>	<b>6a série</b>	<b>Fora</b>
14	<b>Casados</b>	3	<b>4a série</b>	<b>4a série</b>	<b>Do lar</b>
15	<b>Casados</b>	8	<b>5a série</b>	<b>6a série</b>	<b>Fora</b>

\* Este dado refere-se ao local de ocupação das mães, ou seja, em casa (do lar) ou fora. Existem mães que fazem trabalho para fora, em casa.

De acordo com a TABELA 2, a maioria dos pais eram legalmente casados; 20% eram solteiros e 13% deles, separados.

Quanto à renda familiar, 53% das famílias participantes possuíam uma renda de 2 a 5 S.M.; 27% delas possuíam uma renda de 5 a 8 S.M.; 13%, uma renda de 11 a 16 S.M. e 7%, uma renda de 8 a 11 S.M. Neste item é importante se considerar que a população que procura atendimento no Hospital das Clínicas da F.M.R.P.U.S.P. e em Postos de Saúde, como o Centro Médico Social Comunitário da Vila Lobato, é em sua maioria pertencente à classe econômica baixa e/ou média baixa, uma vez que estas instituições oferecem serviços de saúde gratuitos à população de baixa renda.

Quanto ao grau de instrução, 80% das mães estudaram até o 1o grau; 13% estudaram até o 2o grau, sendo que somente 7% delas tinha ensino superior incompleto. Em relação ao grau de instrução dos pais, 60% estudaram até o 1o grau; 7% até o 2o grau; 13% até o curso superior; 7% realizaram curso técnico e, sobre 13%, não obteve-se este dado, uma vez que os entrevistados não souberam informá-lo.

Na TABELA 2 um dado importante diz respeito à ocupação das mães. Constatou-se que 60% das mães ou outros cuidadores próximos à criança trabalhavam fora e 33% trabalhavam em casa, sendo que 2 delas trabalhavam em casa fazendo encomendas para fora e sobre 7% delas não obteve-se a informação.

## V - ANÁLISE DOS DADOS

A seguir serão apresentados dados obtidos nas entrevistas com os familiares.

### V.1 - DADOS REFERENTES À ENTREVISTA COM OS FAMILIARES

Os dados abaixo apresentam questões referentes à obesidade da criança, seu tratamento, a percepção e conhecimento dos familiares sobre este quadro clínico.

#### V.1.A - DADOS REFERENTES À OBESIDADE

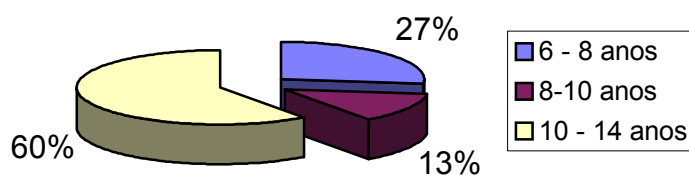


FIGURA 1: Distribuição da frequência relativa das idades em que a obesidade foi diagnosticada.

De acordo com a FIGURA 1, em 60% dos casos a obesidade foi diagnosticada entre 10 e 14 anos; em 27% dos casos entre os 6 e 8 anos; e em 13% dos casos, entre 8 e 10 anos.

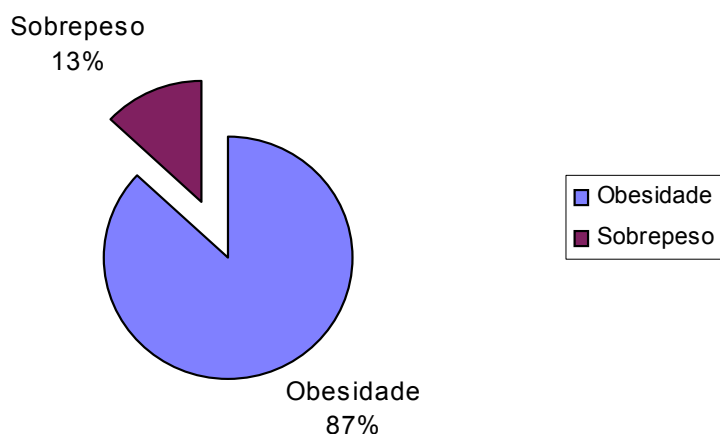


FIGURA 2: Distribuição da frequência relativa da amostra de crianças de acordo com a classificação diagnóstica da obesidade.

A FIGURA 2 apresenta a distribuição das crianças de acordo com a classificação diagnóstica para a obesidade, onde se relaciona o peso da criança com a altura e de acordo com sua faixa etária. Os dados mostram que 87% das crianças que participaram desse estudo foram classificadas como obesas e 13% apresentavam sobrepeso.

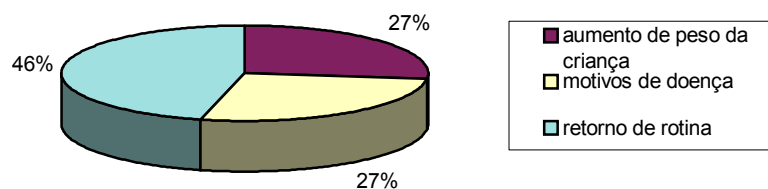


FIGURA 3: Motivos da procura pelo atendimento médico: frequência relativa.

Como pôde-se constatar através da FIGURA 3, em 46% dos casos, o aumento de peso foi diagnosticado em retornos médicos de rotina (retornos de puericultura), 27% dos familiares procuraram atendimento médico espontaneamente por causa do aumento de peso e 27% deles procuraram por motivos de doenças. Assim, na maioria dos casos (73%), a busca de uma ajuda médica ocorreu por motivos outros, que não a preocupação com o excesso de peso.

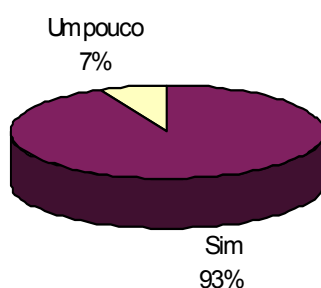


FIGURA 4: Distribuição da frequência relativa de familiares que referiram a necessidade de reduzir o peso.

Através da FIGURA 4, pôde-se constatar que 93% dos familiares entrevistados consideravam importante que a criança emagrecesse e 7%, consideravam “um pouco” importante.

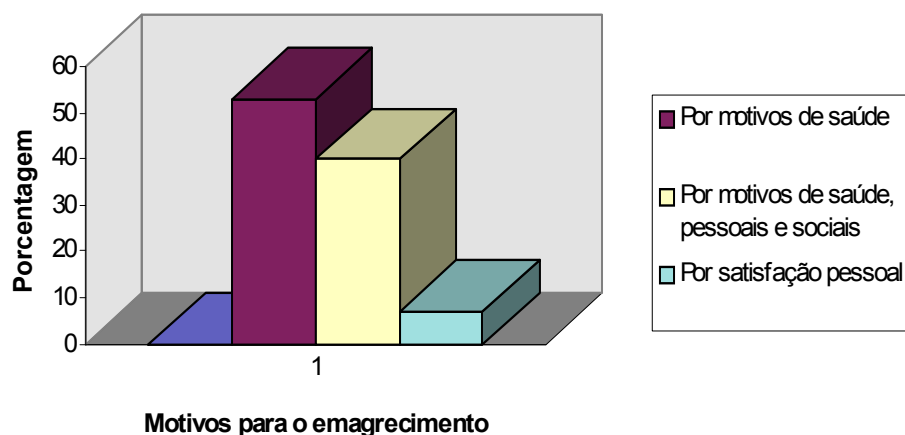


FIGURA 5: Distribuição da frequência relativa das opiniões dos familiares sobre os motivos para a necessidade de redução de peso da criança.



Na FIGURA 5, tem-se que 53% dos familiares consideravam importante que a criança emagrecesse por motivos de saúde; 40% deles, por motivos de saúde, pessoais e também sociais e 7%, por motivos de satisfação pessoal, ou seja, a necessidade da criança sentir-se bem.

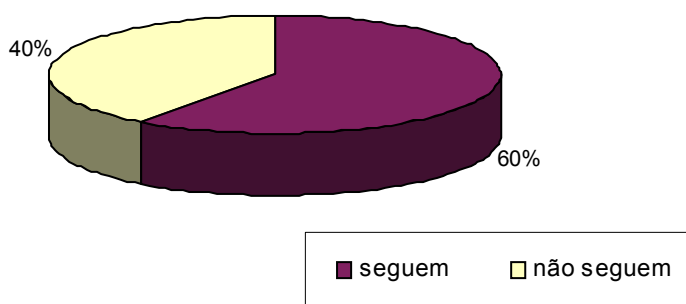


FIGURA 6: Distribuição da frequência relativa da opinião dos familiares sobre a aderência da criança ao tratamento.

De acordo com os familiares, 60% das crianças, isto é, a maioria delas seguiam a dieta ou orientações dos hábitos alimentares e 40% delas não seguiam.

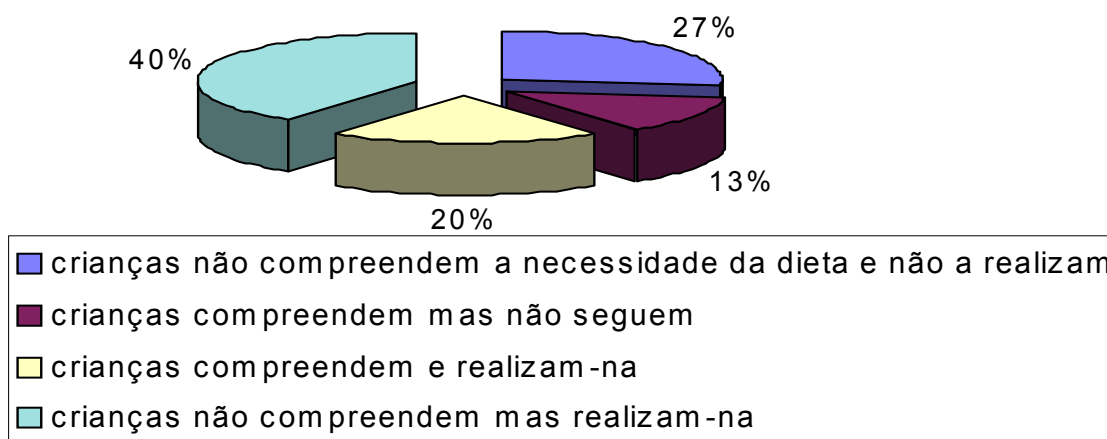


FIGURA 7: Distribuição da frequência relativa da opinião dos pais sobre a compreensão da criança em função da realização da dieta.

A FIGURA 7 apresenta os dados a respeito da opinião dos pais sobre a compreensão da criança em função da realização da dieta. Assim, das crianças que seguiam uma dieta ou as orientações sobre hábitos alimentares adequados, 40% delas não compreendiam sua necessidade mas faziam-na com a ajuda da família, 20% compreendiam e realizavam-na. Das crianças que não seguiam a dieta, 27% não compreendiam sua necessidade e 13% delas compreendiam sua necessidade mas não conseguiam segui-la.

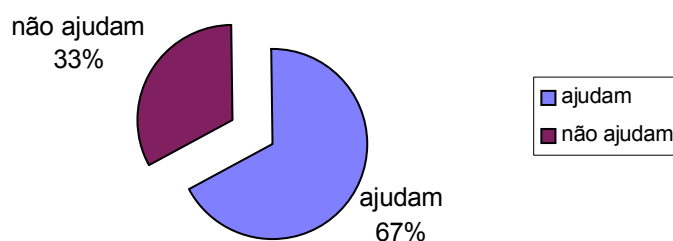


FIGURA 8: Atitudes dos familiares com relação ao controle alimentar da criança: frequência relativa.

TABELA 4: Frequência relativa da atitude dos familiares no controle alimentar das crianças, em função da realização ou não da dieta.

Atitude dos Familiares \ Realização da Dieta	<i>Sim</i> (N=9)	<i>Não</i> (N=6)
	<i>Ajudam</i>	100%
<i>Não ajudam</i>	0	83%

A FIGURA 8 mostra que 67% dos familiares referiram ajudar no controle alimentar da criança e 33% referiram não ajudar. Estes dados são mais significativos quando constata-se que, dos familiares que referiram que a criança realizava a dieta, todos disseram ajudá-la e, os familiares que referiram que a criança não realizava a dieta 83% disseram não ajudar na realização da mesma. (TABELA 4)

TABELA 5: Frequência absoluta e relativa das percepções, sensações e atitudes dos familiares com relação à obesidade das crianças, em função do motivo da procura pelo atendimento ambulatorial.

<b>Motivo da procura</b> <b>Percepções, Sensações e atitudes</b>	<b>Por excesso de peso (N=4)</b>	<b>Por problemas de saúde (N=4)</b>	<b>Por retorno de rotina (N=7)</b>
<b>A) Percepção das consequências</b>			
<b>Sociais</b>	4 (100%)	4 (100%)	5 (71%)
<b>Na saúde</b>	4 (100%)	4 (100%)	6 (86%)
<b>Emocionais</b>	3 (75%)	3 (75%)	7 (100%)
<b>B) Realização da dieta</b>	2 (50%)	3 (75%)	4 (57%)
<b>C) Sensações</b>			
<b>Juizar da cça/dó</b>	2 (50%)	1 (25%)	2 (29%)
<b>De ajudar</b>	0	1 (25%)	3 (43%)
<b>Considera normal/não importa-se</b>	1 (25%)	1 (25%)	2 (29%)
<b>Preocupa-se por cça não fazer</b>	1 (25%)	1 (25%)	0
<b>D) Como lidam com o controle</b>			
<b>Brincam c/ peso, mas explicam</b>	1 (25%)	0	2 (29%)
<b>Orientam – riscos e alimentação</b>	1 (25%)	2 (50%)	1 (14%)
<b>Orientam e controlam/ajudam</b>	2 (50%)	1 (25%)	1 (14%)
<b>Mudam hábitos alimentares</b>	0	1 (25%)	0
<b>Não orientam/fazem ameaças</b>	0	0	3 (43%)

Através da TABELA 5, obteve-se que, dos familiares que buscaram o atendimento por excesso de peso e problemas de saúde da criança, todos percebiam consequências da obesidade no âmbito social e da saúde. A maioria dos familiares, cujas crianças estavam nos ambulatórios por retorno de rotina, percebia a obesidade levando a consequências emocionais, para a criança.

Constatou-se também que uma maior aderência à dieta esteve entre as crianças e seus familiares que procuraram os ambulatórios por questões de saúde.

Em relação às sensações dos familiares ao exercer o controle alimentar das crianças, os que procuraram atendimento pelo excesso de peso, 50% deles descreveram uma sensação de estarem judiando da criança e aqueles que buscaram o atendimento médico por outros motivos (retorno de rotina), a maioria sentia-se ajudando a criança.

Quanto à maneira como esses familiares lidavam com o controle alimentar, dos que procuraram por excesso de peso, 50% deles disseram orientar e ajudar a criança. Em relação aos que procuraram o atendimento por problemas de saúde, 50% referiram orientar sobre os riscos da obesidade e sobre o controle e, por fim, daqueles que procuraram por retornos de rotina, 43% disseram não orientar a criança ou então fazerem ameaças no sentido de que se não seguissem a dieta poderia acontecer-lhe algo.

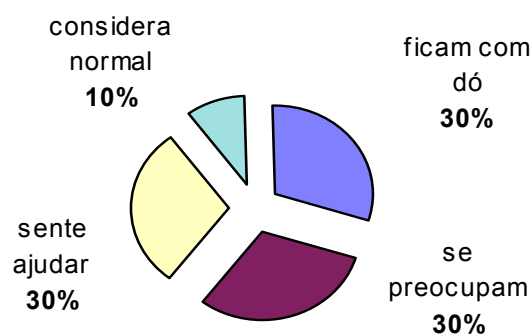


FIGURA 9: Frequência relativa dos sentimentos dos familiares que referiram ajudar no controle alimentar da criança.

Ao analisar os dados em função do ato de ajudar ou não a criança no controle alimentar, obteve-se que os familiares que referiram ajudar no tratamento, 30% deles disseram ficar com dó ou com a sensação de estar judiando da criança; 30% referiram sentir-se preocupados pelo fato da criança não aceitar fazer uma dieta; 30% referiram a sensação de estar ajudando; e 10%, consideraram a ajuda no controle alimentar como algo normal. (FIGURA 9)

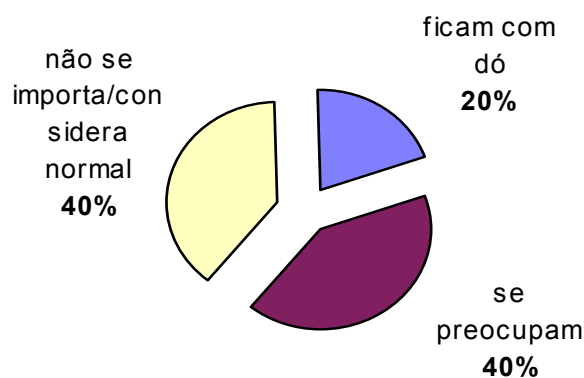


FIGURA 10: Frequência relativa dos sentimentos dos familiares que referiram não ajudar no controle alimentar da criança.

Sobre os familiares que referiram não ajudar no controle alimentar, 40% deles referiram se preocupar com o fato da criança não realizá-lo; 40% referiram não se importar e 20% referiram um sentimento de dó ou a sensação de judiar da criança. (FIGURA 10)

Os familiares que disseram ajudar seus filhos, pareceram lidar adequadamente com o controle alimentar da criança e demonstraram ter consciência dos benefícios que este controle poderia trazer a ela, seja no sentido físico, social e emocional.

As opiniões dos familiares sobre a compreensão da criança, em função da realização da dieta também foram analisadas qualitativamente, bem como os dados sobre a

compreensão dos familiares a respeito da obesidade, a saber: compreensão que possuíam a respeito das consequências deste quadro clínico; e suas atitudes com relação a alimentação da criança.

OPINIÃO DOS FAMILIARES SOBRE A COMPREENSÃO DA CRIANÇA EM  
FUNÇÃO DA REALIZAÇÃO DA DIETA

**Buscou-se investigar, com os familiares, como percebiam a compreensão da criança sobre a realização do controle alimentar.**

1) CRIANÇAS NÃO COMPREENDEM A NECESSIDADE DA DIETA E NÃO A REALIZAM:

**“... a gente precisa ficar vigiando ele, porque ele dá umas escapadas e come as coisas escondido... eu mando comprar um danone, um iogurte diet... ele ia lá comprava um normal, tomava lá, depois levava um diet pra casa... até que a mulher do supermercado falou pra nós...”**

**(Pai 2, 11 a, M)**

**“É, ele não consegue... não faz de jeito nenhum... não tem vontade... nunca tentou...”**

**(Avó 9, 10 a, M)**

2) CRIANÇAS COMPREENDEM, MAS NÃO SEGUEM

**“Eu sinto assim, sabe, que ela vê que tá passando, que ela vê que não pode, ela tenta abaixar, né, o peso dela. Mas eu vejo que ela sente que não consegue, ela quer, mas não consegue, eu não sei também te explicar o motivo, não sei se é nervoso, eu não sei.”**

(Mãe 7, 13 a, F)

“...ela tava tão animadinha, quando ela veio aqui e a G. (médica) conversou com ela, né, ela falou “- ah, mãe, hoje eu não vou comer tanto, vou comer duas colherzinha de arroz, não vou tomar refrigerante e comer bolacha recheada.” Até ela tinha perdido... 600 ou 800 grs., só que eu acho que ela já recuperou 800 grs.. É difícil, né... ela é boa de boca, tudo o que tem ela come...”

(Mãe 8, 9 a, F)

### 3) CRIANÇAS COMPREENDEM E REALIZAM-NA

“... por vontade... ela quer, ela sempre pede, né, pra comprar os alimentos, mas nós somos pobres, não dá pra seguir todos os conselhos, né. Então, o dia que eu posso, eu compro... e esses dias ela tá, sabe, ela não come... então, eu fico contente...”

(Mãe 5, 13 a, F)

“A dieta passou mesmo no consultório... eu expliquei pra ele que tinha que cortar certas coisas e ele entendeu... seguiu, por vontade dele... eu acho que pra ele não foi difícil. Te falei que ele é vaidoso, né?”

(Mãe 10, 9 a, M)

### 4) CRIANÇAS NÃO COMPREENDEM, MAS REALIZAM-NA

“... ela gosta, sempre gostou de comer bastante, né, o que tem não importa porque ela gosta de comer. Então, depois que ela teve esse problema, eu já mudei o jeito de fazer comida, o que a gente comia, né... porque se fosse fazer só pra ela, ela não comia, ela deixava o dela e comia outra, né, então eu fiz pra todo mundo...”

**agora ela não tá estranhando tanto, né...”**

**(Mãe 3, 13 a, F)**

**“ Ah, acho que por ele, ele não faria não... porque ele não se sente preocupado quanto à obesidade, ele vem porque a gente fica em cima mesmo... ele tem que colocar na cabeça dele que ele precisa resolver melhorar a gordura dele, que ele ainda não colocou isso...”**

**(Pai 4, 13 a, M)**

Os relatos verbais dos familiares refletiram sua percepção com relação à compreensão das crianças sobre a necessidade da dieta - controle alimentar - para redução de peso. De acordo com essa percepção, algumas crianças compreendiam a necessidade do controle alimentar, porém umas conseguiam realizá-lo e outras não, demonstrando dificuldades em manter tal controle de ingestão alimentar, por vezes relacionadas com questões emocionais como “nervoso”. Das crianças que não compreendiam, observou-se que, as que realizavam a dieta eram aquelas cujos familiares controlavam ou realizavam uma mudança nos hábitos alimentares de toda a família. Das que não realizavam a dieta, o que se observou foi que os familiares depositavam na criança a responsabilidade de comprar seus alimentos ou de realizar por si só o controle alimentar.

#### **CONSEQUÊNCIAS DA OBESIDADE, SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES**

De acordo com o relato dos familiares, estes percebem a obesidade como tendo consequências nas seguintes áreas:



1) NA ÁREA SOCIAL:

**“... então, tem os coleguinhas que sempre põem o apelido, né, é o ‘gordo baleia...”**

**(Mãe 4 - 13a, M)**

**“ Eu acho assim, que a criança... as pessoas olham pra ele e gritam ‘ó o gordinho’... eu acho que ele se sente mal por isso...”**

**(Mãe 10 - 9a, M)**

**“...no momento, até agora, eu não sei dizer, tem as piadinhas, chama ele de gordo, essas coisas. Ele não liga, mas... futuramente... eles vai chamar ele de gordo, ele vai, dependendo da cabecinha dele, ele vai começar a ficar chateado, né.”**

**(Pai 12 - 8a, M)**

**“ ... ela fica brava, na escola, que chamam de gorda, alguma coisa assim, né, mas aquele problema sério de ficar sem amigo, não tem.”**

**(Mãe 5 - 13a, F)**

2) NA ÁREA DA SAÚDE

**“ ... eu acho que pra saúde traz bastante... porque ele não tá gordo assim, mas com certeza, o colesterol precisa abaixar.”**

**(Avó 1 - 9a, M)**

**“ Na saúde é que é pior... eu sendo gorda, eu já tenho um pouco de problema com a gordura, né, que é o colesterol, eu tenho pressão alta. Então, é horrível a gente ter isso.”**

**(Mãe 3 - 13a, F)**

**“... ele vai engordando, vai engordando, vai chegar uma hora que o peso dele, acho que vai... vai saltar o peso dele. Então aí, ele vai começar a sentir dores, então a gente procura evitar.”**

**(Pai 12 - 8a, M)**

**“Ah, é que a gente ouve falar, né. Pode dar um colesterol, um diabete, isso a gente escuta. Mesmo dela sentir muita dor nas perna assim, eu tenho dó...”**

**(Mãe 8 - 9a, F)**

### **3) NA ÁREA PESSOAL/EMOCIONAL (AUTO-IMAGEM)**

**“... como um gordo é feio, então eu acho que pode prejudicar ele...”**

**(Avó 9 - 10a, M)**

**“ Te falei que ele é vaidoso, né? Se achava que tava meio fortinho, ele já... sentia vergonha de pôr camiseta cavada, então ele sentia vergonha disso...”**

**(Mãe 10 - 9a, M)**

**“ Eu tenho notado que ele não gosta de ficar sem a camiseta e como ele tá gordinho, né, ele tá com peito grande, tá com barriga de três dobras, não é. A gente vai no clube e eu percebo que ele não quer tirar a camiseta... ele tem um pouquinho de vergonha do corpo que ele tá agora...”**

**(Pai 6 - 11a, M)**

**“ ...ela tá numa idade que, sei lá, ela veste roupa, ela acha que não tá bom pra ela.”**

**(Mãe 3 - 13a, F)**

Através dos relatos pôde-se observar que, na área social, no que diz respeito aos relacionamentos com outras pessoas, principalmente outras crianças, os pais conseguiam perceber as consequências que o excesso de peso poderia trazer à criança, como por exemplo, ela se transformar em motivo de “piadinhas” ou de apelidos pejorativos. Já na área pessoal/emocional, os pais percebiam um prejuízo na auto-imagem da criança, que passava a ter dificuldades em aceitar seu próprio corpo, de “ter vergonha de usar certas roupas”.

Quanto à área da saúde, o que se constatou é que alguns pais tinham conhecimento das consequências da obesidade para a criança, sendo que alguns deles tomaram como referência seus próprios problemas de saúde decorrentes de seu excesso de peso.

Constatou-se também que alguns pais, mesmo conhecendo as consequências do excesso de peso, acreditavam que o peso atual ainda não estaria prejudicando a criança, embora reconhecessem o fato de que dificuldades poderiam acontecer no futuro.

## **ATITUDES DA FAMÍLIA COM RELAÇÃO AO CONTROLE ALIMENTAR DA CRIANÇA**

**Procurou-se conhecer as atitudes que os familiares tinham com relação ao controle alimentar das crianças, proposto pelo tratamento.**

**1) FAMÍLIA NÃO AJUDA NO CONTROLE ALIMENTAR:**

**“ ... ela é boa de boca, tudo que tem ela come. É almoço, é janta, o que tem ela come... todo mundo é gordo, minha irmã é gorda, meu menino... eu não ligo.”**

**(Mãe 8 - 9a, F)**

**“ ... ela (médica) achou que ele tava muito gordo, deu regime, deu tudo, mas uma que ele não faz, outra que a mãe não ajuda...”**

**(Avó 9 - 10a, M)**

**“ Ele sente que a barriga dele tá cheia, mas não tá nem aí que vai engordar, que vai dar colesterol, que vai dar não sei o que, mas não tá nem aí...eu falo que ele vai morrer e ele fala ‘ mas eu morro com a barriga cheia’. Então, deixa.”**

**(Mãe 14 - 13a, M)**

## **2) FAMÍLIA AJUDA NO CONTROLE ALIMENTAR**

**“... depois que ela teve esse problema, eu já mudei meu jeito de fazer comida... o negócio nosso era comer carne. Agora eu comecei a fazer verdura, peixe, eu tive que mudar a alimentação... porque se fosse fazer só pra ela, ela não comia... então eu fiz pra todo mundo, diminuí o sal, a gordura... comprei até grelha...”**

**(Mãe 3 - 13a, F)**

**“... no começo foi difícil que ele não queria aceitar, aí depois ele acabou aceitando... às vezes, eu tirava as coisas que ele mais gostava, agora não, agora ele**

**aceita... tinha que fazer pro's quatro, tem que ser tudo igualzinho, todo mundo fazer. Então, a gente vêm fazendo pra ajudar ele a se conformar, né.”**

**(Mãe 15 - 9a, M)**

Com relação à atitude da família no controle alimentar da criança, observou-se que haviam os familiares que não ajudavam no controle alimentar da criança e os que ajudavam em tal controle. Os familiares que não ajudavam, percebiam-se distantes ou neutros no processo do ensino de hábitos alimentares da criança, considerando o controle alimentar como uma tarefa da própria criança. Já, os familiares que ajudavam no controle alimentar, percebiam-se como parte integrante nesse processo chegando, às vezes, a mudar os hábitos alimentares de toda a família, auxiliando no processo de conscientização da criança a respeito da importância da alimentação adequada.

A seguir serão apresentados os dados referentes à alimentação da criança desde o nascimento até o momento da entrevista com os familiares como amamentação, sentimentos da mãe ao amamentar, alimentação após a amamentação, a percepção dos familiares sobre possíveis fatores envolvidos na questão da obesidade, situação em que criança se alimenta mais, qual a sua reação frente ao alimento e a maneira como os familiares lidam com o excesso de peso da mesma.

#### **V.1.B - DADOS REFERENTES A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA DESDE O NASCIMENTO ATÉ O MOMENTO**

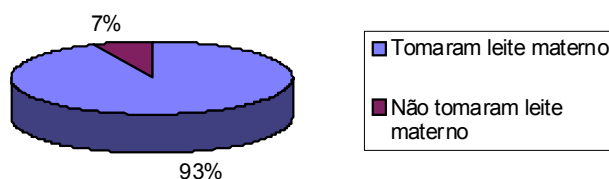


FIGURA 11: Porcentagem das crianças que foram amamentadas pela mãe.

Na FIGURA 11, obteve-se que, com relação à alimentação inicial da criança, 93% das crianças foram amamentadas e 7 %, não foram, o que corresponde a uma criança que fez uso de mamadeira desde o nascimento.

### **SENTIMENTO DAS MÃES COM RELAÇÃO À AMAMENTAÇÃO**

Através dos relatos das mães, que disseram ter amamentado seus filhos, pôde-se constatar os seguintes sentimentos destas com relação a esta tarefa.

#### 1) SENTIMENTO POSITIVO

**“Ah, eu gostava, né. Toda vida eu gostei de criança, né, eu, por mim, tinha uma dúzia de filhos.”**

**(Mãe 3 – 13 a, F)**

**“Ah, eu gostava, amamentei os três, nunca desmamei, deixei largar sozinho. Não tinha coragem, tinha dó. Aí, por si mesmo, eles largaram...”**

**(Mãe 8 – 9 a, F)**

#### 2) ANSIEDADE

**“Ah, eu não sei. Naquela ansiedade, né, do problema que tava, já comecei logo cedo...com um mês eu comecei viver esse problema dela, o problema do coração... e eu não sei muito o que virava...”**

**(Mãe 7 – 13 a, F)**

Os sentimentos descritos pelas mães foram importantes de se avaliar, pois a amamentação é essencial, tanto para a saúde física da criança como para sua relação afetiva com a mãe. Observou-se que o ato de amamentar era prazeroso para aquelas mães que o faziam. A ansiedade foi relatada por uma das mães e relacionava-se a uma condição especial de saúde da criança mais do que propriamente ao ato da amamentação.

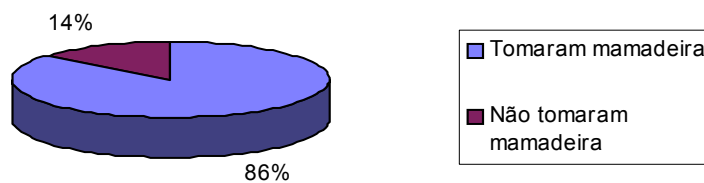


FIGURA 12: Porcentagem das crianças que tomaram mamadeira, após o desmame.

A FIGURA 12 mostra que 86% das crianças tomaram mamadeira após o desmame e 14 % delas não tomaram, passando direto do peito da mãe para o copo.

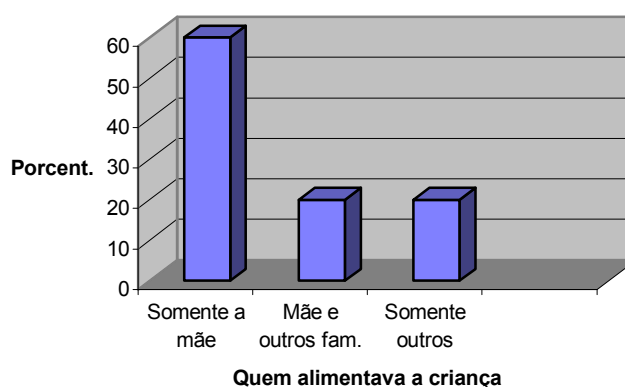


FIGURA 13: Frequência relativa de responsáveis pela alimentação da criança após a amamentação.

A FIGURA 13 demonstra que em 60% dos casos, as crianças foram alimentadas somente pela mãe; 20% foram alimentadas pela mãe alternando com outros familiares e 20% das crianças foram alimentadas por outros cuidadores que não a mãe.

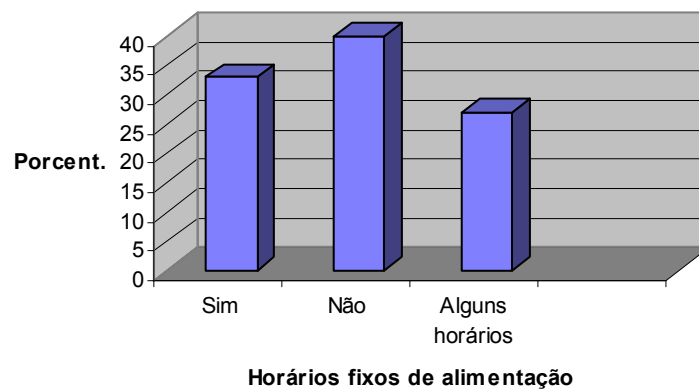


FIGURA 14: Frequência relativa dos horários estabelecidos para alimentação.

Com relação aos horários de alimentação, os dados da FIGURA 14 mostram que 40% das crianças não possuíam horários determinados para alimentação; 33% delas se alimentavam em horários fixos e 27% possuíam alguns horários estabelecidos, dos quais os familiares relataram que o horário flexível era o do jantar.

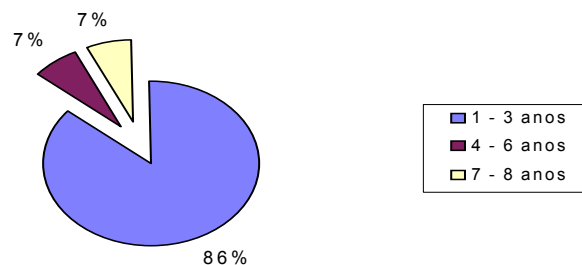


FIGURA 15: Distribuição da frequência relativa das idades em que as crianças passaram a se alimentar sozinhas.



De acordo com a FIGURA 15, 86% das crianças passaram a se alimentar sozinhas entre 1 e 3 anos de idade; 7% delas entre 4 a 6 anos e 7%, entre 7 e 8 anos.

### V.1.B.1 - ALIMENTAÇÃO EMOCIONAL

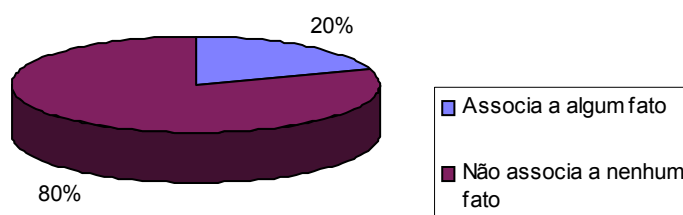


FIGURA 16: Fatores relacionados ao ganho de peso, segundo os Familiares: frequência relativa.

Em relação aos possíveis fatores causais associados ao início de ganho de peso da criança, 80% deles não associaram o excesso de peso a nenhum fato acontecido; sendo que 20% deles referiram associar o início do excesso de peso a algum fato acontecido na vida da criança (mudança na escola, cirurgia).

### **FATORES ENVOLVIDOS NO GANHO DE PESO DA CRIANÇA, SEGUNDO**

#### **RELATO DOS FAMILIARES**

Os fatores envolvidos no ganho de peso da criança foram investigados com todos os familiares, embora 80% deles não tenha associado qualquer fato com o início do ganho de peso da criança.

#### 1) TIPO E QUANTIDADE DA ALIMENTAÇÃO

**“ Eu acho que é devido à alimentação, principalmente que ele foi criado com leite ninho... Então, tenho a impressão que, às vezes, a alimentação é que**

**contribuiu pra ele engordar...”**

**(Avó 1 – 9 a, M)**

**“ Ele tava comendo demais. Comia, comia e precisava brigar com ele, porque ele não parava.”**

**(Mãe 13 – 11 a, M)**

**“ Ah, eu acho que foi uma época que ele ficou recebendo muita coca, muita bolacha, doce...porque eu não dava tanto, mas minha mãe...”**

**(Mãe 15 – 9 a, M)**

## **2) FALTA DE ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO**

**“ Por causa dessa alimentação e falta de exercício. Eu sempre ponho a falta de exercício em primeiro lugar porque se ele queimasse aquilo que ele comia, ele não ia ficar gordo, né...”**

**(Pai 6 – 11 a, M)**

## **3) TENDÊNCIA FAMILIAR**

**“ Ah, uma coisa é que a gente tem tendência a engordar, porque tem gente na família que é gordo...”**

**(Mãe 5 – 13 a, F)**

**“ Eu tiro base por nós em casa, pela família... pai dele era até gordo, eu sou, meus irmão é, então eu não tiro base por nada, eu acho que puxou pra família...”**

**(Mãe 8 – 9 a, F)**

## **4) FATO ACONTECIDO/ EMOCIONAL**

**“Eu acho que também foi a escola, deu uma mudança radical da escola, né...ele tava na quarta série, ali a gente conhecia todo mundo... aí foi pra uma outra escola, num outro bairro... tudo diferente...”**

(Mãe 4 – 13 a, M)

“ ...às vezes, tem hora que ele quer comer e tem hora que ele não liga pra comida, né. Então, ela (médica) acha que pode ser ansiedade... às vezes até falta da mãe...”

(Pai 12 – 8 a, M)

Pôde-se observar quatro tipos de associações feitas pelos familiares como sendo fatores que poderiam estar envolvidos no ganho de peso da criança; o tipo e quantidade de alimentação; falta de atividades físicas; tendência familiar e fatos ocorridos com a criança.

Em relação ao fator emocional pôde-se levantar que alguns familiares referiram um fato acontecido na vida da criança que poderia estar relacionado com seu ganho de peso, sugerindo que tenha sido um momento de dificuldades adaptativas e emocionais para a criança, como no primeiro exemplo. **(Mãe 4)**. No segundo exemplo **(Pai 12)** o pai referiu, mesmo que por sugestão da médica, que o ganho de peso da criança estaria diretamente relacionado com questões emocionais relativas a uma situação concreta vivenciada pela criança.

## **SITUAÇÃO EM QUE A CRIANÇA SE ALIMENTA MAIS, SEGUNDO**

### **FAMILIARES**

Foi investigado, com os familiares, as situações em que percebiam que a criança se alimentava mais do que o habitual.

#### 1) FATOS DIÁRIOS OCORRIDOS

**“...quando ele se movimenta mais, ele come mais... por exemplo, vai andar de bicicleta... ele chega com aquela fome... aí nesse dia, ele come mais.”**

**(Mãe 2 - 11 a, M)**

“Ele come mais quando a gente vai comer fora. Quando vai num

restaurante ou em algum outro lugar, ele se alimenta um pouco melhor, talvez por mudar um pouquinho o tempero ou o tipo de comida, né.”

**(Pai 6 – 11 a, M)**

## 2) EMOCIONAL

“... se deixar ela nervosa, ela come. Eu até parei de falar pra ela, que ela fala assim:

“a mãe fica falando, eu fico nervosa, quero comer mais ainda...””

**(Mãe 3 – 13 a, F)**

**“Se ela tiver assim, nervosa, que ela já é agitada, sabe, eu noto sim.”**

**(Mãe 7 – 13 a, F)**

“Eu acho que é ansiedade... acho que quando ela tá mais nervosa, ela come mais.”

**(Mãe 8 – 9 a, F)**

## 3 ) NENHUMA RELAÇÃO

**“Eu acho que de qualquer jeito, se você deixar, ele come bastante, porque ele não é uma pessoa de se preocupar... eu acredito que esse tipo de coisa não atrapalha a alimentação dele...”**

**(Mãe 4 – 13 a, M)**

**“Sabe, isso eu nunca prestei atenção...”**

**(Mãe 5 – 13 a, F)**

Alguns familiares relacionaram maior ingestão alimentar da criança com um fato concreto como atividades físicas, sair para comer em restaurantes; outros, relacionaram com o fator emocional e outros ainda, não estabeleceram nenhuma relação.

### **ATITUDE DA CRIANÇA DIANTE DA COMIDA, SEGUNDO FAMILIARES**

**A atitude das crianças diante do alimento também foi investigada, com os familiares.**

#### **1) FORMA E VELOCIDADE DA ALIMENTAÇÃO – ATO DE COMER**

**“Não, não, ele é vagaroso... sempre foi assim. Ele não vai, assim, com muita sede no pote, né...”**

**(Avó 1 – 9 a, M)**

**“Ela come muito rápido, eu não sei o que acontece, na hora, quando você vê, ela já comeu...”**

**(Mãe 7 – 13 a, F)**

**“Ele come bem tranquilo... a não ser quando tem algum amiguinho que chama pra brincar e tá esperando, aí ele come rapidinho.”**

**(Pai 12, 8 a, M)**

#### **2) EMOÇÕES RELACIONADAS**

**“...às vezes, percebo ansiedade nela. E eu também tenho isso... fico ansiosa...às vezes, fico naquela ansiedade pra tomar um café...”**

**(Mãe 5 – 13 a, F)**

**“Ele fica ansioso, ainda mais se é o que ele gosta.”**

**(Mãe 10 – 9 a, M)**

**“Ah, ansioso, ele fica... Às vezes, o pai dele fala: “R., a comida não vai fugir do prato. Pra que isso? ”... ele fica bem ansioso...”**

**(Mãe 15 – 9 a, M)**

Pôde-se observar que alguns familiares percebiam uma ansiedade da criança no momento da alimentação, outros relataram a forma ou velocidade com que a criança se alimentava, sem fazer referência ao estado emocional da mesma. É interessante notar o exemplo da Mãe 5, que percebia a ansiedade da filha e também em si mesma.

## **HÁBITO ALIMENTAR DA CRIANÇA DESCRITO PELOS FAMILIARES**

Levantou-se também com os familiares, alguns hábitos alimentares das crianças, como pode ser visto na TABELA 6.

TABELA 6: Frequência relativa de alguns hábitos alimentares da criança.

<b>Pular refeições importantes</b>	<b>27%</b>
<b>Beliscar entre refeições</b>	<b>27%</b>
<b>Repetir o prato</b>	<b>14%</b>
<b>Grandes refeições em horários inadequados</b>	<b>14%</b>

Obteve-se, por esta tabela que 27% das crianças apresentavam o hábito de pular refeições importantes; 27% delas, de ‘beliscar’ entre as refeições; 14% de repetir o prato

novamente e 14% delas, o de realizar grandes refeições em horários inadequados, como café da manhã ou lanche. Esses dados não são mutuamente exclusivos.

Estes hábitos são considerados inadequados de acordo com a literatura. (Marcondes e Lima, 1987; Santoro e Barbieri, 1988)

A descrição dos hábitos alimentares de duas crianças foram colocadas em anexo, à título de ilustração. (anexo 8)

## ALGUMAS CARACTERÍSTICAS E HÁBITOS DE VIDA DA CRIANÇA

TABELA 7: Características e hábitos de vida das crianças entrevistadas: porcentagens e valores médios.

<b>Peso ao nascer (média)</b>	<b>3.697 gs</b>
<b>Idade em que começou a se alimentar sozinha (média)</b>	<b>2 a 9 m</b>
<b>Rejeitava alimentação (sólida)</b>	<b>20 %</b>
<b>Horários fixos de alimentação</b>	<b>33 %</b>
<b>Alto consumo de alimentos de baixo teor nutritivos (balas, etc)</b>	<b>33 %</b>
<b>Alimentos disponíveis à criança</b>	<b>100 % ( dos casos)</b>
<b>Tempo gasto na refeição (média)</b>	<b>19 min.</b>
<b>Alimentação em frente à televisão</b>	<b>67 %</b>
<b>Gosto por brincadeiras mais ativas (bola, bicicleta, etc)</b>	<b>67%</b>
<b>Prática regular de esportes</b>	<b>27%</b>

A TABELA 7 descreve, através de porcentagens e alguns valores médios, características e hábitos de vida (alimentar e comportamentos em geral) desde o nascimento das crianças, de acordo com os familiares.

Levantou-se que, em todos os casos, os alimentos ficavam disponíveis à criança; 67% se alimentavam assistindo televisão; 33% das crianças possuíam horários fixos de alimentação; e apenas 27% delas, praticavam esportes regularmente. Tais hábitos também são considerados como inadequados pela literatura (Marcondes e Lima, 1987; Santoro e Barbieri, 1988) e, juntamente com uma alimentação inadequada, colaboram para aumentar o peso ou mantê-lo, no caso da criança obesa.

### **V.1.C - DADOS REFERENTES AO RELACIONAMENTO FAMILIAR**

Os dados sobre o relacionamento familiar, segundo a opinião dos familiares são apresentados abaixo. Dados sobre a concepção e gestação da criança; sociabilidade da mesma; relacionamento familiar e antecedentes familiares foram analisados quantitativamente. Os dados sobre sentimentos das mães com relação à gravidez da criança, foram analisados qualitativamente.

TABELA 8: Frequência relativa dos dados sobre concepção e gestação da criança.

<b>Ordem de nascimento da criança</b>	<b>1o filho</b>	<b>60%</b>
	<b>2o filho</b>	<b>20%</b>
	<b>3o filho ou mais</b>	<b>20%</b>

Obteve-se que 60% das crianças eram primogênitos, 20% o segundo filho e 20%, o terceiro filho; a idade média das mães ao nascimento das crianças foi 28 anos.



# **SENTIMENTOS DAS MÃES COM RELAÇÃO À GRAVIDEZ DA CRIANÇA**

Considerou-se importante levantar os sentimentos das mães com relação a gravidez.

## **1) CRIANÇA DESEJADA/ACEITA**

**“ Foi (aceita), foi porque eu não ficava grávida, né. Eu casei em 80, ela nasceu em 85 e eu fiz tratamento, né, tratamento prá ficar grávida dela.”**

**(Mãe 3 – 13a, F)**

**“ Eu casei já tava grávida, então a gente não planejou. Não foi indesejada, mas não foi planejada.”**

**(Mãe 11 – 13a, M)**

## **2) SENTIMENTOS CONFLITANTES ENTRE OS PAIS**

**“Então... não tinha aquele plano, aconteceu, né, então da minha parte foi, fiquei grávida dela, não rejeitei nada, mas da parte do pai, que o pai... acho que tava com uns 16 anos na época, falou que não queria, ficou meio com medo...”**

**(Mãe 5 – 13a, F)**

**“...a minha mulher que, eu sempre esqueço o nome que se dá, ela sempre fica meio traumatizada da gravidez... porque o P. (outro filho) deu muito trabalho pra nós. A hora que tava começando a respirar aliviado, ela ficou grávida, ela não queria**

**ficar grávida, naquela época... Mas como eu sou filho único eu sei como é ruim... e eu queria mais um filho. No começo ela ficou meio chateada.”**

**(Pai 6 – 11a , M)**

### **3) NÃO DESEJADA**

**“ Não, não foi (desejada) ... eu fiquei muito nervosa no hospital, eu não queria...eu queria que perdesse, eu falava que ia abandonar, que ia largar...”**

**(Mãe 7 – 13a , F)**

**“Não, nenhum dos filhos eu quis, aconteceu mesmo. Eu sofri demais na gravidez dele, demais mesmo. A minha família não aceitava de jeito nenhum, sabe, então eu enfrentei uma barra com a minha família... mas eu não queria.”**

**(Mãe 13 – 11a , M)**

Com relação à gravidez, três sentimentos foram manifestados; o desejo da gravidez, o não desejo e a existência de conflito entre os pais com relação à gravidez.

TABELA 9: Opinião dos familiares sobre a sociabilidade da criança: frequência relativa.

<b>Amizades</b>	<b>Tem</b>	<b>93%</b>
	<b>Não tem</b>	<b>7%</b>
<b>Apelidos</b>	<b>Não sabem</b>	<b>87%</b>
	<b>Tem*</b>	<b>13%</b>

\* Esses apelidos não têm relação com o excesso de peso.

De acordo com a TABELA 9, percebeu-se que a maioria das crianças tinha amigos, e que apenas 13% dos familiares disseram que as crianças tinham apelidos e nenhum deles estava relacionado ao excesso de peso.

TABELA 10: Frequência relativa da opinião dos familiares sobre o relacionamento familiar, referido pelos familiares.

<b>Relacionamento da criança</b>	
<b>Com a mãe</b>	
Conversam, brincam, se dão bem	7%
Bom	26%
Se dão bem, mas mãe mora separada	13%
Bom, mas às vezes tem brigas	13%
Brigas	7%
Relação em termos de pedir e receber	7%
Mãe não gosta de brincadeiras	13%
Se dão bem, mas sem contato físico	7%
Tentam ser amigos	7%
<b>Com o pai</b>	
Não tem tanta brincadeira	7%
Pai fica fora	7%
Muito bom	13%
Pai não conhecido/falecido	13%
Pai faz tudo p/ criança	7%
Gosta do pai	7%
Conversam, passeiam	13%
Não tem convivência	7%
Brigas/sem diálogo	13%
Bom, mas com limites	7%
Mãe não sabe dizer	7%
<b>Com irmãos</b>	
Não tem irmãos	7%

<b>Brigam</b>	<b>33%</b>
<b>Se dão bem, mas tem atritos</b>	<b>53%</b>
<b>Não tem contato (mora separada)</b>	<b>7%</b>

A TABELA 10 apresenta os dados sobre o relacionamento familiar da criança, segundo o ponto de vista dos familiares. As descrições mais significativas de relacionamentos da criança com a mãe foram: bom (26%), se dão bem mas mãe mora separada (13%), bom mas com brigas às vezes (13%), mãe não gosta de brincadeiras (13%); com o pai foram relatados: muito bom (13%), conversam, passeiam (13%) e brigas/sem diálogo (13%) e pai não conhecido/falecido (13%); sobre o relacionamento com os irmãos: se dão bem, mas têm atritos (53%) e, brigam (33%).

TABELA 11: Porcentagem de antecedentes familiares com relação a saúde e obesidade.

<b>Antecedentes Familiares</b>	
<b>Antecedentes patológicos*</b>	<b>73%</b>
<b>Antecedentes de obesidade</b>	<b>86%</b>

\* Considerou-se doenças relacionadas ao excesso de peso. (hipertensão; doenças cardíacas; diabetes e triglicérides)

Quanto aos antecedentes familiares, 86% das crianças tinham antecedente familiar de obesidade e 73%, de antecedentes patológicos relacionados ao excesso de peso como hipertensão, doenças cardíacas, diabetes e triglicérides. (TABELA 11) É importante lembrar que o item **antecedentes patológicos** é diferente do item **antecedentes de obesidade**, portanto não são mutuamente exclusivos.

## V.2 - DADOS REFERENTES À ENTREVISTA COM AS CRIANÇAS

Em relação às entrevistas realizadas com as crianças, os dados obtidos são apresentados a seguir.

### V.2.A - DADOS REFERENTES À OBESIDADE

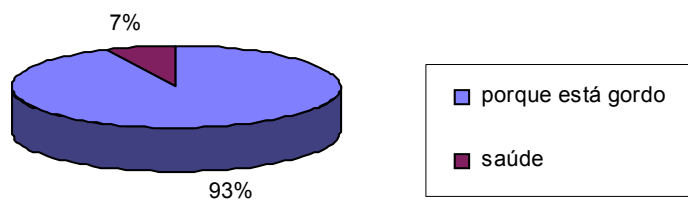


FIGURA 17: Conhecimento das crianças sobre motivos do Tratamento: frequência relativa.

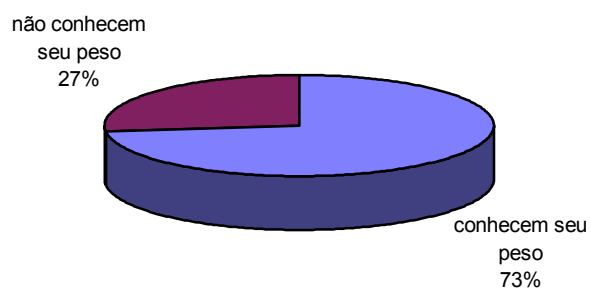


FIGURA 18: Conhecimento das crianças sobre seu peso: frequência relativa.

De acordo com a FIGURA 17, 93% das crianças referiram que estavam sendo acompanhadas porque estavam acima do peso e 7%, por motivos de saúde. Ou seja, a maioria das crianças entrevistadas tinham conhecimento de seu excesso de peso.

Na FIGURA 18, pôde-se constatar que 73% das crianças conheciam seu próprio peso e 27% delas, não o conheciam.

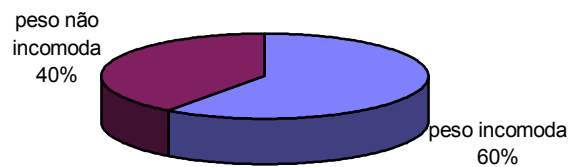


FIGURA 19: Opinião da criança sobre seu excesso de peso: frequência relativa.

Como pode ser constatado na FIGURA 19, 60% das crianças consideravam que o excesso peso as incomodava e 40% delas, não se sentiam incomodadas com o mesmo.



FIGURA 20: Preocupação das crianças com o próprio peso: frequência relativa.

Quanto a preocupação das crianças com seu peso, 80% delas se preocupavam e 20%, não se preocupavam. Esses dados quando comparados aos da FIGURA 19, mostram que o número de crianças que referiu se preocupar com o próprio peso é maior do que as que disseram que seu peso as incomodava.

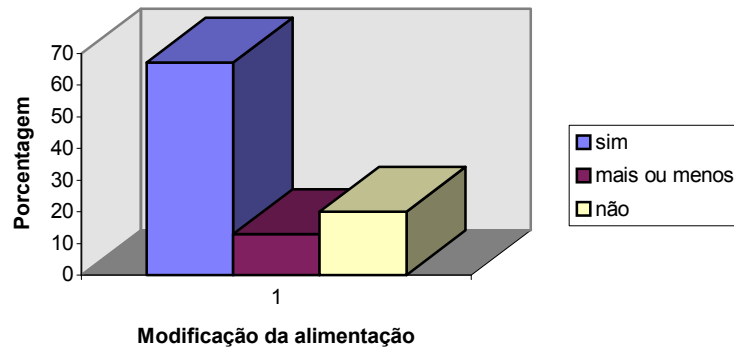


FIGURA 21: Frequência relativa da realização da dieta/tratamento.

Na FIGURA 21, obteve-se que, de todas as crianças, 67% das crianças referiram realizar a dieta; 20% referiram não realizá-la e 13% disseram que realizavam mais ou menos.

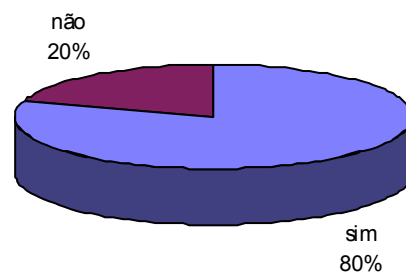


FIGURA 22: Distribuição da frequência relativa sobre o desejo relatado de modificação no peso e no corpo.

Quando questionadas sobre o desejo de que seu peso ou seu corpo fossem diferentes, 80% das crianças gostariam de perder peso e 20% das crianças disseram que não gostariam de mudar nada em seu corpo ou peso. É importante citar que os 20% que não gostariam de mudar nada, são as mesmas crianças que não realizam a dieta/modificação nos hábitos alimentares. (FIGURA 21)

TABELA 12: Frequências absolutas e relativas das percepções das crianças com relação às consequências do excesso de peso e a realização da dieta/tratamento, em função do motivo da procura pelo atendimento.

Motivo da procura	Por excesso de peso (N=4)	Por prob. de saúde (N=4)	Por retorno rotina (N=7)
<b>Percepções</b> Das consequências*			
<b>Sociais</b>	2 (50%)	2 (50%)	3 (43%)
<b>Na saúde</b>	3 (75%)	4 (100%)	2 (28%)
<b>Na família</b>	1 (25%)	1 (25%)	2 (28%)
<b>Realização da dieta</b>			
<b>Sim</b>	3 (75%)	2 (50%)	4 (57%)
<b>Não</b>	1 (25%)	1 (25%)	1 (14%)
<b>Mais ou menos</b>	0	1 (25%)	2 (29%)

\* Essas categorias não são mutuamente exclusivas, sua soma ultrapassa 100%.

Os dados da TABELA 12 mostram que, as crianças que estavam sendo seguidas nos ambulatórios pelo excesso de peso e por problemas de saúde, 75% e 100% delas, respectivamente, percebiam que a saúde seria mais prejudicada pelo excesso de peso; para 43% daquelas que estavam sendo seguidas em retornos de rotina, ou seja que não



buscaram o atendimento pela obesidade, a vida social seria a mais prejudicada. Com relação à realização da dieta, percebeu-se que a maioria das crianças realizava a dieta, independente do motivo da procura pelo atendimento. No entanto, no caso da procura pelo tratamento por excesso de peso, pareceu haver maior aderência à dieta.

TABELA 13: Frequência relativa da realização do controle alimentar, percepção das crianças das consequências da obesidade e o conhecimento dos motivos do tratamento.

<b>Realizava o controle</b>	<b>67%</b>	<b>viam consequências</b>	<b>100%</b>	<b>sabiam motivo do tratamento</b>	<b>90%</b>
				<b>não sabiam</b>	<b>10%</b>
<b>Não realizava</b>	<b>20%</b>	<b>viam consequências</b>	<b>33%</b>	<b>sabiam motivo do tratamento</b>	<b>100%</b>
		<b>não viam</b>	<b>67%</b>		
<b>Realizava "mais ou menos"</b>	<b>13%</b>	<b>não viam</b>	<b>100%</b>	<b>sabiam motivo do tratamento</b>	<b>100%</b>

A realização do controle alimentar foi referido por 67% das crianças, destas, todas viam consequências do mesmo e 90% conheciam os motivos do tratamento. Das que referiram não realizar o controle (20%), 67% delas não viam consequências dele e todas disseram conhecer o motivo de estar em tratamento. Sobre as crianças que referiram realizar mais ou menos a dieta (13%), todas conheciam o motivo do tratamento, porém não viam nenhuma consequência. (TABELA 13) É interessante observar que, apenas entre as crianças que realizavam o controle alimentar, havia crianças que não conheciam o motivo do tratamento.

QUADRO 3: Realização do controle alimentar – dieta, segundo os familiares e crianças.

Realização da dieta, pelas crianças	Segundo familiares	Segundo crianças
Ident. Da criança		
<b>1</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
<b>2</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
<b>3</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
<b>4</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
<b>5</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
<b>6</b>	<b>Sim</b>	<b>Mais ou menos</b>
<b>7</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
<b>8</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
<b>9</b>	<b>Não</b>	<b>Sim</b>
<b>10</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
<b>11</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>12</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>13</b>	<b>Não</b>	<b>Não</b>
<b>14</b>	<b>Não</b>	<b>Mais ou menos</b>

---

De acordo com o QUADRO 3, tem-se que 7 pares familiares-crianças concordaram sobre a realização ou não da dieta e 8 não concordaram sobre este fato, sendo que duas crianças disseram não estar fazendo a dieta e foram percebidas por seus familiares como estando realizando.

**MOTIVO REFERIDO PELAS CRIANÇAS PARA REALIZAÇÃO DA DIETA/TRATAMENTO**

**Investigou-se com as crianças se conheciam os motivos de estarem realizando a dieta/ controle alimentar. Os motivos descritos são apresentados abaixo.**

1) EMAGRECER

**“Prá tentar é... prá tentar emagrecer um pouco porque eu tô muito... um pouquinho gordo.”**

**(Criança 14 – 13a, M)**

**“Ah, eu faço regime pra perder alguns quilinhos assim. Eu tenho que perder oito quilos.”**

**(Criança 8 – 9 a, F)**

2) SAÚDE

**“É porque eu tenho que emagrecer por causa que eu tenho um problema na coluna, né, e eu não consigo...”**

**(Criança 7 – 13a, F)**

**“Ah, porque eles fala que dá problema no coração, aí morre.”**

**(Criança 9 – 10a, M)**

**“Por causa do colesterol.”**

**(Criança 3 – 13a, F)**

### 3) PREVENIR PROBLEMAS DE SAÚDE

**“Prá emagrecer e também por causa de ter problemas.”**

**(Criança 5 – 13a, F)**

**“Prá eu me sentir melhor, né, prá não ter problemas, doenças.”**

**(Criança 4a – 13, M)**

### 4) FACILITAR ATIVIDADES FÍSICAS

**“É porque eu quero ficar mais magro, né, ficar... prá poder correr bastante.”**

**(Criança 2 – 11a, M)**

Através dos relatos, percebeu-se que as crianças compreendiam a necessidade da dieta, ora porque sabiam estar acima do peso, ora por problemas de saúde que poderiam ser agravados ou que se manifestaram em decorrência da obesidade. Relacionavam também o emagrecimento com os benefícios que ele poderia trazer, prevenindo problemas de saúde e facilitando a realização de atividades físicas.

## SENTIMENTOS DAS CRIANÇAS FRENTE À DIETA/TRATAMENTO

Foram levantados, também, os sentimentos das crianças ao realizarem a dieta.

### 1) GOSTAM

**“ Ah, é bom regime...se eu passar do limite e comer, já engordo, aí eu faço regime e emagreço.”**

**(Criança 3 - 13a, F)**

**“ Ah, eu gosto porque sei que vai fazer bem pra mim, então eu acho, porque eu me quero bem, daí eu faço.”**

**(Criança 7 - 13a, F)**

### 2) NÃO GOSTAM, MAS ENTENDEM A NECESSIDADE

**“Não é porque eu gosto, mas é porque é bom pra mim.”**

**(Criança 6 - 11a, M)**

**“ Ah, eu não gosto, mas tem que fazer.”**

**(Criança 5 - 13a, F)**

### 3) NÃO GOSTAM

**“ É ruim... tira a comida, né.”**

**(Criança 9 - 10a, M)**

**“... você deixa de comer as coisas que cê mais gosta.”**

**(Criança 4 - 13a, M)**

Pôde-se identificar três sentimentos das crianças frente à dieta; algumas delas referiram gostar das modificações, por entenderem que poderiam trazer-lhes benefícios como o emagrecimento e melhora da auto-estima (“me quero bem”). Outras, mesmo sabendo da necessidade e dos benefícios das modificações, referiram não gostar de realizá-las. E outras, ainda, referiram não gostar das modificações, pois estas pareciam possuir o significado de estar-lhes ‘tirando’ algo bom.

### **CONSEQUÊNCIAS DO EXCESSO DE PESO**

As crianças foram questionadas sobre as consequências que o excesso de peso poderia trazer ao seu relacionamento com a família, nos relacionamentos sociais e à sua saúde. Com isto, visou-se conhecer qual era o grau de conhecimento das crianças sobre os riscos do excesso de peso.

#### **1) RELACIONAMENTO COM A FAMÍLIA**

**“ Ah, lá na minha família todo mundo é gordo, né. E tem meu irmão também, nossa, ele é gordo e fica falando que é gordo, ele lembra.”**

**(Criança 8 - 9a, F)**

**“ ... eles (familiares) me chamam de gordo... ”**

**(Criança 9 - 10a, M)**

#### **2) ASPECTO SOCIAL**

**“Ah, todo mundo fica chamando a gente de ‘baleia’...”**

**(Criança 9 - 10a, M)**

**“... porque os outro é tudo magrinho e só eu que sou gordo...”**

**(Criança 10 - 9a, M)**

### 3) SAÚDE

**“ ... o meu peso força a coluna... vai espremendo os rins, que eu tenho problema também, aí vai dificultando mais em vez de melhorar.”**

**(Criança 7 - 13a, F)**

**“... quando crescer, ter outros problemas, passar mal...”**

**(Criança 8 - 9a, F)**

Em relação às consequências do excesso de peso, as crianças deste estudo relataram que o mesmo interfere no relacionamento familiar; no relacionamento social, pois recebiam apelidos pejorativos, e na sua saúde física, agravando ou provocando problemas.

V.2.B - DADOS REFERENTES AOS HÁBITOS ALIMENTARES DAS  
CRIANÇAS

HÁBITO ALIMENTAR DA CRIANÇA

**TABELA 14: Frequência relativa de alguns hábitos alimentares da criança.**

<b>Pular refeições importantes</b>	<b>20%</b>
<b>Beliscar entre as refeições</b>	<b>13%</b>
<b>Repetir o prato</b>	<b>13%</b>

Os dados da TABELA 14 mostram uma inadequação nos hábitos alimentares de algumas crianças deste estudo, de acordo com a literatura. (Marcondes e Lima, 1987; Santoro e Barbieri, 1988) Inadequações como pular refeições importantes foram referidas por 20% das crianças, “beliscar” entre as refeições e repetir o prato foram referidas por 13% das crianças, respectivamente. Estes dados foram coletados com todas as crianças e não são mutuamente exclusivos.

Os hábitos alimentares de duas crianças (**Crianças 10 e 14**) foram colocados em anexo à título de ilustração. (anexo 8)



## CARACTERÍSTICAS E HÁBITOS DE VIDA DA CRIANÇA

TABELA 15: Frequências relativas de algumas características e hábitos de vida das crianças.

<b>Horários fixos de alimentação</b>	<b>53%</b>
<b>Consumo de alimentos de baixo teor nutritivo</b>	<b>40%</b>
<b>Não gostam de verduras e legumes</b>	<b>73%</b>
<b>Gosto por brincadeiras mais ativas</b>	<b>66%</b>
<b>Alimentação em frente à televisão</b>	<b>73%</b>
<b>Prática regular de esportes*</b>	<b>20%</b>

\* Considerou-se a prática regular de esportes na Disciplina escolar de Educação Física, porém quando realizada mais de uma vez por semana.

Na TABELA 15, pôde-se constatar dados significativos sobre características e hábitos de vida referidos pelas próprias crianças. Obteve-se que 73% delas não gostavam de verduras e legumes; 73% relataram que se alimentavam assistindo televisão; 66% delas gostavam de brincadeiras mais ativas; 53% das crianças referiram possuir horários fixos de alimentação; 40% delas ingeriam alimentos de baixo teor nutritivo e apenas 20%, praticavam esportes regularmente.

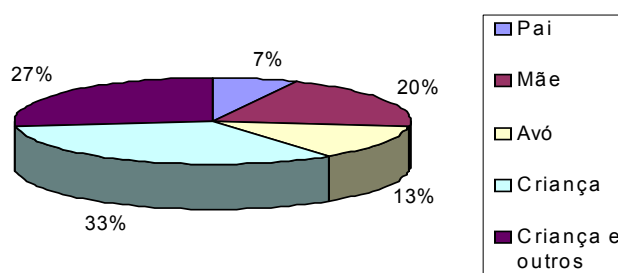


FIGURA 23: Responsável que serve as refeições à criança: porcentagem.

Os dados da FIGURA 23 demonstraram que, em 33% das famílias, era a própria criança quem se servia; em 27% delas, era a criança e algumas vezes outras pessoas; em 20% a própria mãe; em 13%, a avó; e em 7%, o pai.

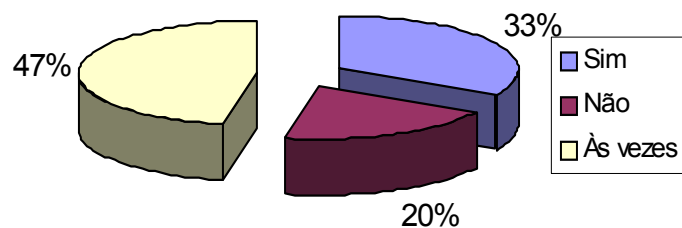


FIGURA 24: Porcentagem de familiares que ofereciam alimentos que a criança gostava.

Através da FIGURA 24, obteve-se que 47% dos responsáveis pela alimentação às vezes preparavam alimentos que as crianças gostavam; 33% deles faziam algum tipo de alimento que as agradavam; e 20% deles, não faziam.

TABELA 16 : Frequência relativa da reação das crianças frente aos alimentos.

<b>Quando vê alimento gostoso consegue deixar de comer?</b>	<b>Come</b>	<b>53%</b>
	<b>não come</b>	<b>13%</b>
	<b>às vezes</b>	<b>27%</b>
	<b>1 pedaço</b>	<b>7%</b>
<b>Quando vê um alimento gostoso come Rapidamente?</b>	<b>não</b>	<b>73%</b>
	<b>Sim</b>	<b>13%</b>
	<b>Normal</b>	<b>7%</b>
	<b>Qdo lembra, não</b>	<b>7%</b>
<b>Quando vê outras pessoas comendo fica com vontade de comer?</b>	<b>Sim</b>	<b>13%</b>
	<b>Não</b>	<b>73%</b>
	<b>às vezes</b>	<b>13%</b>

A TABELA 16 apresenta algumas reações da criança diante dos alimentos. Em relação à visão de um alimento gostoso (para elas), 53% das crianças referiram comê-lo; 27% delas, comiam às vezes; 13%, não comiam; e, 7%, comiam apenas um pedaço. Com respeito à velocidade com que comiam o alimento, 73% delas, referiram não comer rapidamente; 13%, referiram comer; 7%, comiam normalmente; e, 7%, comiam devagar quando lembravam. Ao ver outra pessoa se alimentando, 73% delas, referiram não sentir vontade de comer; 13% referiram sentir; e, 13% disseram que às vezes sentiam vontade de comer.

#### V.2.B.1 - ALIMENTAÇÃO EMOCIONAL DAS CRIANÇAS

TABELA 17: Vontade de comer em relação ao estado emocional, de acordo com as Crianças: frequência relativa.

<b>Você tem vontade de comer quando.... *</b>		
<b>Não tem nada para fazer?</b>	<b>Sim</b>	<b>33%</b>
	<b>Não</b>	<b>40%</b>
	<b>às vezes</b>	<b>20%</b>
	<b>se tiver algo, come</b>	<b>7%</b>
<b>Está sozinho?</b>	<b>Sim</b>	<b>27%</b>
	<b>Não</b>	<b>60%</b>
	<b>às vezes</b>	<b>13%</b>
<b>Está triste?</b>	<b>Sim</b>	<b>20%</b>
	<b>Não</b>	<b>80%</b>
<b>Está bravo (a)?</b>	<b>Sim</b>	<b>20%</b>
	<b>Não</b>	<b>80%</b>
<b>Está preocupado ou ansioso (a)?</b>	<b>sim</b>	<b>7%</b>
	<b>Não</b>	<b>93%</b>
<b>Está assustado (a)?</b>	<b>Sim</b>	<b>7%</b>
	<b>Não</b>	<b>93%</b>

\* Extraído do Questionário Holandês de Comportamento Alimentar – Wardle (1987), traduzido e utilizado por Almeida (1999).

Através dos dados da TABELA 17 constatou-se que a maioria das crianças **não** relacionava a vontade de comer com os sentimentos e situações levantadas pelo estudo, ou seja, quando estava triste, brava, preocupada ou ansiosa e quando estava assustada. Diante da situação de não ter nada para fazer, 33% das crianças relataram vontade de comer; 20%, às vezes; e, 7%, disseram que se tivesse algum alimento disponível, comeriam. Quando estavam sozinhas, 27% das crianças disseram que tinham vontade de comer e 13% referiram que às vezes, mas a maioria referiu não comer.

## V.2.C - DADOS REFERENTES AO RELACIONAMENTO FAMILIAR

Os dados referentes ao ambiente familiar são apresentados abaixo.

TABELA 18: Frequência relativa do tipo de relacionamento familiar, segundo as crianças.

<b>Relacionamento com a mãe</b>	
<b>se dão bem</b>	<b>67%</b>
<b>se dão mal</b>	<b>6,60%</b>
<b>brigam por causa do peso</b>	<b>6,60%</b>
<b>uma implica com a outra</b>	<b>6,60%</b>
<b>brigas com agressividade física da mãe</b>	<b>6,60%</b>
<b>às vezes brigam</b>	<b>6,60%</b>
<b>Relacionamento com o pai</b>	
<b>não conheceu/não se lembra (separ. ou falecimento)</b>	<b>13%</b>
<b>pai bravo e/ou que agride fisicamente</b>	<b>13%</b>
<b>se dão bem</b>	<b>46%</b>
<b>se dão mais ou menos</b>	<b>7%</b>
<b>brigam</b>	<b>7%</b>
<b>não briga</b>	<b>7%</b>
<b>se dão bem, mas não tem muito contato</b>	<b>7%</b>
<b>Relacionamento com irmãos</b>	
<b>não tem irmãos</b>	<b>13%</b>
<b>se dão bem</b>	<b>20%</b>
<b>brigam</b>	<b>20%</b>
<b>se dão bem, mas às vezes brigam</b>	<b>20%</b>
<b>não tem muito contato, mas brigam</b>	<b>7%</b>
<b>se dá bem com um, mas com outro não</b>	<b>20%</b>

Os dados da TABELA 18 mostram que 67% das crianças referiram se dar bem com a mãe e 46% referiu se dar bem com o pai. Em função da estrutura familiar, 13% das crianças referiram não conhecer ou não se lembrar do pai (separados ou falecidos). Outro dado importante se refere ao fato de que 13% das crianças definiram o pai como 'bravo' ou 'fisicamente agressivo'. No que diz respeito ao relacionamento com os irmãos, 20% das crianças disseram se dar bem com os mesmos; 20% que brigavam; 20% disseram se dar bem mas brigar às vezes; 20% disseram se dar bem com uns e com outros não.

Interessante ressaltar que somente uma criança referiu seu excesso de peso como um fator que interferia no relacionamento com a mãe.

TABELA 19: Frequência relativa da sociabilidade da criança: amizades, preferência por brincadeiras e apelidos.

<b>Tem amigos</b>	<b>100%</b>
<b>Preferência por brincadeiras</b>	
<b>Com amigos</b>	<b>87%</b>
<b>Sozinho ou com amigos</b>	<b>13%</b>
<b>Tem apelidos</b>	
<b>Sim</b>	<b>67%</b>
<b>relação com peso</b>	<b>30%</b>
<b>não há relação</b>	<b>70%</b>
<b>Não</b>	<b>33%</b>

Os dados da TABELA 19 mostram que todas as crianças tinham amigos e 87% delas preferiam brincar com eles do que sozinhas. Quanto à questão dos apelidos, 67% das crianças referiram tê-los, porém 70% delas relataram que esses apelidos não estavam associados ao seu excesso de peso.

### V.3. DADOS REFERENTES À TÉCNICA GRÁFICA – DESENHO DA FIGURA HUMANA

A partir dos dados obtidos com a análise da técnica gráfica – o Desenho da Figura Humana, levantou-se a frequência e porcentagem dos índices analisados para cada item proposto por Van Kolck (1984), em cada produção avaliada dos familiares e crianças.

Na maioria dos itens, os índices não são mutuamente exclusivos, assim a soma de seus valores ultrapassou 100%.

**Os valores destacados em vermelho representam os índices que ocorreram em maior frequência.**

TABELA 20: Frequência absoluta e relativa dos índices referentes aos aspectos gerais na avaliação da primeira produção gráfica dos familiares.

Índices	Familiares (N = 14)*	
	F	%
<b>Qualidade do grafismo</b>		
linha grossa	1	7.1
linha média	12	85.7
linha fina	2	14.3
traço contínuo	5	35.7
traço avanço-recuo	3	21.4
traço interrompido	2	14.3
traço trêmulo	5	35.7
<b>Temática</b>		
figuras mais jovens	10	71.4
figuras mais velhas	1	7.1
figuras de idade aproximada	3	21.4

mesmo sexo do desenhista	<b>10</b>	<b>71.4</b>
auto-imagem	<b>2</b>	<b>14.3</b>
estereótipos pedagógicos	<b>3</b>	<b>21.4</b>
ausência de tema	<b>1</b>	<b>7.1</b>
	<b>7</b>	<b>50</b>
<b>Simetria</b>		
normal	<b>6</b>	<b>42.8</b>
com distúrbios	<b>8</b>	<b>57.1</b>
<b>Indicadores de conflitos</b>		
correções e retoques/borrad.	<b>10</b>	<b>71.4</b>
sombreamentos	<b>3</b>	<b>21.4</b>
omissões	<b>4</b>	<b>28.6</b>
nenhum indicador	<b>2</b>	<b>14.3</b>

\* É importante lembrar ainda, que os valores para os familiares diferiram dos das crianças pois um dos familiares se recusou a realizar os desenhos.

Na TABELA 20 obteve-se, com relação à Qualidade do grafismo, que o índice **linha média** ocorreu em 85,7% das primeiras produções gráficas dos familiares – desenho da figura humana - e os índices **traço contínuo** e **traço trêmulo** apareceram em 35,7% delas.

No item Temática, os índices **figuras mais jovens** e **mesmo sexo do desenhista** predominaram em 71,4% dos desenhos dos familiares. (TABELA 20)

Com relação à Simetria, 57,1% das produções gráficas apresentaram-se **com distúrbios**. E, no que diz respeito aos Indicadores de conflitos, 71,4% dos desenhos apresentaram correções, retoques e borraduras provenientes dessas correções. (TABELA 20)

TABELA 21: Frequência absoluta e relativa dos índices referentes aos aspectos de tamanho e proporcionalidade na avaliação da primeira produção gráfica dos familiares – desenho da figura humana.

Índices	Familiares *		Índices	Familiares*	
	F	%		F	%
<b>Tamanho em rel. à folha</b>			<b>Pescoço</b>		
grande/muito grande	<b>2</b>	<b>14.3</b>	omissão	<b>6</b>	<b>42.8</b>
médio	<b>7</b>	<b>50</b>	distorção na forma	<b>2</b>	<b>14.3</b>
pequeno/muito pequeno	<b>5</b>	<b>35.7</b>	<b>Tronco</b>		
<b>Proporções</b>			distorção na forma	<b>12</b>	<b>85.7</b>
correta	<b>1</b>	<b>7.1</b>	representação adequada	<b>2</b>	<b>14.3</b>



ausente	<b>13</b>	<b>92.8</b>	<b>Cintura</b>		
<b>Olhos</b>			grande	2	14.3
grandes	3	21.4	proporcionada	<b>6</b>	<b>42.8</b>
médios	<b>8</b>	<b>57.1</b>	pequena ou apertada	3	21.4
pequenos	2	14.3	omissão	3	21.4
omissão	1	7.1	<b>Pernas</b>		
<b>Boca</b>			longas/longas e finas	2	14.3
grande	5	35.7	médias	<b>7</b>	<b>50</b>
média	<b>8</b>	<b>57.1</b>	pequenas e fráq./curtas e fin.	5	35.7
pequena	1	7.1	<b>Braços</b>		
<b>Pescoço</b>			longos	3	21.4
comprido/longo	3	21.4	médios	<b>6</b>	<b>42.8</b>
médio	4	28.6	curtos	5	35.7
curto	1	7.1			

\* É importante lembrar ainda, que os valores para os familiares diferiram dos das crianças pois um dos familiares se recusou a realizar os desenhos.

Sobre os itens referentes aos aspectos tamanho e proporcionalidade da primeira produção gráfica dos familiares, obteve-se que no item Tamanho em relação à folha, 50% dos desenhos apresentaram **tamanho médio**. Sobre o item Proporções, constatou-se a **ausência de proporção** em 92,8% dos desenhos. (TABELA 21)

Nos itens Olhos e Boca, 57,1% dos desenhos apresentaram **tamanho médio**. Quanto ao item Pescoço, em 42,8% das produções constatou-se **omissão** do mesmo. Com relação ao Tronco, em 85,7% dos desenhos observou-se **distorção na forma**. (TABELA 21)

No item Cintura o índice que apareceu com maior frequência foi **proporcionada** – 42,8% das produções gráficas. No item Pernas e Braços a maioria dos desenhos apresentou tamanho médio, 50% e 42,8% respectivamente. (TABELA 21)

TABELA 22: Frequência absoluta e relativa dos índices referentes aos aspectos gerais na avaliação da produção gráfica dos familiares relativa ao desenho da criança.

Índices	Familiares (N=14)	
	F	%
<b>Qualidade do grafismo</b>		
linha grossa	5	35.7

linha média	<b>12</b>	<b>85.7</b>
traço contínuo	4	28.6
traço avanço-recuo	<b>5</b>	<b>35.7</b>
traço interrompido	3	21.4
traço trêmulo	2	14.3
<b>Temática</b>		
figuras mais jovens	5	35.7
figuras mais velhas	2	14.3
figura de idade aproximada	<b>7</b>	<b>50</b>
representação do mesmo sexo da criança	<b>14</b>	<b>100</b>
pedagógico	1	7.1
<b>Simetria</b>		
normal	5	35.7
com distúrbios	<b>9</b>	<b>64.3</b>
<b>Indicadores de conflitos</b>		
correções e retoques/borraduras	<b>10</b>	<b>71.4</b>
sombreamentos	5	35.7
omissões	2	14.3
nenhum indicador	2	14.3

\* É importante lembrar ainda, que os valores para os familiares diferiram dos das crianças pois um dos familiares se recusou a realizar os desenhos.

Os dados da TABELA 22 mostram que os índices referentes aos aspectos gerais na avaliação da terceira produção dos familiares, ou seja, o desenho que fizeram da criança. Com relação à Qualidade do grafismo, obteve-se que os índices **linha média** e **traço avanço-recuo** ocorreram com maior frequência do que os outros índices, 85,7% e 35,7% respectivamente.

Quanto ao item Temática, o índice **representação do mesmo sexo da criança** ocorreu em todos os desenhos e o índice **figura de idade aproximada** ocorreu com uma frequência de 50%. Com relação à Simetria, 64,3% das representações dos familiares apresentaram **distúrbios**. E sobre o item Indicadores de conflitos, 71,4% dos desenhos apresentaram **correções, retoques e borraduras**. (TABELA 22)

TABELA 23: Frequência absoluta e relativa dos índices referentes aos aspectos de tamanho e proporcionalidade na avaliação da produção gráfica dos familiares relativa ao desenho da criança.

Índices	Familiares*		Índices	Familiares*	
	F	%		F	%
<b>Tamanho em rel. à folha</b>			<b>Tronco</b>		
grande/muito grande	3	21.4	distorção na forma	11	78.6
médio	6	42.8	representação adequada	2	14.3
pequeno/muito pequeno	5	35.7	Omissão	1	7.1
<b>Proporções</b>			<b>Cintura</b>		
correta	2	14.3	Grande	3	21.4
ausente	12	85.7	Proporcionada	5	35.7
<b>Olhos</b>			pequena ou apertada	2	14.3
grandes	3	21.4	Omissão	4	28.6
médios	10	71.4	<b>Pernas</b>		
pequenos	1	7.1	Grossas	1	7.1
<b>Boca</b>			longas/longas e finas	3	21.4
grande	4	28.6	Médias	4	28.6

média	<b>8</b>	<b>57.1</b>	pequenas e frág./curtas e fin.	<b>6</b>	<b>42.8</b>
pequena	<b>2</b>	<b>14.3</b>	Omissão	<b>1</b>	<b>7.1</b>
<b>Pescoço</b>			<b>Braços</b>		
comprido/longo	<b>5</b>	<b>35.7</b>	Longos	<b>1</b>	<b>7.1</b>
médio	<b>4</b>	<b>28.6</b>	Médios	<b>9</b>	<b>64.3</b>
omissão	<b>5</b>	<b>35.7</b>	Curtos	<b>3</b>	<b>21.4</b>
<b>Pescoço</b>			Omissão	<b>1</b>	<b>7.1</b>
distorção na forma	<b>2</b>	<b>14.3</b>			

\* É importante lembrar ainda, que os valores para os familiares diferiram dos das crianças pois um dos familiares se recusou a realizar os desenhos.

Através da TABELA 23 pôde-se constatar que, com relação ao Tamanho em relação à folha, 42,8% das produções dos familiares foram do **tamanho médio**. E 85,7% das produções apresentaram **ausência de proporção**.

Os Olhos e Boca de **tamanho médio** ocorreram em maior frequência, 71,4% e 57,1% respectivamente. No item Pescoço, dois índices ocorreram na mesma porcentagem, **comprido/longo** e **omissão** – 35,7%. No Tronco, a **distorção da forma** apareceu em 78,6% dos desenhos. (TABELA 23)

A Cintura apareceu **proporcionada** em 35,7% das produções. No item Pernas o índice que ocorreu em maior frequência foi **pequenas e frágeis/curtas e finas**, e os Braços apareceram em **tamanho médio** em 64,3% delas. (TABELA 23)

TABELA 24: Frequência absoluta e relativa dos índices referentes aos aspectos gerais na avaliação da produção gráfica das crianças.

Índices	Crianças (N=15)	
	F	%
<b>Qualidade do grafismo</b>		
linha grossa	<b>9</b>	<b>60</b>
linha média	<b>6</b>	<b>40</b>
traço contínuo	<b>4</b>	<b>26.6</b>
Traço avanço-recuo	<b>6</b>	<b>40</b>
Traço interrompido	<b>2</b>	<b>13.3</b>
traço trêmulo	<b>4</b>	<b>26.6</b>
<b>Temática</b>		
Figuras mais jovens	<b>4</b>	<b>26.6</b>
Figuras mais velhas	<b>3</b>	<b>20</b>

Figuras de idade aproximada	<b>8</b>	<b>53.3</b>
Mesmo sexo do desenhista	<b>12</b>	<b>80</b>
auto-imagem	<b>3</b>	<b>20</b>
Ausência de tema	<b>5</b>	<b>33.3</b>
<b>Simetria</b>		
normal	<b>6</b>	<b>40</b>
exagerada	<b>1</b>	<b>6.6</b>
com distúrbios	<b>8</b>	<b>53.3</b>
<b>Indicadores de conflitos</b>		
Correções e retoques/borraduras	<b>12</b>	<b>80</b>
sombreamentos	<b>9</b>	<b>60</b>
omissões	<b>1</b>	<b>6.6</b>
Nenhum indicador	<b>0</b>	<b>0</b>

Nas representações gráficas das crianças observou-se que, com relação à Qualidade do grafismo, 60% delas apresentou **linha grossa** e 40% **traço interrompido**. Quanto à Temática, em 80% dos desenhos o **sexo da figura foi o mesmo do desenhista** e 53.5% deles apresentaram **idade aproximada a do desenhista**. (TABELA 24)

No item Simetria obteve-se que 53,3% dos desenhos apresentaram **distúrbios**. E, quanto aos Indicadores de conflitos, 80% das produções das crianças tiveram **correções, retoques e borraduras**. (TABELA 24)

TABELA 25: Frequência absoluta e relativa dos índices referentes aos aspectos de tamanho e proporcionalidade na avaliação da primeira produção gráfica das crianças.

Índices	Crianças (N=15)		Índices	Crianças (N=15)	
	F	%		F	%
<b>Tamanho em rel. à folha</b>			<b>Tronco</b>		
grande/muito grande	<b>3</b>	<b>20</b>	Distorção na forma	<b>10</b>	<b>66.6</b>
médio	<b>9</b>	<b>60</b>	Representação adequada	<b>3</b>	<b>20</b>
pequeno/muito pequeno	<b>3</b>	<b>20</b>	omissão	<b>2</b>	<b>13.3</b>
<b>Proporções</b>			<b>Cintura</b>		
correta	<b>3</b>	<b>20</b>	grande	<b>3</b>	<b>20</b>
ausente	<b>12</b>	<b>80</b>	proporcionada	<b>6</b>	<b>40</b>
<b>Olhos</b>			Pequena ou apertada	<b>1</b>	<b>6.6</b>
grandes	<b>7</b>	<b>46.6</b>	omissão	<b>5</b>	<b>33.3</b>
médios	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>Pernas</b>		
pequenos	<b>2</b>	<b>13.3</b>	grossas	<b>1</b>	<b>6.6</b>

<b>Boca</b>			Longas/longas e finas	2	13.3
grande	9	60	médias	5	33.3
média	5	33.3	Pequenas e fráq./curtas e fin.	8	53.3
pequena	1	6.6	omissão	3	20
<b>Pescoço</b>			<b>Braços</b>		
comprido/longo	2	13.3	longos	1	6.6
médio	9	60	médios	7	46.6
curto	2	13.3	curtos	5	33.3
omissão	1	6.6	omissão	2	13.3
distorção na forma	1	6.6			

Quanto aos itens referentes aos aspectos de tamanho e proporcionalidade nas produções gráficas das crianças obteve-se que, no item Tamanho em relação à folha, 60% delas apresentaram **tamanho médio**. E, em 80% delas observou-se **ausência de Proporção**. (TABELA 25)

Os Olhos e Boca apareceram em **tamanho grande** na maioria dos desenhos, 46,6% e 60% respectivamente. No item Pescoço, 60% dos desenhos apresentaram **tamanho médio**. (TABELA 25)

No item Tronco 66,6% dos desenhos apresentaram **distorção na forma** e, em 40% deles a Cintura apareceu **proporcionada**. (TABELA 25)

Com relação ao item Pernas, o índice que apareceu em maior percentual foi **pequenas e frágeis/curtas e finas** – 53,3%. No item Braços, 46,6% dos desenhos apresentaram **tamanhos curtos**. (TABELA 25)

À título de ilustração, são apresentados abaixo as duas produções gráficas de duas mães e a produção gráfica de suas crianças. Estas são representativas dos itens e índices que ocorreram com maior frequência e dizem respeito aos aspectos gerais, tamanho e proporcionalidade do desenho, respectivamente.

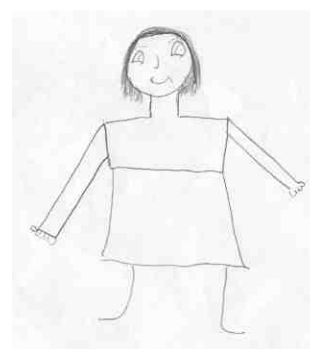
- **Aspectos gerais**



**Mãe 5, 13a 9m, F:**  
1º desenho representativo de linha média; traço contínuo; fig. mais jovem; mesmo sexo do desenhista; simetria com distúrbios; correções, retoques e borraduras.



**Mãe 5, 13a 9m, F:**  
desenho da criança representativo de linha média; traço avanço-recuo; simetria com distúrbios.

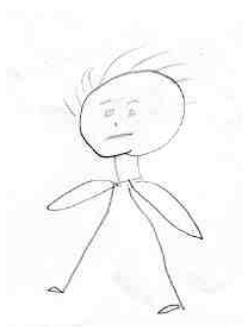


**Criança 5, 13a 9m, F:**  
1º desenho representativo de linha grossa; mesmo sexo do desenhista; simetria com distúrbios.

- **Tamanho e proporcionalidade**



**Mãe 2, 11a 9m, M:**  
1º desenho representativo de ausência de proporção; olhos médios; boca de tamanho médio; omissão de pescoço; distorção na forma do tronco; pernas de tamanho médio.



**Mãe 2, 11a 9m, M:**  
desenho da criança representativo de ausência de proporção; olhos médios; omissão de pescoço; distorção na forma do tronco; braços de tamanho médio.



**Criança 2, 11a 9m, M:**  
1º desenho representativo de tamanho médio; ausência de proporção; boca de tamanho grande; cintura proporcionada; braços de tamanho médio.

## **VI - DISCUSSÃO**

A maior parte das crianças participantes deste estudo era do sexo masculino, dado este condizente com os descritos por Monteiro, C.A. (1998) sobre o NHANES III - 1988 a 1994 – onde a prevalência da obesidade em crianças e adolescentes na faixa etária dos 9 aos 14 anos, era maior em meninos, variando de 10 a 12%, em relação às meninas, que varia de 8 a 8,5%.

Quanto à prevalência da idade das crianças, esteve entre 12 e 14 anos, sendo que a maior parte delas já estava em seguimento nos ambulatórios havia mais de 5 meses, o que significa que, tanto as crianças quanto seus familiares já haviam sido orientados quanto aos riscos da obesidade, hábitos alimentares adequados, necessidade do controle alimentar e exercícios físicos.

Um dado importante a ser discutido diz respeito à classificação do excesso de peso das crianças desse estudo. A maioria delas foi classificada como obesas e algumas com sobrepeso. O quadro clínico da obesidade envolve mais riscos para a saúde física em relação ao sobrepeso, segundo alguns autores. (Dietz, 1998; Popkin e Udry, 1998) Autores como Keller e Stevens (1996) comentam sobre os prejuízos que a obesidade pode trazer à



vida de adolescentes e, de acordo com Strauss (1999), a obesidade infantil pode predispor a formas mais severas de obesidade na vida adulta.

Pensando-se, então, que a obesidade traz maior risco à saúde biopsicossocial do que em relação ao sobrepeso, pode-se considerar que as crianças que participaram deste estudo possuíam riscos para sua saúde física e qualidade de vida, o que fortalece a necessidade da investigação sobre como ela está sendo percebida e cuidada, uma vez que esta condição pode ser mantida pela vida adulta, trazendo prejuízos em vários aspectos de sua vida.

Através dos dados constatou-se que a maior parte dos pais das crianças eram casados e as famílias possuíam uma renda mensal de 2 a 5 salários mínimos, pertencentes a uma classe sócio-econômica baixa, dado este que se justifica, uma vez que, a população atendida pelos serviços das instituições buscadas para este estudo é notoriamente de baixa renda.

**É interessante refletir sobre as influências familiares no hábito alimentar dessas crianças, em função da ocupação das mães ou outros familiares que conviviam diariamente com as mesmas. Os dados mostraram que a maioria delas trabalhavam fora de casa, o que pode sugerir menos tempo para orientar a criança, estar atenta aos seus hábitos alimentares, oferecer alimentos em horários adequados e, possivelmente, uma falta de controle sobre a quantidade e qualidade da alimentação que é oferecida a ela. Estes são fatores que talvez interferiram na forma como os responsáveis estavam lidando com a alimentação da criança de maneira geral e, também, com o excesso de peso e tratamento.**

## **VI.1 - PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES: OBESIDADE, NECESSIDADE DE TRATAMENTO E REALIZAÇÃO DO CONTROLE ALIMENTAR**

De acordo com os dados obtidos, os familiares demonstraram perceber o excesso de peso da criança, os riscos que ele poderia representar e, a maioria referiu a necessidade de emagrecimento relatando possíveis consequências que poderia trazer para a saúde, vida

social, emocional e auto-estima / auto-imagem dessas crianças. Com relação ao conhecimento das possíveis consequências na saúde, os familiares referiram conhecer os riscos, às vezes tomando como referencial seus próprios problemas de saúde devido ao seu peso. No aspecto social, citaram as consequências no relacionamento das crianças com os colegas, permeado por apelidos pejorativos. Na área emocional, prejuízos na auto-estima da criança foram percebidos. As consequências nos aspectos social e emocional, durante a análise qualitativa dos dados sobre as consequências do excesso de peso, apareceram em uma relação causal no sentido de que, algumas vezes, as dificuldades na auto-estima foram relatadas como consequência das questões sociais.

A maneira como as pessoas e a sociedade em geral tratam a questão do excesso de peso parece ter grande influência na construção da auto-imagem da criança obesa. As dificuldades relacionadas à auto-imagem foram percebidas, pelos familiares deste estudo, como consequências dos preconceitos existentes na sociedade em relação ao “gordo”, no qual apelidos pejorativos eram comuns. Quando se discute a obesidade é importante se considerar também o aspecto sócio-cultural, pois, os dados permitem uma concordância com as conclusões de Brook (1978) quando este refere que existem padrões de peso tomados como ideais em determinadas épocas e populações. Assim, a forma de lidar com a obesidade estará sempre relacionada também aos aspectos sócio-culturais.

Almeida (1999) também considera tais aspectos quando coloca que

“...pessoas obesas parecem apresentar prejuízo na imagem corporal - como depreciação e insatisfação - e que a diferença entre o julgamento de uma pessoa obesa e uma não obesa parece estar associada à atitude da pessoa frente ao seu próprio corpo. Nesse sentido, os padrões sociais e culturais parecem exercer forte influência sobre a avaliação da imagem corporal, a qual parece se alterar ao longo da vida.” (p. 15-16)

Keller e Stevens (1996), através de alguns estudos com adolescentes obesas, também comentam sobre o relato de insatisfação das mesmas com relação ao próprio peso e auto-imagem, pois se percebiam diferentes dos padrões de “normalidade”.

Outro fator importante a ser ressaltado diz respeito à época em que a obesidade foi percebida pelos familiares e/ou diagnosticada nos ambulatórios, a saber, no período próximo à adolescência. O excesso de peso se tornou motivo de preocupação quando a criança estava próxima da puberdade, uma fase de mudanças físicas em que o corpo passa a possuir novos significados. Para Rappaport (1996) as mudanças corporais ocorridas na puberdade podem fazer com que o adolescente se sinta perdido e confuso levando a preocupações e ansiedade. Como é um período de busca de modelos e padrões de beleza e o aspecto social é altamente considerado, o pré-adolescente obeso que “não se encaixa” nos padrões estabelecidos pode apresentar prejuízos na auto-estima. Assim, o sobrepeso ou obesidade que antes poderiam estar sendo considerados como normais por valorizar a “criança forte” ou “bem cuidada”, agora passam a ser motivo de preocupação.

Essa percepção tardia do excesso de peso parece ser comum pois, segundo Fisberg (1995), a obesidade gera fatores de risco na infância e adolescência porque muitas vezes é detectada tardiamente.

Apesar da percepção da obesidade e dos riscos a ela associados, houve familiares que não ajudavam no controle alimentar de suas crianças. Talvez este fato esteja relacionado ao sentimento de dó que relataram sentir ao realizá-lo. O controle alimentar, muitas vezes, implicava em negar o alimento à criança, o que levaria a um sentimento de culpa, pois, negar o alimento poderia significar negar afeto ou mesmo cuidados básicos, tarefa esta intrínseca ao papel de pais e cuidadores.

A importância dos sentimentos dos pais e familiares em relação ao tratamento da obesidade também foi observada em outros trabalhos. No Ambulatório de Obesidade, da disciplina de Nutrição e Metabolismo, do Departamento de Pediatria da Escola Paulista de

Medicina – São Paulo, são realizados grupos de atendimento ‘interprofissional’ a crianças e adolescentes, de 10 a 14 anos e seus pais ou avós. O grupo tem objetivos que visam aliviar as ansiedades das mães e adolescentes. Através desses grupos, observaram-se aspectos importantes sobre os sentimentos e atitudes das mães com relação ao tratamento. Um desses aspectos era a dificuldade de dizer “não” a seus filhos. A restrição da alimentação parece levar a um sentimento de culpa onde surgem fantasias tais como “medo de que os filhos passem necessidade”; “medo de castigo por negar comida aos filhos ou de serem acusados por isso”. Há uma resistência das mães ao tratamento em associação com rejeição: “não dar comida é não gostar, negar afeto”. (Campos, A., 1995) Esses sentimentos pareciam dificultar a atuação das mães no tratamento e precisavam ser trabalhados nos grupos.

Nesse sentido, alguns autores como Satter (1986) e Kathalian (1992) sugeriram dificuldades na relação mãe-criança, nas quais as mães poderiam interpretar outras necessidades (fralda molhada, desconforto e necessidade de afeto) como sendo fome, onde então, o alimento supriria a todas elas. Acredita-se que, para esses familiares, o alimento atuaria como um substituto suprimindo todas as necessidades da criança, o que mais tarde poderia trazer dificuldades à esta última, levando-a a não perceber suas próprias necessidades e desejos, interpretando-os, então, como fome e os satisfazendo com o alimento, como por exemplo, a necessidade de afeto.

Em relação aos familiares que referiram sentir-se “normais” quando precisavam realizar o controle alimentar ou, então, não ligarem para o excesso de peso de suas crianças, pode-se levantar a hipótese de que estes não possuíam a devida compreensão da obesidade e seus riscos, ou ainda, estavam reagindo de maneira defensiva - negação - à angústia que esses riscos poderiam trazer.

Com relação a essa dificuldade de percepção da obesidade pelos familiares, Escrivão e Lopez (1995) referiram que geralmente os clínicos se deparam com famílias

tendendo à obesidade, onde os hábitos alimentares são inadequados e a percepção do problema é pequena.

Os familiares que disseram ajudar suas crianças a ter consciência dos benefícios que o controle alimentar poderia trazer, seja no sentido físico, social e emocional, percebiam-se como parte integrante no processo alimentar chegando, às vezes, a mudar os hábitos alimentares de toda a família.

A percepção que os familiares possuíam em relação à compreensão das crianças, sobre a necessidade de realizarem a dieta/controlar alimentar, influenciava na forma como lidavam com elas no processo de ensino dos hábitos alimentares e tratamento do excesso de peso. As crianças que não compreendiam a necessidade do controle alimentar mas realizavam-no eram aquelas cujos familiares controlavam ou realizavam uma mudança nos hábitos alimentares da casa. Em relação às crianças que não realizavam a dieta, constatou-se que os familiares depositavam na criança a responsabilidade de comprar seu próprio alimento ou de ter vontade de realizar por si só o controle alimentar. Este dado é extremamente importante pois os familiares pareciam considerar que as crianças tinham a dimensão dos riscos do excesso de peso e da necessidade do tratamento, sendo que elas não demonstraram possuir essa compreensão. Esse dado sugere não só uma dificuldade dos familiares em perceber as necessidades de suas crianças como também de reconhecer as condições de cada uma.

Quando se analisa as percepções, sensações e, ainda, atitudes dos familiares em função dos motivos que os levaram a procurar o tratamento para suas crianças (por excesso de peso; por problemas de saúde e outros motivos – retornos de rotina) e iniciá-lo, observou-se que a maioria que referiu a sensação de estar judiando das crianças, procurou o tratamento pelo excesso de peso. Com isso, pode-se remeter novamente à existência de um sentimento de culpa ao negar o alimento a criança associado a uma “pressão social” e, portanto, a uma motivação externa que os teria levado em busca do tratamento. Essa contradição demonstra um sentimento ambivalente dos familiares em relação à obesidade, onde a vontade de ajudar, aliada ao conhecimento dos riscos, se contrapõe à dificuldade em atuar no controle alimentar da criança, motivados por esse

sentimento de culpa. Esse processo, estaria ocorrendo inconscientemente, dificultando sua atuação na orientação e controle alimentar das crianças.

Ao se analisar a forma como os familiares lidavam com o controle alimentar da criança, fica claro que aqueles que procuraram os ambulatórios espontaneamente por perceber o excesso de peso, a maior parte referiu **orientá-la e atuar no controle**; já aqueles que buscaram o tratamento por problemas de saúde, referiram **orientá-la sobre os riscos e necessidade do controle**. Sobre aquelas crianças que estavam em acompanhamento de rotina, seus familiares disseram **não orientá-la** ou, então, **fazer ameaças** no sentido de que se não seguissem a dieta poderia acontecer-lhes algo. A busca espontânea do tratamento para excesso de peso ou problemas de saúde pareceu estar associada à maior disponibilidade dos familiares em ajudar as crianças.

Com relação à maneira de lidar com o controle alimentar da criança associada a aderência da mesma à dieta e, considerando-se os motivos da busca pelo tratamento, constatou-se que uma orientação sobre os riscos do excesso de peso e a atuação dos familiares no controle alimentar aliados à vivência de problemas de saúde pode levar a uma maior aderência à dieta, segundo o relato dos familiares.

Assim, concorda-se com Satter (1986) quando este diz que o ambiente social primário do indivíduo, principalmente o familiar, podem ser fundamentais no desenvolvimento do quadro de obesidade ao mesmo tempo em que são essenciais quando se pretende compreendê-lo e tratá-lo. O autor considera que as atitudes sociais relacionadas ao ensino de idéias distorcidas sobre os hábitos alimentares e padrões de peso corporal, mediadas pela família, parecem ter um impacto profundo no surgimento e manutenção das desordens alimentares.

Escrivão e Lopez (1995) colocam que é bastante difícil realizar o tratamento da obesidade infanto-juvenil isoladamente e apontam a necessidade de compreensão dos

familiares e o apoio dos demais envolvidos para revisão e modificação dos hábitos alimentares de toda a família.

Essas colocações estão plenamente de acordo como os dados encontrados neste estudo.

## **VI.2 - HÁBITOS ALIMENTARES DA CRIANÇA, SEGUNDO OS FAMILIARES**

Considerando-se que as primeiras relações da criança com os alimentos são mediadas por um adulto - geralmente a mãe - acredita-se que a maneira como ocorre essa mediação é de grande influência para a formação dos hábitos alimentares da criança.

Os dados referentes à alimentação da criança desde o nascimento até o momento do presente estudo, mostraram que a maioria das crianças foram amamentadas e, algumas mães, relataram ansiedade com relação à amamentação. No entanto, esta ansiedade mostrou-se associada mais a uma condição especial de doença da criança do que à amamentação propriamente dita. Mas é importante lembrar que a amamentação é um processo importante para o bom desenvolvimento da criança assim como as condições em que ocorre. Dessa forma, qualquer desconforto associado a ela poderia interferir na relação mãe-criança e constituir-se um fator causal de desordem alimentar. (Marcondes e Lima, 1987)

Através dos dados levantados, observou-se ainda que a maioria das crianças foram alimentadas somente pela mãe após o desmame e, em torno de um a três anos, elas passaram a alimentar-se sozinhas. Esse dado é importante, pois a pessoa que cuida e oferece a comida precisa ter conhecimentos sobre uma alimentação adequada, ou seja, alimentos necessários e nutritivos, quantidade a ser servida e hábitos de alimentação adequados, como sugeridos por Marcondes e Lima (1987) e Santoro e Barbieri (1988).

Uma questão que não foi possível ser aprofundada no presente trabalho, diz respeito a qualidade da interação “mãe/familiar – criança” no processo de ensino de hábitos alimentares, ou seja, questões sobre como foi a alimentação da criança, diante de quais reações dela, como se sentiam os familiares ao realizá-la ou como foram ensinadas a se alimentarem sozinhas. Tais questões poderiam esclarecer melhor sob que condições físicas, psíquicas e sociais ocorreu o processo de ensino de hábitos alimentares.

A respeito dos hábitos alimentares da criança estarem associados a fatores emocionais, obteve-se que apenas alguns familiares fizeram a relação do ganho de peso da criança com algum fato ocorrido na vida dela, como mudanças na escola ou uma cirurgia sugerindo, assim, dificuldades adaptativas e emocionais. E, de maneira geral, sobre a percepção deles sobre os fatores envolvidos no ganho de peso de suas crianças, eles descreveram causas condizentes com a literatura (Brook, 1978; Bouchard, 1989; Glass, 1989; Cassius, 1991; Kahtalian, 1992; Halpern, A., 1994; Keller e Stevens, 1996) no que diz respeito à obesidade, como tendência familiar, excesso de alimentação, falta de atividades físicas e aspectos emocionais. Interessante observar que os fatores causais são descritos isoladamente e nenhum dos familiares percebeu o excesso de peso como de origem multifatorial, como é sugerido na literatura. (Halpern, A. 1994; Cysneiros, 1996)

Sobre os hábitos alimentares das crianças desse estudo, segundo seus familiares, algumas delas apresentavam hábitos como pular refeições importantes; “beliscar” entre as mesmas; repetir o prato novamente; ingerir alimentos de baixo teor nutritivo e alto índice calórico e realizar grandes refeições em horários inadequados, como café da manhã ou lanche da tarde. Esses hábitos são considerados inadequados de acordo com o que sugere a literatura (Marcondes e Lima, 1987; Santoro e Barbieri, 1988) sobre uma alimentação adequada. Embora esses hábitos inadequados tenham sido observados em menos da metade das crianças deste estudo, esse dado é interessante, uma vez que, as crianças



estavam em tratamento e, portanto, recebiam orientações sobre hábitos alimentares adequados.

Observou-se, ainda, que algumas crianças possuíam horários fixos de alimentação; apenas algumas delas praticavam esportes regularmente; a maioria alimentava-se assistindo televisão e, em todos os casos, os alimentos ficavam disponíveis à criança. Esses hábitos também são considerados como inadequados e, juntamente, com uma alimentação inadequada colaborariam para aumentar o peso ou mantê-lo, no caso da criança obesa.

Considerando os hábitos alimentares descritos e o estilo de vida das crianças desse estudo, de acordo com seus familiares, reforça-se a necessidade de investigar o que está ocorrendo uma vez que os familiares e as próprias crianças estavam recebendo orientações sobre esses pontos.

### **VI.3 - RELACIONAMENTO FAMILIAR E SUA POSSÍVEL INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DE HÁBITOS ALIMENTARES, DE ACORDO COM FAMILIARES**

Sobre os dados referentes à gestação, obteve-se que a maior parte das crianças eram primogênicas e alguns familiares descreveram sentimentos conflitantes entre os pais durante a gravidez, outros declararam-na indesejada. Dessa forma, sugere-se que sentimentos conflitantes e negativos com relação à gravidez e, talvez, uma ansiedade e inexperiência com o nascimento do primeiro filho poderia influenciar, até mesmo de maneira inconsciente, na forma de lidar com a criança e de oferecer-lhe cuidados básicos, como a alimentação. Por exemplo, a falta de experiência e, talvez, ansiedade gerada por um bebê, pode levar a mãe a ter dificuldades em perceber quando ele realmente está com fome e oferecer-lhe alimento a todo momento. Essa questão sobre a dificuldade da

percepção da mãe das reais necessidades da criança foi anteriormente discutida, baseando-se na literatura (Hilde Bruch, 1943; Winnicott, 1993; Baldaro et al., 1996).

Campos, A. (1995) também comenta sobre a ansiedade das mães, referindo que a vivência de conflitos e sentimentos negativos com relação à gravidez e nascimento da criança, pode levar a mãe a superalimentar o filho para compensar sua rejeição inicial e sentir-se tranquilizada. A autora coloca que

“o bebê que come e engorda, valoriza a imagem que a mãe tem de si mesma num momento em que é vital para ela sentir-se a mãe perfeita. O alimento é, então, oferecido de forma indiscriminada, ao menor sinal de necessidade manifestada pela criança. Isso ocorre porque pais ansiosos e pouco atentos à real necessidade da criança não percebem que ela chora, além da fome, por outros motivos como frio, calor, cansaço, sono, etc ... esta associação persiste até a idade adulta, quando surgem dificuldades para o indivíduo encontrar seu estado de saciedade, de tal forma que a pessoa não sabe se come muito ou pouco.”  
(p. 72)

Quanto à percepção dos familiares sobre a sociabilidade da criança, a maioria referiu que elas tinham amigos e todas preferiam brincar com eles do que sozinhas; somente algumas delas tinham apelidos, mas estes não tinham relação com o excesso de peso.

Estes dados mostram que o excesso de peso das crianças deste estudo parecia não interferir na sua vida social; dados que contradizem aqueles referidos pelos familiares quando questionados sobre as consequências da obesidade no aspecto social, onde alguns disseram observar prejuízos na vida social da criança e na sua auto-estima, referindo-se aos apelidos pejorativos impostos a eles. Mais uma vez, observou-se a obesidade como algo conflituoso para os familiares, ou seja, eles pareciam conhecer os riscos que ela poderia trazer à saúde biopsicossocial das crianças, mas ao mesmo tempo, negavam as dificuldades decorrentes do excesso de peso.

Sobre o relacionamento familiar, observou-se que um baixo percentual dos familiares referiu um bom relacionamento da criança com a mãe; sobre o relacionamento com o pai, observaram-se algumas descrições como: muito bom; conversam, passeiam e brigas/sem diálogo; e, com os irmãos, a maior parte das crianças se dava bem, mas tinha atritos. Desta forma, dificuldades como brigas ou conflitos importantes não foram observados, não sendo possível estabelecer associações com a questão do excesso de peso.

Por fim, sobre os antecedentes familiares de obesidade, a maioria deles relataram a existência de pessoas obesas na família e a existência de patologias relacionadas ao excesso de peso. Esse dados corroboram com as discussões sobre a causalidade genética no quadro da obesidade (Santoro e Barbieri, 1988; Bouchard, 1989; Halpern, A. 1994; Keller e Stevens, 1996).

#### **VI.4 - PERCEPÇÃO DAS CRIANÇAS QUANTO À OBESIDADE, HÁBITOS ALIMENTARES E NECESSIDADE DE TRATAMENTO**

Observou-se que grande parte das crianças conhecia o motivo de estar realizando o tratamento, isto é, seu excesso de peso. A maioria das crianças referiu preocupação com relação a seu peso e a maior parte delas gostaria de modificar seu corpo, referindo um desejo de perda de peso. No entanto, quando questionadas sobre a possível sensação de incômodo com seu excesso de peso, um número menor de crianças referiu se incomodar realmente com ele, quando comparado com o número de crianças que referiu preocupação e desejo de perder peso. Como a preocupação e o incômodo são sensações distintas, essa discrepância deixou dúvidas quanto ao número de crianças que realmente se incomodava e que se preocupava com o excesso de peso e, uma vez que incômodo e preocupações são sensações distintas, sugere-se aqui que as preocupações estivessem relacionadas mais às “exigências do tratamento, da família e sociais” do que à motivação própria.

Quanto à aderência da criança à dieta, a maior parte delas referiu realizar o controle alimentar proposto pelo tratamento. Entretanto, quando comparou-se com os dados dos familiares sobre a aderência da criança à dieta, constatou-se uma discordância entre o dado referido pela criança e o referido pelos familiares, por exemplo, duas crianças que disseram não realizar a dieta eram percebidas pelos familiares como estando realizando, aderindo ao tratamento proposto. Isso pode indicar que, na maioria dos casos, a dupla familiar-criança não estava funcionando de forma “sincronizada”, no sentido de seguir as orientações propostas pelo tratamento e a percepção de alguns familiares sobre as crianças não correspondia à realidade. Mais uma vez aqui poder-se-ia reforçar a colocação de Escrivão e Lopez (1995) sobre famílias que tendem à obesidade e podem apresentar uma percepção pequena do problema.

Pode-se também levantar a hipótese de que os familiares, frente à situação de entrevista, sentiram-se julgados e ofereceram a resposta que consideravam correta, mas que não correspondia à realidade. Permanece também a dúvida sobre a informação das crianças, se estas também forneceram a resposta que consideravam correta ou se enganaram.

As crianças, quando questionadas sobre os motivos pelos quais estavam realizando um tratamento para o excesso de peso e sobre as consequências que este poderia trazer a sua saúde física, pessoal e social, demonstraram conhecer os riscos da obesidade para a saúde, os inconvenientes que causava nos seus relacionamentos com amigos e familiares, bem como nas suas atividades diárias. Algumas delas referiram que o excesso de peso não lhes trazia nenhuma consequência. No aspecto social, algumas crianças citaram o aparecimento de apelidos pejorativos levando a dificuldades na auto-estima. Mais uma vez, ressalta-se a influência da percepção da sociedade no desenvolvimento da auto-imagem do indivíduo. (Brook, 1978; Almeida, 1999) A questão da auto-imagem é discutida também por Capisano (1978) que coloca que “a imagem corporal não é mera

sensação ou imaginação. É a figuração do corpo em nossa mente”. Refere que a imagem do corpo vai se estruturar na mente do indivíduo através do contato consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. Esta imagem é passível de transformação e os sentidos entram como colaboração.

Erthal (1986) coloca que é o sentido do eu físico que garante a existência do indivíduo, sendo que a noção de corpo é essencial para a consolidação da identidade. Segundo a autora, a construção da imagem corporal se dá através das relações com as coisas e com as pessoas: “A partir da interação com o mundo circundante, o indivíduo passa a diferenciar, com clareza cada vez maior, o seu auto-conceito ou auto imagem.” (p.42)

Esses conceitos levam à reflexão de como o excesso de peso e a forma com que as pessoas e a sociedade em geral lidam com essa questão podem ter influência na construção da auto-imagem da criança obesa.

As crianças, cujos familiares procuraram os ambulatórios para tratar o excesso de peso e por problemas de saúde, relataram mais frequentemente as consequências para a saúde. Para aquelas que cuidavam do excesso de peso, em decorrência dos retornos de rotina, o aspecto mais prejudicado seria o social. Com relação à realização da dieta, observou-se uma maior aderência das crianças cujos familiares procuraram os ambulatórios pelo excesso de peso, ou seja espontaneamente; embora a maioria das crianças tenha referido realizá-la, independentemente dos motivos que as levaram aos ambulatórios. Assim, o aumento de peso e não a saúde, como referido entre as principais consequências, pareceu ser o maior responsável pela aderência da criança à dieta.

É interessante ressaltar que, apenas entre as crianças que referiram realizar o controle alimentar, é que existiram crianças que disseram não conhecer o motivo de estarem em tratamento. Isso faz pensar que existiram vários fatores envolvidos na aderência ou não da criança ao tratamento e não apenas o conhecimento do excesso de peso, seus riscos, motivo e necessidade do tratamento.

Assim, todos esses dados sugeriram que as crianças tinham um conhecimento cognitivo à respeito do seu excesso de peso e dos riscos que ele poderia trazer à sua saúde biopsicossocial. Mais uma vez, fica claro também que este conhecimento não era o único fator que influenciava na manutenção ou não da dieta/tratamento, pois apesar do percentual de crianças que realizava o controle alimentar ter sido alto, considerou-se significativo o número de crianças que não conseguiam realizá-lo ou realizavam-no inadequadamente. Uma hipótese a ser levantada é a de que tal conhecimento estivesse relacionado às exigências do tratamento e/ou dos familiares e não a uma conscientização da própria criança. Outra hipótese que poderia influenciar na adesão ou não ao tratamento é a existência de um mecanismo de negação com relação ao excesso de peso e seus riscos, uma vez que estes poderiam causar grande angústia na criança levando, então, à não realização da dieta.

Observou-se, através dos relatos das crianças, que algumas delas apresentavam hábitos alimentares como pular refeições importantes, beliscar entre elas e repetir o prato de comida. De acordo com a literatura (Marcondes e Lima, 1987; Santoro e Barbieri, 1988) tais hábitos são considerados inadequados. As crianças apresentaram também, alguns hábitos de vida inadequados e que poderiam estar influenciando em uma alimentação incorreta como um grande consumo de alimentos com baixo teor nutritivo; não gostar de verduras e legumes; alimentação em frente à televisão e um baixo índice de prática regular de esportes. Esses dados também foram encontrados nos relatos dos familiares.

Outro fator a ser salientado é que, em alguns casos, eram as próprias crianças que preparavam seus pratos de comida. Considerando-se que as crianças poderiam servir-se de maneira inadequada, talvez com uma quantidade maior de alimentos do que o proposto pela dieta, pode-se sugerir que esse fato dificultaria o controle alimentar. Um número significativo de crianças também comentou o fato dos familiares prepararem os alimentos

que elas gostavam, outro fator que poderia contribuir com uma dificuldade para a criança em controlar seu apetite, sua vontade, uma vez que referiram que, quando viam um alimento gostoso não conseguiam deixar de comê-lo, demonstrando que a aparência do alimento era algo que despertava o apetite das mesmas.

Diante desses dados é interessante lembrar da diferenciação entre fome e apetite, citada por autores como Miller (*apud* Kahtalian, 1992); Kahtalian (1992) e Halpern, A. (1994), que descrevem a fome como uma necessidade biológica que admite a comida como único objeto de remoção e o apetite como uma satisfação libidínica, o qual estaria buscando o prazer. O apetite, segundo Miller (*apud* Kahtalian, 1992), parece envolver vários fatores como distensão estomacal, processos metabólicos, fatores psicológicos e estímulos sensoriais, como a aparência do alimento, por exemplo. Nesse sentido, questiona-se os limites entre a fome como necessidade física da criança e o apetite envolvendo outros fatores, principalmente emocionais. E, com relação a esses fatores emocionais, Cassius (1991) sugere que uma fome compulsiva pode estar associada a dificuldades em expressar sentimentos como raiva, ansiedade e depressão de maneira satisfatória.

Dessa forma, investigou-se se tais fatores emocionais estariam envolvidos na alimentação das crianças. Para isso, elas foram questionadas sobre a possível relação entre a vontade de comer e suas emoções ou situações que poderiam suscitar alguma emoção, como estar sem o que fazer ou estar sozinho. Através dos dados levantados, pode-se dizer que a maioria das crianças não percebia relação entre os sentimentos e situações como não ter nada para fazer; estar sozinho; assustado; triste; bravo; preocupado ou ansioso, com a alimentação.

Com relação aos familiares, apenas alguns percebiam relação entre a alimentação e ganho de peso das crianças com fatores emocionais, tais como a vivência de dificuldades

e/ou mudanças acontecidas. A maioria deles, assim como as crianças, não percebia a relação do aspecto emocional com a alimentação.

## **VI.5 - PERCEPÇÃO DAS CRIANÇAS SOBRE O RELACIONAMENTO FAMILIAR E A POSSÍVEL INFLUÊNCIA NOS SEUS HÁBITOS ALIMENTARES**

No que diz respeito à relação com a mãe, a maioria das crianças referiu se dar bem com a mesma, o mesmo acontecendo em relação ao pai. Com relação aos irmãos, algumas delas disseram se dar bem com os mesmos; outras, brigavam; outras ainda, se davam bem, mas brigavam às vezes; e outras se davam bem com uns e outros não. É importante ressaltar que apenas uma das crianças verbalizou a ocorrência de brigas com a mãe pelo seu excesso de peso.

Os dados levantados com os familiares sobre o relacionamento familiar, assim como os das crianças, também não trouxeram muita contribuição para a discussão sobre a influência do ambiente familiar na questão do excesso de peso.

Quanto aos relacionamentos sociais, todas as crianças referiram ter amigos e, a maior parte delas, preferia brincar com eles do que sozinhas. A maioria delas tinha apelidos, mas somente alguns desses apelidos tinham relação com o excesso de peso. Embora os apelidos pejorativos tenham sido motivo de preocupação para os familiares, os relatos das crianças demonstraram que elas não tinham essa preocupação, ou mesmo, que conseguiam lidar bem com a situação.

## **VI.6 - PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES SOBRE A CRIANÇA OBESA E A PERCEPÇÃO DAS PRÓPRIAS CRIANÇAS SOBRE SEU CORPO**

Através da análise dos itens e índices relativos aos **aspectos gerais** na primeira produção dos familiares, a predominância de traços contínuos e trêmulos; de figuras mais jovens; de distúrbios na simetria; de correções, retoques e borraduras sugerem uma necessidade de auto-afirmação e, ao mesmo tempo insegurança, medo e insatisfação consigo mesmo e com o ambiente, além de sinais de agressividade. Indicam ainda, talvez,



como forma de defesa diante de dificuldades, uma reação emocional e/ou comportamental compatível com situações mais felizes vividas anteriormente.

Quanto aos aspectos relativos ao **tamanho e proporcionalidade** dos desenhos, a predominância dos índices ausência de proporção; omissão do pescoço e distorção na forma do tronco sugerem um comportamento impulsivo mais do que racional; imaturidade psíquica, descontentamento com o próprio corpo e dificuldades em percebê-lo de maneira real. No entanto, os índices olhos, pernas e braços de tamanho adequado/médios podem sugerir uma boa capacidade de comunicação social e locomoção no ambiente. O tamanho médio da boca demonstra ausência de conflitos com relação à oralidade, sem dificuldades relacionadas à alimentação.

Baseando-se nas colocações de Van Kolck (1984) e Van Dyne e Carskadon (*apud* Kahill, 1984) sobre o primeiro desenho da figura humana realizada pelo indivíduo representar a expressão de sua imagem corporal e aspectos de sua personalidade, considerou-se que a análise dessa primeira produção dos familiares seria expressão de sua auto-imagem, embora apenas três deles verbalizaram a representação da mesma. Assim, pelas produções, pode-se dizer que os familiares pareceram demonstrar uma insatisfação e descontentamento consigo mesmo, além de insegurança e falta de confiança em si, ao mesmo tempo em que demonstraram necessidade de auto-afirmação.

Pode-se constatar também que a maioria das primeiras representações gráficas da figura humana feitas pelos familiares foram realizadas no mesmo sexo do desenhista, o que indica uma identificação com o papel característico do próprio sexo. Segundo Van Kolck (1984) e Van Dyne e Carskadon (*apud* Kahill, 1984), a tendência mais comum com relação à primeira produção gráfica é que ela seja do mesmo sexo do indivíduo que o desenha, pois se torna veículo de expressão de aspectos de sua personalidade. Estes autores consideram que a projeção de conteúdos do próprio indivíduo pode ser sustentada apenas nos desenhos de figura humana do mesmo sexo do desenhista.

Com relação à impulsividade observada nos desenhos dos familiares e, portanto, aspectos próprios, pode-se sugerir que um comportamento impulsivo pode ter interferido na maneira de lidar com o processo de ensino dos hábitos alimentares da criança, explicando também as dificuldades em atuar no controle alimentar da mesma. Os indícios de imaturidade psíquica talvez tenha influenciado na análise e reflexão sobre suas atitudes e sentimentos ao lidar com o controle alimentar.

Com relação às representações gráficas da criança, realizadas pelos familiares, quanto aos **aspectos gerais**, a predominância de traços de avanços e recuos; simetria com distúrbios; correções, retoques e borraduras sugerem falta de confiança em si, ansiedade, insegurança e hesitação diante de novas situações. A predominância de linhas médias podem indicar capacidade de iniciativa e decisão.

Quanto aos aspectos relativos ao tamanho e proporcionalidade dos desenhos, a prevalência de ausência de proporção; pescoços compridos/longos e omissão; distorção na forma do tronco e pernas pequenas e frágeis/curtas e finas sugerem supercontrole repressivo e, ainda, dificuldades com a deglutição, além de predomínio da impulsividade. Indicam também descontentamento com o próprio corpo e um sentimento de deficiência ou declínio.

A predominância de tamanho médio nos desenhos; braços e olhos de tamanhos médios sugerem uma boa capacidade de comunicação com o ambiente e sentimentos de adequação ao mesmo. O tamanho médio da boca também sugere ausência de conflitos com relação à oralidade, sem sugestões de dificuldades com a alimentação.

É importante enfatizar que as representações das crianças foram realizadas com idade aproximada das mesmas e do mesmo sexo, o que pode indicar boa percepção de sua identidade sexual e nível de desenvolvimento.

Ao se considerar o desenho da criança, realizado pelos familiares, como a representação mental que possuem da mesma, a análise dos índices indicam uma

confiança na capacidade de iniciativa e decisão da criança; além da percepção de boa capacidade de adaptação e comunicação com o ambiente. Ao mesmo tempo, sugerem uma falta de confiança na criança e um descontentamento com seu corpo e, ainda, em alguns índices, aparece a percepção de dificuldades na deglutição (pescoços longos e finos) e, em outros, uma negação das dificuldades relacionadas à alimentação.

Assim, os familiares pareceram perceber as dificuldades das crianças e demonstraram um descontentamento e insatisfação com corpo das mesmas, talvez com seu excesso de peso. No entanto, percebeu-se sentimentos ambivalentes com relação às crianças pois, ao mesmo tempo em que confiavam na sua capacidade de iniciativa demonstravam também falta de confiança. E ainda pareceram negar aspectos relacionados à sua oralidade e dificuldades em seu processo alimentar – excesso de ingestão alimentar.

As crianças também parecem ser percebidas como impulsivas. Talvez, devido a dificuldades em controlar a própria impulsividade, os familiares sentissem necessidade de utilizar controle repressivo da criança. Porém, os dados da entrevista demonstraram que apresentaram dificuldades em manter o controle alimentar das mesmas. Esses dados também reforçam a existência de sentimentos e atitudes ambivalentes dos familiares com relação à criança e seu tratamento.

De modo geral, as representações dos familiares demonstraram um aspecto cognitivo preservado, porém, com indícios de conflitos no aspecto afetivo, apresentando principalmente, sentimentos ambivalentes com relação à criança. Essa constatação corrobora com os dados obtidos nas entrevistas com os familiares, onde observou-se que eles demonstraram conhecimento sobre a obesidade e as possíveis consequências a ela associadas; mas, ao mesmo tempo, observou-se um número significativo de crianças que não aderiam à dieta, a presença de hábitos alimentares inadequados e dificuldades na atuação e controle alimentar das mesmas, confirmando assim essa ambivalência.

Esses sentimentos ambivalentes, que parecem levar a uma dissociação entre o discurso dos familiares e sua atuação no tratamento e controle alimentar da criança, podem estar relacionados a aspectos importantes relacionados a sentimentos e atitudes observados em outros trabalhos realizados com mães de crianças obesas. Um desses aspectos é a dificuldade de dizer “não” a seus filhos, ou seja, a restrição da sua alimentação leva a um sentimento de culpa onde surgem várias fantasias de que os filhos passem necessidade ou de serem castigadas por negar comida a eles. Assim, foi percebida uma resistência dessas mães com o tratamento, associando-o com rejeição, ou seja, negar comida pode significar negar afeto. (Campos, A., 1995)

Nas produções gráficas do DFH das próprias crianças, quanto aos **aspectos gerais**, os índices que prevaleceram foram linha grossa e traço avanço-recuo; simetria com distúrbios; correções, retoques e borraduras. Estes índices indicam iniciativa e decisão, mas com dificuldades de adaptação ao ambiente e grande esforço para manter o equilíbrio da personalidade. Sugerem também ansiedade, insegurança, falta de confiança em si e hesitação diante de novas situações; além de insatisfação consigo, desejo de perfeccionismo e sinais de agressividade.

Quanto aos aspectos relativos ao **tamanho e proporcionalidade** dos desenhos, os índices que prevaleceram foram ausência de proporção; olhos e boca grandes; distorção na forma do tronco; pernas pequenas e frágeis/curtas e finas e braços curtos. Esses índices sugerem dependência do ambiente, ambição e oralidade acentuada. Os índices pescoço médio e cintura proporcionada sugerem capacidade de controle da impulsividade. Com relação à auto-imagem os índices indicam um descontentamento com o próprio corpo, um sentimento de deficiência, frustração, fraqueza e, ainda, falta de confiança na própria produtividade e um sentimento de inadequação com relação ao ambiente e no contato com o outro.

Apesar de somente três crianças terem verbalizado a representação gráfica da auto-imagem, novamente cabe discutir essa questão pois, ao se considerar a colocação de Erthal (1986) de que a noção de corpo é essencial para a consolidação da identidade, pode-se dizer que a maneira como a criança obesa se percebe é essencial na formação de sua identidade.

O aspecto social é fundamental na formação e desenvolvimento da imagem corporal, de acordo com vários autores (Brook, 1978; Van Kolck, 1984 e Almeida, 1999) pois existe uma troca constante entre a imagem do próprio corpo e a imagem do corpo do outro; a percepção que o outro tem do corpo de um indivíduo será de grande importância na construção de sua imagem corporal.

Dessa forma, se o indivíduo obeso é percebido como descreve Halpern, A. (1994) “um indivíduo com pouca força de caráter, que come muito e é preguiçoso”, ou seja, de forma preconceituosa e com as medidas corporais fora dos padrões de “normalidade”, essas noções podem ser internalizadas pela criança obesas prejudicando a construção de sua auto-estima e, de acordo com Campos, A. (1995), os transtornos no esquema corporal do indivíduo obeso estão associados aos distúrbios no reconhecimento de suas medidas e funções corporais.

Assim, os dados obtidos com as crianças deste estudo através de seus desenhos (descontentamento e insatisfação com o próprio corpo) e entrevistas (desejo de modificar seu corpo e perda de peso), pareceram confirmar essas noções teóricas.

A questão dos sentimentos de inadequação com relação ao ambiente e dificuldades no contato com o outro pareceu conflituosa para as crianças. Nos dados iniciais da entrevista, elas percebiam as consequências da obesidade nos relacionamentos sociais, dados reforçados por aqueles obtidos nos desenhos, os quais sugeriram dificuldades no contato com o ambiente e com o outro. Porém, quando questionadas sobre os aspectos sociais, não percebiam interferência do excesso de peso nos seus relacionamentos. O

mesmo foi percebido em relação aos familiares, o que sugere que a obesidade da criança era algo conflituoso tanto para os familiares como para elas próprias.

Os dados indicam que os familiares apresentavam uma percepção distorcida de suas crianças, inclusive negando aspectos importantes sobre a oralidade e dificuldades alimentares da criança; bem como os prejuízos que a obesidade trazia para os relacionamentos sociais das mesmas. Pode-se discutir a questão de que aspectos de idealização também estariam envolvidos nesse processo, pois essas características negadas seriam, ao mesmo tempo, características desejadas pelos familiares.

Alguns autores referiram a influência da não percepção da família da existência do distúrbio alimentar, na sua manutenção. Satter (1986) refere que a distorção familiar que permeia o distúrbio alimentar, ignorando-o, por exemplo, pode ser o bastante para classificar o quadro de desordem alimentar. Ohtahara et al. (1996) colocam que a subestimação, pelas mães, do peso de seus filhos parece influenciar nos problemas de peso e desordens alimentares destes na infância e adolescência.

Por fim, ao se comparar a auto-imagem dos familiares com a auto-imagem das crianças, constatou-se que os familiares pareceram perceber a criança como extensão de si. Por exemplo, a impulsividade percebida pelos familiares na representação da figura da criança diz respeito a aspectos de sua própria personalidade projetados na mesma. As percepções dos familiares com relação à capacidade de adaptação da criança com o ambiente não condiziam com a auto-percepção da criança. Com isso, eles pareciam supor que a criança apresentava o mesmo nível de maturidade psíquica e cognitiva podendo ser, portanto, responsável por seu próprio tratamento e controle alimentar, isentando-os desta responsabilidade. Essa atitude também foi observada nos dados das entrevistas onde alguns familiares relataram delegar às crianças tal responsabilidade.

## VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo geral realizar uma caracterização de famílias de crianças diagnosticadas como obesas que eram atendidas em dois serviços ambulatoriais, bem como conhecer qual a percepção que estas famílias e a própria criança possuíam em relação ao seu corpo.

Os dados obtidos possuem limitações que não permitem fazer generalizações. Entretanto, algumas considerações importantes podem ser ressaltadas.

- O excesso de peso das crianças e as consequências deste para sua saúde física, seus relacionamentos sociais e auto-estima eram reconhecidos. Entretanto, este reconhecimento, por si só, pareceu não ser suficiente para que os familiares atuassem no controle alimentar das crianças.
- Algumas crianças eram percebidas sem força de vontade ou incapazes de controlar suas vontades e desejos / apetite. Mas, ao mesmo tempo, alguns familiares delegavam a elas a responsabilidade pelo próprio tratamento e controle alimentar, supondo que possuíam total dimensão dos riscos do excesso de peso e necessidade do tratamento.
- Observou-se também que, segundo os familiares, a maioria das crianças aderiu à dieta, mas considerou-se significativo o número de crianças que não a realizavam. Constatou-se que uma orientação sobre os riscos do excesso de peso e a atuação dos familiares no controle alimentar, aliados à vivência de problemas de saúde secundários, levou a uma maior aderência à dieta.
- Foram vários os fatores envolvidos na relação **familiar – controle alimentar** das crianças: a percepção distorcida das necessidades das crianças; a projeção de aspectos

de sua própria personalidade, percebendo-as como extensão de si e a existência de sentimentos conflitantes e fantasias sobre negar o alimento a elas. Acredita-se que estes são fatores que devem ser levados em consideração no tratamento da obesidade infantil.

- As crianças também demonstraram percepção de seu excesso de peso, conhecendo os motivos por estarem em tratamento. Conheciam as consequências que o excesso de peso poderia trazer à sua saúde física, nos seus relacionamentos familiares e sociais e relatavam alguns inconvenientes que ele lhes causava, principalmente nas suas atividades diárias.
- O excesso de peso pareceu trazer prejuízos para as crianças nos seus contatos com o outro, na sua auto-imagem, além de sentimentos de inadequação com relação ao ambiente. Essas dificuldades não eram conscientes e puderam ser detectadas nas contradições do discurso das crianças e através da utilização da técnica psicológica.
- Hábitos alimentares e estilo de vida inadequados permaneciam, apesar das crianças e familiares estarem recebendo orientações sobre isto.
- Para as crianças, o aumento de peso pareceu ser o maior responsável pela aderência da criança à dieta.
- As crianças apresentaram conflitos com relação à sua oralidade levando a dificuldades em realizarem a dieta sozinhas, necessitando da ajuda dos familiares no que diz respeito ao controle da oferta de alimentos.



Diante dessas considerações, acredita-se que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos e os materiais utilizados foram válidos para o alcance dos mesmos.

É importante colocar que considera-se fundamental o trabalho multidisciplinar - orientações médicas, nutricionais e de um educador físico, bem como acompanhamento psicológico e social – no tratamento da obesidade infantil sendo necessário o trabalho com a criança, mas principalmente com a família.

Sugere-se, também, a realização de estudos, especialmente longitudinais, que visem o acompanhamento das crianças não só durante o tratamento, mas também, após o mesmo, buscando compreender como se dá o processo de reeducação alimentar.

## VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERMAN, N. W. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre, R.S.: Artes Médicas, 1986.
- ALMEIDA, G.A.N. **Obesidade Mórbida – estilos alimentares e qualidade de vida**. Ribeirão Preto, 1999, 22p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- APPOLINÁRIO, J.C. Obesidade e psicopatologia. In: HALPERN, ; MATOS, A.F.G.; SUPLICY, H.L.; MANCINI, M.C.; ZANELLA, M.T.. (org.) **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial Ltda, 1998. p. 217-223.
- ATKINSON, R. L. Low and Very Low Calorie Diets. In: BRAY, G.A. (ed.) **The Medical Clinics of North America – Obesity**, 73 (1): 203-215, jan., 1989.
- BALDARO, B.; BALSAMO, A.; CATERINA, R.; FABBRICI, C.; CACCIARI, E; TROMBINI, G. Decoding difficulties of facial expression of emotions in mothers of children suffering from developmental obesity. **Psychotherapy Psychosomatic**, 65 (5): 258-261, 1996.
- BIASOLI-ALVES, Z.M.M. A Pesquisa Psicológica – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELLI, G. & BIASOLI-ALVES, Z.M.M. (org.) **Diálogos metodológicos sobre a prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. cap. 7, p. 135-157.
- BOUCHARD, C. Genetic factors in obesity. In: BRAY, G.A. (ed.) **The Medical Clinics of North America - Obesity**, 73 (1): 67-81, jan., 1989.
- BRITO, M.E.F. e METTEL, T.P.L. Um estudo naturalístico do comportamento de pré-escolares durante a refeição. In: **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, UnB, 2 (1): 1-13, jan/abril, 1986.
- BROOK, C.G.D. The role of genetic and enviromental factors in the determination of body in fat man. In: CACCIARI, E.; LARON, Z.; RAITI, S. **Obesity in childhood**. London: Academic Press Inc. Ltda, 1978. p. 1-5.
- CAMPOS, A.L.R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: FISBERG, M. (org.) **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação BYK, 1995. cap. 2, p. 71-79.
- CAMPOS, D.M.S. **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade**. 27a ed. Petrópolis, R.J.: Vozes,1996.
- CANNELL, C.F. e KAHN, R.L. Coleta de dados por entrevista. In: FESTINGER, L. e KATZ, D. **A pesquisa na psicologia social**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1974.
- CAPISANO, H.F. Imagem Corporal. In: MELLO FILHO, J. (org.) **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. cap. 17, p. 179-192.
- CASSIUS, J. **Socorro! Estou preso no meu corpo**. São Paulo: Ed. Gente, 1991.

CYSNEIROS, M.A.P.C. Obesidade na Infância e Adolescência. **Pediatria Moderna**, 38 (7), 705-715, dez., 1996.

DIETZ, W.H. Childhood Weight Affects Adult Morbidity and Mortality. **Journal of Nutrition**, 128: 441S-414S, 1998./ Apresentado no Experimental Biology 97 meeting, Simpósio The effects of Childhood Diet on Adult Health and Disease, April, 1997.

**ERTHAL, T.C.S. A auto-imagem: possibilidade e limitações da mudança. In:** Arquivos Brasileiros de Psicologia. **Vol. 38 (1): 39-46, jan/mar, 1986.**

ESCRIVÃO, M.A.S; LOPEZ, F.A. Prognóstico da obesidade na infância e adolescência. In: FISBERG, M. (org.) **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação BYK, 1995. cap. 2, p. 146-148.

FÉRES-CARNEIRO, T. **Família: diagnóstico e terapia**. 2a ed. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1996.

FERRO-BUCHER, J. A alimentação e suas perturbações. In: **Estudos de Psicologia**. vol.5 (2): 5-28, agosto/ dez.,1988.

FISBERG, M. (org.) **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundação BYK, 1995.

FONTAINE, K.R.; BAROFSKY, I. & CHESKIN, L.J. Predictors of Quality of Life for Obese Persons. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 185 (2), 120-122, 1997.

FREUD, S. **Fragmento da análise de um caso de histeria**. Obras Completas, Rio de Janeiro: Imago, Edição Standard Brasileira, vol III, 1989.

GLASS, A. R. Endocrine aspects of obesity. In: BRAY,G.A. (ed.) **The Medical Clinics of North America - Obesity** , 73 (1), 139-160, jan., 1989.

GRAY, D. S. Diagnosis and prevalence of obesity. In: BRAY, G.A. (ed.) **The Medical Clinics of North America – Obesity**, 73 (1), 1-13, jan., 1989.

HALPERN, A. **Entenda a obesidade, e emagreça**. 7a ed. São Paulo: MG Editores Associados, 1994.

HALPERN, Z.S.C. Situações especiais: tratamento da obesidade em crianças. In: HALPERN, ; MATOS, A.F.G.; SUPPLY, H.L.; MANCINI, M.C.; ZANELLA, M.T.. (org.) **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial Ltda, 1998. p. 319-330.

KAHILL, S. Human figure drawing in adults: na update of the empirical evidence, 1967-1982. **Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne**. 25 (4): 269-292, 1984.

KAHTALIAN, A. Obesidade: um desafio. In: MELLO FILHO, J. (org.) **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. cap. 26, p. 273-278.

KELLER, C. e STEVENS, K.R. Assessment, etiology, and intervention in obesity in children. **Nurse Practitioner**. 21 (9), 31-36, 38, 41-42, sept, 1996.

- KISSEBAH, A.H.; FREEDMAN, D.S.; PEIRIS, A.N. Health risks of obesity. In: BRAY, G.A. (ed.) **The Medical Clinics of North America – Obesity**, 73 (1): 111-138, jan., 1989.
- KRAL, J. G. Surgical Treatment of Obesity. In; BRAY, G.A. (ed.) **The Medical Clinics of North America - Obesity**. 73 (1): 251-264, jan., 1989 .
- MACHOVER, K. **Projección de la personalidad en el dibujo de la figura humana**. Trad. de Gutiérrez. Habana, Cuba, J.M. Cultural, S.A., 1949.
- MARCONDES, E. **Pediatria básica**. São Paulo: Ed. Sarvier, 1985.
- MARCONDES, E. e LIMA, I.N. **Dietas em pediatria clínica**. São Paulo: Ed. Sarvier, 1987.
- MARTIN, J.M. Neurohumoral regulation of insulin secretion and glucose utilization. In: CACCIARI, E.; LARON, Z.; RAITI, S. **Obesity in childhood**. London: Academic Press Inc. Ltda, 1978.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec/ Rio de Janeiro, Abrasco, 1993.
- MONTEIRO, C.A. Epidemiologia da obesidade. In: HALPERN, A.; MATOS, A.F.G.; SUPLICY, H.L.; MANCINI, M.C.; ZANELLA, M.T.. (org.) **Obesidade**, São Paulo: Lemos Editorial Ltda, p. 15-30, 1998.
- MONTEIRO, J.C. Obesidade: diagnóstico, métodos e fundamentos. In: HALPERN, A.; MATOS, A.F.G.; SUPLICY, H.L.; MANCINI, M.C.; ZANELLA, M.T. (org.) **Obesidade**, São Paulo: Lemos Editorial Ltda, p. 33-53, 1998.
- MUCCHIELLE, R. **O Questionário na pesquisa psicossocial**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- OHTAHARA, H.; OHZEKI, T.; HANAKI, K.; URASHIMA, H; TSUKUDA, T.; TANAKA, Y.; SHIRAKI, K. Maternal perception of children's weight in relation to eating disorders. **Acta Psychiatr Scand**, 94 (4): 279-280, oct, 1996.
- POPKIN, B.M. & UDRY, J.R. Adolescent obesity increases significantly in second and third generation US immigrants : the National Longitudinal Study of Adolescent Health. **Journal of Nutrition**, 128 (4), 701-706, ap., 1998.
- RAPPAPORT, C.R.. **Encarando a adolescência**. São Paulo: Ática S.A, 1996.
- SATTER, E. M. Childhood eating disorder. **Journal of the American Dietetic Association**, 86 (3): 357-361, mar, 1986.
- SANTORO, J.R.; BARBIERI, M.A.. Obesidade na infância. In: WOISKI, J.R. **Nutrição e dietética em pediatria**. Rio de Janeiro. São Paulo: Atheneu, cap. 15, p. 237-248, 1988.
- SEIDELL, J.C. Obesity: a growing problem. **Acta Paediatric Supplement**, 88 (42), 46-50, feb, 1999.

- STRAUSS, R. Childhood obesity. **Current Problems Pediatric**, 29 (5), 5-29, 1999.
- VAN KOLCK, O.L. **Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico**. São Paulo: EPU, 1984.
- VEIGA, G.V.; SAMPEI, M.A.; SAWAYA, A.L.; SIGULEM, D.M. Adaptação do critério antropométrico para avaliação do estado nutricional de adolescentes em dois níveis sócio-econômicos no município de São Paulo. **Jornal de Pediatria**. Vol. 68 (1/2), 26-33, 1992.
- WILSON, G. T. E BROWNELL, K. Behavior therapy for obesity: including family members in the treatment process. **Behavior Therapy**. Nov. 9 (5): 943-945, 1978.
- WINNICOTT, D.W. **A família e o desenvolvimento individual**. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 1993.