

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

KLÍVIA REGINA DE OLIVEIRA SARAIVA

**OBESIDADE INFANTIL: A FAMÍLIA COMO UNIDADE
PROMOTORA DA SAÚDE**

FORTALEZA
2008

KLÍVIA REGINA DE OLIVEIRA SARAIVA

**OBESIDADE INFANTIL: A FAMÍLIA COMO UNIDADE PROMOTORA
DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Lorena Barbosa Ximenes.

**FORTALEZA
2008**

**Apoio financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível Superior (CAPES)**

KLÍVIA REGINA DE OLIVEIRA SARAIVA

**OBESIDADE INFANTIL: A FAMÍLIA COMO UNIDADE PROMOTORA
DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Data de Aprovação:

BANCA EXAMINADORA

**Prof^a. Dr^a. Lorena Barbosa Ximenes
Presidente**

**Prof^a. Dr^a. Mirna Albuquerque Frota
Examinadora (UNIFOR)**

**Prof^a. Dr^a. Lígia Barros Costa
Examinadora (UFC)**

**Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro
Examinadora Suplente (UFC)**

Este trabalho está inserido na linha de pesquisa “Enfermagem e Educação em Saúde”, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará.

DEDICATÓRIA

Que sua vida seja longa, edificada no amor, nos princípios éticos, na solidariedade, no respeito às diferenças, na crença de que há um Alguém maior e mais presente que nos torna mais próximos de Sua essência e nos acolhe nos braços sempre. Enfim, que você, meu Pablinho, meu sobrinho, meu amor, seja um ser humano digno e feliz, para que todos nós, sua família, possamos nos orgulhar do colo, do amor e do cuidado que oferecemos a você, a quem dedico esta pesquisa, que tantas vezes foi referida por você como “uma tarefa muito demorada que sua professora passou”, mas que você, futuramente, verá que trouxe bons frutos para a nossa convivência em família.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes, tão carinhosamente chamada pelas suas orientandas, de Loló, minha orientadora, amiga e a quem agradeço imensamente pela paciência, dedicação e palavras de conforto nos meus momentos de preocupação no decorrer da construção deste trabalho. Sua orientação não se deu somente na elaboração textual, mas também reforçando os princípios éticos que norteiam minha caminhada como pesquisadora. Enfim, são muitos os motivos que tenho para lhe agradecer e dizer que você tem contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional. Seu afeto, sua religiosidade e o valor que dá à sua família, perpetuam-se por onde você anda e ensinam que a arte de fazer enfermagem não é construída somente nos livros. A você, querida professora Lorena, digo muito obrigada.

Às professoras da Banca Examinadora pela disponibilidade em participar deste trabalho e pelas já consideradas contribuições.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em que confio e acredito estar comigo sempre.

Às famílias participantes do estudo, que me permitiram adentrar na unidade de cuidado e de fortes laços afetivos.

Às creches-escolas que aceitaram participar da pesquisa e me acolheram tão carinhosamente.

À minha querida mãe, Nina, pelo amor e cuidado incondicional dado a mim durante toda a minha vida. Suas palavras e seu toque me embalam como se ainda fosse uma criança.

Ao meu pai, Vilmar, preocupado com o tempo dedicado ao estudo em sacrifício de muitas outras atividades.

Às minhas irmãs, Kaelly e Kelva, pelo incentivo constante e carinho em todas as horas difíceis. Vocês são pessoas que amo e que sempre farão parte da minha vida.

Ao meu noivo, Milton, que a cada dia me compreende mais e se mostra meu porto seguro, com todo seu amor, amizade e dedicação.

Ao meu irmão, Fúlvio, pela sua ajuda no momento final do estudo, e à sua esposa, Alyni, pelas palavras de conforto.

Ao Helder, meu melhor amigo, pelo carinho sem exigir um retorno e pela presença sem estar ao lado.

Às minhas amigas que encontrei no mestrado e que permanecerão na minha vida, Regina e Fernanda.

Aos meus amigos Val, Flávia, Leidiana, Inês, Messias, Viviane Sena, Amábili, Jennara, Brígida, Janaína, Carlos Freitas e Danielle pela força e demais amigos pelo incentivo.

À professora Dra. Zélia Santos, pela amizade e carinho, que mesmo me observando de longe estava perto.

Aos colegas, dr. Gláucio Nóbrega, profa. Hertenha Glauce, Ms. Itana, Dra. Mônica Oriá e Ms. Rose, pela disponibilidade de material.

Aos colegas do mestrado, em especial Islene, Eglídia, Karenine, Priscila, Leilane, Áthila e aos das disciplinas compartilhadas com o pessoal do doutorado, Socorrinha, Simone e Adelane, do Departamento de Enfermagem da UFC. Ao grupo de pesquisa Saúde da Criança e da Família, coordenado pela profa. Lorena, por me permitir compartilhar experiências científicas e pessoais.

Às professoras do DENF, em particular Dra. Grasiela Teixeira Barroso, a quem admiro e agradeço pelo sonho realizado de tê-la como mestre.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação da UFC, professora Dra. Ana Fátima, pela sua disponibilidade.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação e do DENF, da UFC.

À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – pelo incentivo financeiro que possibilitou a concretização do estudo.

E a todas as outras pessoas e instituições que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta pesquisa.

Muito obrigada.

A arte de ser feliz

*Houve um tempo em que minha janela se abria
sobre uma cidade que parecia ser feita de giz.
Perto da janela havia um pequeno jardim quase seco.*

*Era uma época de estiagem, de terra esfarelada, e o jardim parecia morto.
Mas todas as manhãs vinha um pobre com um balde, e, em silêncio,
ia atirando com a mão umas gotas de água sobre as plantas.
Não era uma rega: era uma espécie de aspersão ritual, para que o jardim não
morresse.*

*E eu olhava para as plantas, para o homem,
para as gotas de água que caíam de seus dedos magros
e meu coração ficava completamente feliz.*

*Às vezes abro a janela e encontro o jasmineiro em flor.
Outras vezes encontro nuvens espessas.
Avisto crianças que vão para a escola.
Pardais que pulam pelo muro.
Gatos que abrem e fecham os olhos, sonhando com pardais.
Borboletas brancas, duas a duas, como refletidas no espelho do ar.
Marimbondos que sempre me parecem personagens de Lope de Vega.
Às vezes, um galo canta.
Às vezes, um avião passa.
Tudo está certo, no seu lugar, cumprindo o seu destino.
E eu me sinto completamente feliz.*

*Mas, quando falo dessas pequenas felicidades certas,
que estão diante de cada janela,
uns dizem que essas coisas não existem,
outros que só existem diante das minhas janelas, e outros, finalmente,
que é preciso aprender a olhar, para poder vê-las assim.*

Cecília Meireles

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Partindo de uma vivência empírica para um despertar científico.....	16
1.2 A criança pré-escolar.....	18
1.3 O impacto da obesidade infantil na família.....	21
1.4 A família como promotora da saúde.....	29
1.5 A importância do estudo para a Enfermagem.....	34
2 OBJETIVO	38
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	39
3.1 A opção pela abordagem qualitativa.....	39
3.2 Falando sobre Etnografia.....	40
3.3 A seleção do Método de Etnoenfermagem, de Leininger.....	41
3.4 A escolha da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural – Leininger.....	42
3.5 Trajetória metodológica.....	46
3.5.1 Cenários do estudo.....	46
3.5.2 Informantes do estudo.....	47
3.5.3 Coleta de dados.....	50
3.5.4 Análise dos dados.....	54
3.5.5 Aspectos éticos.....	55
4 CONHECENDO OS CONTEXTOS ESCOLAR E FAMILIAR DAS CRIANÇAS COM RISCO PARA OBESIDADE	56
5 O CUIDADO CULTURAL DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM RISCO PARA OBESIDADE	80
Comer é mais do que suprir a fome.....	81
Ser uma criança gorda traz problemas.....	93
Conflitos familiares em torno da criança gorda.....	104
5.1 Entrelaçando o tema cultural com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural	115
6 REFLEXÕES E CONTRIBUIÇÕES FINAIS	121
7 REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES.....	136
ANEXOS.....	138

RESUMO

A família tem um papel preponderante na promoção da saúde infantil, sendo a primeira unidade de cuidado que intervém no processo saúde-doença e a que mais influencia os hábitos de vida da criança. Em relação à alimentação, centra sua atenção na quantidade dos alimentos e não na qualidade da comida. O ato de nutrir a criança ultrapassa o ato biológico, pois está relacionado ao comportamento e às práticas alimentares da família, influenciados pelos meios histórico, social, tecnológico e econômico. Assim, com as mudanças de estilo de vida da família, a criança pode adquirir hábitos alimentares inadequados, resultando na obesidade infantil. Partindo dessa perspectiva, o estudo tem por objetivo compreender o modo de vida das famílias de crianças pré-escolares com risco para obesidade. Para tanto, tornou-se necessário a utilização da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Leininger e do método de Etnoenfermagem, a partir do preenchimento de um formulário estruturado para avaliação antropométrica de 41 crianças pré-escolares matriculadas em duas creches-escolas particulares de Fortaleza, onde 8 apresentaram índice de massa corporal acima do percentil 95 (obesidade); e da realização de entrevistas abertas com as famílias dessas crianças durante o período de três meses, guiadas pelos modelos Observação-Participação-Reflexão (OPR) e Estranho-Amigo. A pesquisa aponta que o tema cultural **conviver com filho com risco para obesidade: uma realidade vivenciada pelas famílias** possui nuances relacionadas a *comer é mais do que suprir a fome; ser uma criança gorda traz problemas; e conflitos familiares em torno da criança gorda*. Sendo assim, as famílias acreditavam que a alimentação da criança era uma atividade humana que deveria ser concedida, independente das suas condições socioeconômicas, dos alimentos serem nutritivos ou não e da quantidade ofertada. O excesso de peso da criança associado ao estigma do gordo e aos prejuízos físicos que pode causar foi pouco considerado pelas famílias, que afirmavam se tratar de uma característica da fase de crescimento infantil. As crianças, por serem o alvo principal de cuidados da família, muitas vezes eram o centro de conflitos familiares, que se apresentavam como disputa de poder entre as gerações e competição entre os pais. Diante dessas apreensões, considera-se que a família é o universo mais afetivo, protetor e compensador da criança, sendo necessário que a Enfermagem adentre e envolva os demais contextos – escolar e social – para assim desenvolver ações de prevenção da obesidade infantil, juntamente com familiares e educadores. Isto viria a corroborar com a proposta da Organização Pan-Americana de Saúde de criar Escolas Promotoras de Saúde, a partir de um estímulo a adoção de estilos de vida saudáveis em todos os contextos em que a criança está inserida.

Palavras-chave: Obesidade, Criança, Família, Cultura, Enfermagem

ABSTRACT

The family has a leading role in the child health promotion, being the first unity of care that intervenes in the health-sickness process and the is the one that has the greatest influence on the life habits of the child. With regards to feeding, it focus its attention on the quantity of food and not on its quality. The act of feeding the child goes beyond the biologic act, since it is related to the feeding behavior and practices of the family, which are influenced by the historic, social, technological and economic environments. Thus, with the changes in lifestyle of the families, the children can acquire inadequate feeding habits, resulting in child obesity. Starting from this perspective, the study has the goal of understanding the way of life of the families of pre-school age children with obesity risk. For that, it became necessary to use Leininger's Theory of Diversity and Universality of Cultural Care and the method of Etnonursing, starting by filling an anthropometric evaluation form of 41 children in pre-school age enrolled in two daycares in Fortaleza, where 8 have shown body mass index above the 95 percent (obesity); and by carrying out open interviews with the families of these children during a three-month period, guided by the models Observation-Participation-Reflexion (OPR) and Stranger-Friend. The survey shows that the cultural theme **to live with a child with obesity risk: a reality experienced by the families** has nuances related with *eating is more than satisfying a hunger; being a fat child brings troubles; and family conflicts around a fat child*. Therefore, the families believed that feeding the child was a human activity that should be conceded, independently of their socio-economic conditions, of the nutrition value of the food and of the quantity available. The excess weight of the child associated with the stigma of the fat person and to the physical handicaps that it can cause was of little concern to the families, that said it to be characteristic of a child growth phase. The children, being the main target of the care of the family, often were the center of family conflicts, that presented themselves as power disputes between generations and competition between the parents. Faced with these apprehensions, it is understood that the family is the most affective, protective and rewarding universe of the children, being necessary for Nursing to reaches in and involve the remaining contexts – the school and the social ones – in order to develop actions of prevention of child obesity, together with relatives and teachers. That would corroborate the proposal of the Pan-American Organization of Health of creating Health Promotion Schools, starting from a support for the adoption of healthy lifestyles in all contexts of the child's life.

Keywords: Obesity, Child, Family, Culture, Nursing

RESUMEN

La familia tiene papel fundamental en la promoción de la salud infantil, siendo la primera unidad de atención a intervenir en el proceso salud-enfermedad y la que tiene mayor influencia en los hábitos de los niños. En el tocante a la alimentación, centra su atención en la cantidad de alimento y no en la calidad de la comida. El acto de nutrir a un niño supera el sentido biológico, ya que está relacionado con el comportamiento y con las prácticas de alimentación de la familia, y estos por su vez modelados por la influencia de los medios históricos, sociales, tecnológicos y económicos. Así, con los cambios en el estilo de vida de la familia, el niño puede adquirir malos hábitos alimentarios, resultando en la obesidad infantil. Partiendo de esta perspectiva, el estudio tiene como objetivo entender el modo de vida de las familias de los niños en edad preescolar y en situación de riesgo para la obesidad. Por lo tanto, se ha hecho necesario el uso de la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales, de Leininger y el método de Etnoenfermería, a partir del rellenamiento del formulario estructurado para la evaluación antropométrica de 41 niños en edad preescolar matriculados en dos guarderías infantiles de Fortaleza, donde 8 de los niños han presentado índice de masa corporal por encima de la 95 percentil (obesidad), y la realización de entrevistas abiertas con las familias de estos niños durante el período de tres meses, guiadas por los modelos Observación-Participación-Reflexión (OPR) y Extraño-Amigo. La investigación indica que el tema cultural **convivir con hijo en riesgo de obesidad: una realidad vivenciada por las familias** tiene matices relacionadas con el *comer es algo más que aliviar el hambre; ser un niño gordo trae problemas, y conflictos familiares en torno del niño gordo*. Por lo tanto, las familias creían que la alimentación de los niños era una actividad humana que debe otorgarse, independientemente de sus condiciones socioeconómicas, de las propiedades nutricionales de los alimentos, y de la cantidad ofrecida. El exceso de peso de los niños asociado con el estigma de obesidad y el daño físico que puede causar poco era considerado por las familias, que creían ser una característica de la etapa de crecimiento infantil. Los niños, porque son el blanco principal de la atención de la familia, muchas veces eran el centro de los conflictos familiares, que se presentaban como disputa de poder entre las generaciones y competición entre los padres. Adelante de estas aprehensiones, se considera que la familia es el más afectivo universo, protector e compensador del niño, siendo necesario que la Enfermería adentre y comprenda todos los contextos - educativo y social - para desarrollar acciones de prevención de la obesidad infantil, juntamente con la familia y educadores. Esto viria a corroborar con la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para crear Escuelas de Promoción de la Salud, a partir de un estímulo la adopción de estilos de vida saludables en todos los contextos en los que se inserta el niño.

Palabras-clave: Obesidad, Niño, Familia, Cultura, Enfermería

RÉSUMÉ

La famille a un rôle prépondérant dans la promotion de la santé infantile, en étant la première unité de souci qui intervient au processus santé-maladie et celle qu'influence les habitudes de la vie d'un enfant. Par rapport à sa nourriture, elle fait plus attention à la quantité des aliments et pas à la qualité de la nourriture. L'action de nourrir l'enfant surpasse l'acte biologique, car cela fait référence au comportement et aux pratiques alimentaires de la famille, ces dernières influencées par le milieu historique, social, technologique et économique. De cette façon, avec les changements du mode de vie de la famille, l'enfant peut acquérir des habitudes alimentaires inadéquates qui résultent dans l'obésité infantile. En partant de cette perspective, l'étude a le but de comprendre le mode de vie des familles des enfants préscolaires avec risque d'obésité. Pour cela, on a eu besoin d'utiliser la Théorie de la diversité et de l'universalité du soin culturel, proposé par Leininger et de la méthode de Ethno-infirmière, en remplissant un formulaire structuré pour l'évaluation anthropométrique de 41 enfants préscolaires inscrits en deux crèches-écoles privées de Fortaleza, dont 8 enfants présentent indice de masse corporelle au-dessus du pourcentage 95 (obésité) ; et de la réalisation des interviews ouvertes avec les familles de ces enfants pendant une période de trois mois, guidés pour les modèles Observation-Participation-Réflexion (OPR) et Bizarre-Ami. La recherche indique que le thème culturel **vivre avec un enfant avec risque d'obésité : une réalité vécue par les familles** possède des nuances qui font référence à *manger est plus que rassasier la faim ; être un enfant gros porte des problèmes ; et des conflits familiaux au tour de l'enfant gros*. Alors les familles croyaient que l'alimentation de l'enfant était une activité humaine qui devrait être conçue, indépendante de ses conditions socioéconomiques, de savoir si les aliments sont nutritifs ou pas et de la quantité offerte. L'excès de poids de l'enfant associé au stigmate du gros et aux préjudices physiques qui peut occasionner a été peu pris en compte par les familles qui croyaient que tout cela était une caractéristique de la phase de la croissance infantile. Les enfants, en étant le but principal des soucis de la famille, beaucoup de fois étaient le centre de conflits familiaux, qui se présentaient comme dispute de pouvoir entre les générations et comme compétitions entre les parents. En face des ces préoccupations, on considère que la famille est l'univers plus affectueux, protecteur et compensateur de l'enfant, en ayant besoin que l'Infirmière rentre et entoure les autres contextes – scolaire et social – pour ainsi développer des actions de prévention d'obésité infantile, en même temps avec les familiaux et les éducateurs. Cela vient à confirmer avec la proposition de l'Organisation Pan-Américaine de Santé de créer des Écoles Promotrices de la Santé, à partir d'une stimulation à l'adoption de modes de vie salubre dans tous les contextes où l'enfant est inséré.

Mots-clés : Obésité, L'enfant, Famille, Culture, Infirmière

INTRODUÇÃO

1.1 Partindo de uma vivência empírica para um despertar científico...

Primeiramente, reporto-me ao meu interesse inicial pela área de saúde da criança, que se deu através da chegada do meu sobrinho, na época com um ano e meio de idade, à minha casa. A convivência com ele fez surgir a vivência direta dos cuidados a uma criança, desde sua alimentação, proteção, cuidados de higiene até o de compreendê-lo como um ser ativo no espaço familiar, respeitando-o como um cidadão em potencial.

Acompanhá-lo nesse intenso e fascinante processo de vida, que envolve seu crescimento, desenvolvimento e formação de sua personalidade, tem me feito refletir profundamente acerca do meu papel como tia, enfermeira-cuidadora e membro da família. Nesse convívio, em que ele já se encontra com mais de cinco anos, minha observação vem se pautando sobre seu comportamento diante da dinâmica familiar, o quanto ele é influenciado por todos os membros da família e o quanto a família se envolve no seu processo de vida.

Observar o contexto familiar tem sido minha experiência não só no meu cotidiano, como também desde a minha graduação, quando tive a oportunidade de realizar um trabalho monográfico¹ e um projeto de pesquisa² sobre a participação da família na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento. Dentre os achados, os hábitos e as crenças dos indivíduos pesquisados estavam presentes de forma muito arraigada ao saber popular, representado na cultura de cada família.

Pude constatar ainda a existência de adultos jovens (20 a 39 anos) hipertensos, o que denota o desenvolvimento da doença muito precocemente. Esse fato era considerado pelas pessoas hipertensas como resultado do seu estilo de vida, enfatizando a alimentação inadequada (hipersódica, hipercalórica e hiperlipídica) e a inatividade física como os principais fatores desencadeantes da doença. Existia também uma relação direta de cuidado e de afeto entre os membros

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado com o título “Adesão do usuário hipertenso ao tratamento – análise da participação da família com enfoque na educação em saúde”, pela Universidade de Fortaleza.

² Projeto de pesquisa “Participação da família no tratamento do cliente hipertenso”.

partícipes, sendo indiscutível sua contribuição no processo saúde-doença e na promoção da saúde da pessoa hipertensa (SARAIVA *et al.*, 2007).

A partir de uma convivência direta com meu sobrinho e de uma reflexão feita durante os achados da pesquisa sobre família, em que pude observar a influência dos hábitos alimentares para o desenvolvimento precoce de uma doença crônica, meu despertar sobre a temática obesidade infantil se deu de forma natural e consistente, traduzindo-se na necessidade do aprofundamento da problemática. Isso significa dizer que é preciso buscar no início do ciclo vital – criança pré-escolar – os fatores condicionantes que interferem na saúde infantil, avaliando que a criança tem a alimentação como uma das atividades de vida diária mais passível de independência, resultante da construção permanente da sua personalidade e das suas próprias escolhas, influenciadas pela família.

A família exerce um papel preponderante na formação da criança e no seu processo de saúde-doença, assumindo o cuidado direto e eficaz. Assim, quando a criança apresenta alguma doença ou risco de adoecer, é a família que irá se apropriar desse cuidado, embora em muitas situações seja necessária a intervenção direta de profissionais de saúde e a participação das instituições de saúde como meio de evitar maiores agravos.

A criança está vulnerável às doenças prevalentes na infância, pois seu sistema imunológico, ainda imaturo, está exposto a diversos riscos. Dentre as doenças prevalentes na infância destacam-se as perinatais, as infecções respiratórias e as parasitárias, com predomínio da doença diarreica. Acrescendo a esse quadro o sobrepeso, a obesidade infantil, a anemia ferropriva e a desnutrição, temos o que corresponde aos agravos nutricionais mais comuns e possui relação intrínseca com o modo de vida das famílias, a partir dos hábitos alimentares e condições socioeconômicas das mesmas, como por exemplo, sua preferência pelo consumo de determinados tipos de alimentos ricos em gordura em detrimento de alimentos ricos em proteínas.

A desnutrição infantil representa um dos mais importantes agravos na saúde da criança brasileira, por estar associada às condições socioeconômicas da família, e descreve a expressão clínica da fome através dos indicadores antropométricos diretos: peso/altura, peso/idade e altura/idade (CALVASINA *et al.*,

2007). Entretanto, essa condição vem se transformando e cada vez mais os índices vêm diminuindo, contrapondo-se aos índices de sobrepeso e obesidade infantil.

Para Spada (2005), a preocupação dos pais em relação à alimentação está centrada na quantidade de alimentos que a criança ingere, ao invés de estimular o desenvolvimento de hábitos e atitudes direcionados a padrões de alimentação mais adequados sob o ponto de vista qualitativo. A família assume a responsabilidade maior na formação do comportamento alimentar infantil por meio da aprendizagem social, fazendo com que os pais sejam os primeiros educadores nutricionais, e exerce um papel fundamental no processo de vida da criança. É a família quem utiliza diversas estratégias para a criança se alimentar, que podem vir de estímulos adequados ou não.

Logo, o comportamento alimentar da criança advém da convivência desta no contexto familiar, recebendo influências negativas ou positivas, que podem vir a repercutir diretamente nas suas preferências alimentares. Assim, Rotenberg e Vargas (2004) asseguram que o significado do ato de nutrir e de comer ultrapassa o ato biológico: não pode ser abordado somente como nutrição e práticas alimentares, pois está relacionado às práticas sociais, compreendendo a seleção, o consumo, a produção da refeição, o modo de preparação, de distribuição, de ingestão do alimento, ou seja, é o que se planta, o que se compra, o que se come, como se come, com quem se come, em que frequência, em que horário e em que combinação.

O conjunto que forma o comportamento alimentar da criança está intimamente relacionado à cultura e ao modo de vida dos membros de sua família, sendo a cultura compreendida como:

[...] um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade [...] que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação às outras pessoas [...] um meio de transmitir suas diretrizes para a geração seguinte mediante o uso de símbolos, da linguagem, da arte e dos rituais (HELMAN, 2003, p. 12).

Conforme Frota e Barroso (2005) afirmam, a família se caracteriza como um grupo de muita diversidade devido à sua variada representatividade, que pode ser vista de acordo com a pessoa, o local onde vive, os níveis socioeconômico e

político, a formação religiosa e a questão cultural. Essa complexidade de fatores implica considerar a perspectiva da família, isto é, sua visão de mundo, sua compreensão acerca da doença e da saúde, sua afetividade, assim como seu cotidiano e contexto cultural.

Cada família constrói sua própria história, ou seu próprio mito, compreendido como uma forma discursiva de expressar o significado e a explicação da realidade vivida, com base nos elementos acessíveis aos indivíduos na cultura onde estão inseridos, pois não pode haver realidade humana exterior à cultura, uma vez que o indivíduo se constitui em cultura. Logo, a família se transforma e se reconstrói de acordo com suas experiências vividas dentro da sociedade, de maneira que seus padrões e comportamentos podem sofrer influência do meio e dos diversos estímulos existentes, como da mídia, de outras famílias ou pessoas, da escola, de profissionais de saúde, que devem oferecer abertura para uma escuta quando forem trabalhar com famílias (SARTI, 2005).

Sendo assim, acredito que essa escuta deve ser livre de juízos de valor, centrada na cultura que rodeia a família e disponível para compreendê-la em seu espaço com as suas diferenças e sua visão de mundo. A partir dessa concepção de trabalhar com famílias, a observação do processo de crescimento da criança pré-escolar com risco para obesidade se constituiu numa etapa do estudo condizente com os fatores existentes no ambiente familiar que puderam interferir e/ou influenciar para o surgimento da obesidade.

1.2 A criança pré-escolar

Inicialmente a criança era vista como um adulto em miniatura e com pouca valorização de suas singularidades, sendo que essa concepção só veio ser modificada nos últimos séculos, quando a criança passou a ser vista como um ser com potenciais para crescimento e desenvolvimento saudáveis, com particularidades inerentes ao seu ciclo vital, e como membro importante da família (SCHAURICH *et al.*, 2005).

Para compreender a criança é preciso conhecer em que fase de desenvolvimento ela se encontra, assim como as características presentes nesta

etapa, pois na infância ocorre uma sucessão de fases, isto é, modificações que se ligam e influenciam umas as outras e que ocorrem nos planos intelectual, social e afetivo da criança, associadas ao seu crescimento físico.

O processo de aprendizagem e de apreensão da criança varia conforme sua faixa etária, e sofre influência da situação de crescimento e desenvolvimento, que representam o indicador das condições de saúde e de vida da criança. A fase do ciclo vital em que a criança se encontra é que vai determinar as características presentes nela.

As fases de desenvolvimento da criança foram divididas em (HOCKENBERRY, 2006; CRAVEN; HIRNLE, 2006; BASSOLS; DIEDER; VALENTI, 2001; BEE, 2003; STEFANE, 2005; ALMEIDA *et al.*, 2000):

- Lactente (1 mês a 2 anos): período que se caracteriza por um rápido desenvolvimento motor, cognitivo e social. Tem necessidade de repetir sem cessar os mesmos gestos para poder aprender. Brincando, a criança elabora os esquemas mentais representados pelas imagens que a levarão, mais tarde, a conceituá-las. Com um ano de idade a criança já é capaz de coordenar os movimentos da colher na boca, embora sem muita habilidade;
- Pré-escolar (3 a 6 anos): período que corresponde às atividades e descobertas intensas, marcado pelo desenvolvimento físico e de personalidade. As crianças nessa fase ampliam seus relacionamentos sociais, aprendem papéis de comportamento, ganham autocontrole e domínio, desenvolvem um aumento de consciência da dependência e da independência, e iniciam o desenvolvimento do autoconceito. Ocorre uma desaceleração do crescimento, com ganho de peso de cerca de 2kg/ano e de estatura de 6 a 8 cm/ano;
- Escolar (6 a 11 anos): caracteriza-se como o período em que a criança tem um avanço no desenvolvimento das habilidades e competências, mas o crescimento é considerado estável, com um ganho de peso de 3 a 3,5 kg/ano e de altura de 6 cm/ano. Desenvolve a capacidade de usar a lógica indutiva, isto é, a partir de sua própria experiência é capaz de ampliar para um contexto geral;
- Pré-púbere (10 a 13 anos): fase do ciclo vital que abrange um conjunto de mudanças corporais causadas por hormônios, principalmente relacionadas à maturidade sexual;

- Adolescência (13 a, aproximadamente, 18 anos): período turbulento do amadurecimento e das modificações rápidas, em que ocorre a redefinição do autoconceito.

Independente da fase em que a criança se encontre, a família é a primeira unidade de cuidado que a criança pode contar, além de ser a família a principal mantenedora dos seus cuidados e do seu bem-estar. Esta cumpre, ainda, o papel de observar o crescimento e desenvolvimento adequados para a fase da criança, atentando para quaisquer fatores que possam interferir negativamente nesse processo.

A criança em idade pré-escolar se encontra numa fase de extrema imaginação e desabrochar de suas aquisições físicas, principalmente a linguagem e a socialização. Autores como Hockenberry (2006), Craven e Hirnle (2006) e Bassols, Dieder e Valenti (2001), que classificam a criança pré-escolar na idade de 3 a 6 anos, caracterizam esta fase como a que o desenvolvimento avança uniformemente enquanto a criança adquire a linguagem e amplia os relacionamentos sociais, aprende padrões de comportamento, ganha autocontrole e domínio e desenvolve um aumento da consciência da dependência e da independência dos pais e/ou responsáveis. Nesta etapa a coordenação motora será aperfeiçoada pelo jogo ou brinquedo, tornando os gestos mais precisos e eficazes.

O pré-escolar está em processo de desenvolvimento motor contínuo no sentido céfalo-caudal, proximal-distal e do genérico para o específico, dando início ao refinamento de suas capacidades motoras a partir dos jogos e brincadeiras, a fim de tornar-se um ser autônomo e auto-suficiente. Suas atitudes, aos 3 anos, são de buscar compreender seu ambiente, preferindo estar com outras crianças. Aos 4 anos se mostra bastante independente nas rotinas da vida doméstica e já é capaz de cooperar em pequenas atividades. Com 5 anos possui controle motor amadurecido e se comunica bem. E, finalmente, aos 6 anos, possui uma coordenação motora mais aprimorada, com possibilidade de fazer movimentos alternados, como o de mão e pé direitos com os esquerdos (BASSOLS; DIEDER; VALENTI, 2001; STEFANE, 2005).

Em relação ao peso, ocorre um ganho anual constante de aproximadamente 2 a 2,5 kg na criança a partir de 3 anos de idade. A taxa de

metabolismo basal (TMB) decai conforme o crescimento da criança, sendo, logicamente, mais alta no recém-nascido. Essa taxa é que determina as exigências calóricas da criança, embora durante a infância a demanda de calorias seja relativamente grande, evidenciada pelo rápido aumento da altura e do peso. No entanto, à medida que a taxa de crescimento diminui, com seu conseqüente decréscimo no metabolismo, ocorre uma redução correspondente nas exigências calóricas e protéicas (HOCKENBERRY, 2006).

A alimentação se diferencia dependendo da idade, ou seja, há diversas prescrições e proibições diferentes conforme representações e significado dos alimentos. Além da idade, diferencia-se também quanto ao estado de saúde e à situação social em que se encontra a criança e sua família (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

São inúmeras as mudanças marcantes no pré-escolar. Acontecem simultaneamente, levando a criança a se tornar mais independente dos pais. Gradativamente vão adquirindo habilidades e competências para realizar suas atividades de vida diárias sozinhas, como, por exemplo, vestir-se e alimentar-se. Começam a se expor mais aos riscos, como os acidentes e as quedas e ao consumo descontrolado de alimentos hipercalóricos, ricos em gordura hidrogenada e pouco nutritivos, conseqüentemente se expondo ao ganho excessivo de peso.

1.3 O impacto da obesidade infantil na família

A importância da tecnologia na vida da população é imensurável, tanto para o desenvolvimento socioeconômico da sociedade como para a manutenção da vida. Dificilmente se consegue desempenhar uma tarefa no campo da saúde sem o uso de uma máquina ou equipamento para dar suporte tecnológico. Não é possível realizar as diversas tarefas do dia sem o uso do telefone, do automóvel ou do computador. Cada vez mais se necessita de equipamentos menores e mais velozes, a fim de darmos conta das atividades programadas.

Tudo isso reflete a conjectura da sociedade atual, seja ela de país desenvolvido ou em desenvolvimento. Essa maneira de realizar as tarefas implica redução de tempo e de gasto energético. Basta recordar a época em que se

levantava da cadeira para atender ao telefone (com fio) ou então de lembrar da máquina de escrever, tão comum algum tempo atrás.

As atividades cotidianas vêm declinando cada vez mais com o aumento dos chamados “confortos da vida moderna”, caracterizados pela alimentação semipronta e pronta-rápida, vidros elétricos dos carros, controles remotos, aparelhos elétricos, escadas rolantes, etc., contribuindo direta e simultaneamente para o crescimento dos índices de obesidade no mundo (BURD, 2004).

Galindo (2005), em seu estudo, afirma que as facilidades da vida moderna levaram ao aumento do número de pessoas obesas, em virtude da disponibilidade permanente de comida e da redução significativa do espaço de tempo entre as refeições, além da diminuição crescente da atividade física cotidiana provocada pelo aparato tecnológico (TV, videogame, elevador, telefone sem fio, computador, automóvel, etc.).

Essa mudança pode ser percebida principalmente na classe média, que é, como conceito clássico da Sociologia (MILLS, 1979), um estrato social que não emergiu num único nível horizontal, mas sim se dividiu em diversos níveis da sociedade, ou seja, não se formou numa só camada social compacta. Para alguns estudiosos não existe uma padronização para a classe média, que surgiu depois da Revolução Industrial, a partir de uma diferenciação econômica entre os operários. A classificação para classe social mais aceita é a de consumo segundo a renda familiar mensal: **A**, aquela com renda familiar mensal superior a 20 salários mínimos (R\$ 7 mil); **B**, entre 10 e 20 salários mínimos (R\$ 3,5 mil a R\$ 7 mil); **C**, entre 4 e 10 salários (R\$ 1,4 mil a R\$ 3,5 mil); **D**, entre 2 e 4 (R\$ 700 a R\$ 1,4 mil); e **E**, com renda familiar mensal inferior a 2 salários mínimos. Isto é, a classe A é a de pessoas ricas; B, a classe média alta; C a classe média típica; D, classe média baixa (ou baixa renda); e E a de pessoas pobres (GUIMARÃES, 2007).

Assim, para se estabelecer critérios de classificação como estes, faz-se necessário avaliar os bens de consumo de cada classe social, tais como posse de automóvel, geladeira, televisão, etc. Entretanto, o registro de bens de consumo não permite uma avaliação real das condições socioeconômicas da população brasileira, visto que há uma enorme variação entre o poder aquisitivo das regiões do país e pouca noção do poder de consumo da classe média.

Embora a obesidade esteja presente em todos os estratos sociais, tem uma maior prevalência na classe mais alta, pois a classe socioeconômica influencia o seu desenvolvimento através da educação, da renda e da ocupação, resultando em padrões de comportamentos específicos que afetam a ingestão calórica, o gasto energético e a taxa de metabolismo. Tudo isso se deve às mudanças no estilo de vida, que se revelam nos diferentes tipos de brincadeiras, mais tempo em frente à televisão, jogos de computadores, maior dificuldade de brincar na rua por causa da violência urbana e exposição ao apelo comercial pelos produtos ricos em carboidratos, gorduras e calorias (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

A adoção de outros bens de consumo pela classe média, isto é, a substituição de determinados bens por outros, como é o caso da máquina de escrever pelo computador e a utilização da garrafa de refrigerante de 2 litros pela família, trouxe mudanças no comportamento das pessoas. Trouxeram, também, um aumento significativo de doenças crônico-degenerativas, como doenças coronarianas, obesidade, hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, entre outros.

O consumo de alimentos industrializados e hipercalóricos se tornou tão comum a ponto de serem vendidos em farmácias, cantinas de escolas e lojas de conveniência (nos postos de gasolina). Geralmente, esses alimentos estão presentes no lar em grande quantidade e variedade, pois são considerados indispensáveis pela família, somados a outros tipos de alimentos (cereais, frutas, verduras, hortaliças, derivados de leite, carnes, etc.).

No Brasil, através da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) criada em 2003, algumas ações foram estabelecidas com base na promoção de hábitos alimentares saudáveis nas escolas, no desenvolvimento da proposta de rotulagem obrigatória de alimentos e na regulamentação da publicidade de alimentos para o público infantil. Informações da PNAN demonstram que vem se observando o aumento de calorias *per capita* e de alimentos de origem animal consumidos pela população brasileira, com a substituição de cereais, frutas, verduras e legumes por gorduras em geral e açúcares (BRASIL, 2003). A essa mudança de hábitos alimentares denominou-se transição nutricional, processo este típico dos países em desenvolvimento, cuja característica é a substituição do consumo de alimentos tradicionais por alimentos altamente processados, hipercalóricos e pobres em nutrientes e produzidos por grandes indústrias alimentícias (DE LAVOR, 2007).

Os novos hábitos alimentares adotados pela sociedade atual estão associados a uma dieta hipercalórica e compatível para o desenvolvimento da obesidade infantil. Essa afirmação se deve ao fato de que a criança não está isolada desse contexto, pelo contrário, está intimamente relacionada aos novos hábitos alimentares de sua família.

Além da família existe a escola, que exerce um importante papel no processo de vida da criança. Para Steinberg e Kincheloe (2004), as escolas não são apenas a instituição de repasse de informação, mas também um lugar onde a criança inicia a formação de seu pensamento e onde a compreensão e a interpretação são engendradas.

Diversos agravos atingem as crianças e alguns têm características peculiares na sua gênese, principalmente aqueles que recebem influência indireta ou diretamente da família, quanto à sua forma de agir no ambiente familiar (hábitos de vida) e seu caráter genético, respectivamente. Um dos agravos na saúde da criança em geral que mais tem trazido preocupação para os profissionais de saúde e para os governos é a obesidade infantil, que vem crescendo alarmantemente nas últimas décadas em nível nacional e internacional, não restringindo classe social, cor ou faixa etária.

No início dos anos 90 a OMS soou o primeiro sinal de alerta: uma estimativa de 18 milhões de crianças no mundo, menores de 5 anos, classificadas como sobrepeso. Isso representa um problema de forte impacto econômico global a partir da visão de futuros adultos obesos, pois é sabido que se uma criança é obesa ou tem sobrepeso, as chances de se tornar um adulto obeso são bem maiores (SPADA, 2005; SOARES; PETROSKI, 2003; HALPERN, 2001).

A obesidade foi classificada pela OMS como uma doença em 1997. É considerada um processo de acúmulo de gordura que vai progredindo com diferentes manifestações psicológicas, físicas, sociais e conseqüências clínicas, acrescidas de efeitos metabólicos, que podem resultar em enfermidades cardiovasculares e cerebrovasculares, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, hiperlipidemia, hipercoagulação, câncer, depressão, entre outros (ANGELIS, 2003; HALPERN, 2001).

Apesar de haver maior prevalência de obesidade na população de maior renda, os menos favorecidos têm se constituído como um grupo em ascensão para o aumento de peso, pois a obesidade atinge tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento, como é o caso do Brasil – até pouco tempo atrás se acreditava que apenas os países ricos possuíam números alarmantes de pessoas obesas.

Em estudo realizado por Leão *et al.* (2003) com escolares em idade entre 5 e 10 anos, aquelas que pertenciam à escola particular apresentaram 30% de prevalência de obesidade, enquanto os de escola pública, 8%. Esse fato corrobora com os dados apresentados nos diversos estudos já realizados nessa temática.

No entanto, um dado importante é o do Consenso Latino-Americano de Obesidade (1998), que afirma que em países industrializados a prevalência maior da obesidade se dá na população de menor renda e mais baixo nível de escolaridade, contestando o que ocorre nos países em desenvolvimento.

Assim, a obesidade é conceituada como “uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência de balanço energético positivo e que acarreta repercussões à saúde”, tanto na qualidade de vida quanto no tempo de vida (MENDONÇA; ANJOS, 2004, p. 698). Pode, ainda, ser definida como:

Uma síndrome multifatorial que consiste em alterações fisiológicas (de funcionamento), bioquímica (da composição), metabólicas (modificações químicas que ocorrem nos seres vivos), anatômicas (estrutura corporal, aparência), além de alterações psicológicas e sociais, sendo caracterizada pelo aumento de adiposidade (acúmulo de gordura no tecido subcutâneo) e de peso corporal (ANGELIS, 2003, p. 8).

No manual lançado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2003), os dados referentes à epidemia da obesidade têm dimensões preocupantes. No mundo, existem 17,6 milhões de crianças obesas com menos de 5 anos. Em determinadas áreas a situação é assustadora: nos Estados Unidos o número de crianças obesas dobrou e o de adolescentes obesos triplicou desde 1980. Na Tailândia a obesidade já chegou ao patamar de 15,6% entre as crianças de 5 a 12 anos de idade.

Os resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002 e 2003, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), trouxeram um forte impacto acerca da obesidade no país. Aproximadamente 38,8 milhões de brasileiros a partir de 20 anos estão acima do peso, sendo que destes, 10,5 milhões são obesos. Mais ainda, 16,7% da população entre 10 e 19 anos tem excesso de peso (IBGE, 2004).

Coutinho (2006) classifica a obesidade quanto: à idade de início, à fisiopatologia e à etiologia (neuroendócrina, iatrogênica, desequilíbrios nutricionais, inatividade física e obesidade genética). Na infância, a partir de um ano de idade, a obesidade já pode se desenvolver com uma tendência maior à hiperplasia adipocitária e à resistência na pessoa adulta. Além dessa classificação, Menezes (2003) refere que a obesidade pode ser endógena ou exógena, quando é motivada por alguma alteração psicológica, fisiológica ou metabólica, e quando é ocasionada por excesso de ingestão calórica em relação às necessidades do organismo, respectivamente.

Estudos indicam que pode haver três períodos críticos da vida, nos quais pode ocorrer aumento do número de células adiposas. A este tipo de obesidade chamamos hiperplásica, que está relacionado com o primeiro trimestre de gravidez, o primeiro ano de vida e o surto de crescimento da adolescência. Ao outro tipo chamamos hipertrófica, que pode se manifestar em qualquer fase da vida adulta, sendo causado pelo aumento do volume das células adiposas (SOARES; PETROSKI, 2003).

A obesidade afeta entre 20 e 27% das crianças e adolescentes americanos atualmente. Os dados brasileiros são insuficientes, mas alguns estudos revelam uma prevalência de obesidade em menores de cinco anos, em nível nacional, variando de 2,5% entre os mais pobres, a 10,6% no grupo economicamente mais favorecido. Conseqüentemente, o risco desses indivíduos se tornarem adultos obesos aumenta, assim como de desenvolverem condições mórbidas (BALABAN; SILVA, 2001). Isso é provavelmente a maior causa do comprometimento da saúde na vida adulta, como também contribui consideravelmente para a doença na infância (LIMA, 2004).

A prevalência da obesidade infantil tem crescido a cada ano, é o que afirmam Mello, Luft e Meyer (2004) ao apresentarem os dados de alguns países da

Europa, de um aumento em torno de 10 a 40% nos últimos 10 anos, sendo que ocorre mais freqüentemente no primeiro ano de vida, entre 5 e 6 anos, e na adolescência, fazendo com que o manejo se torne mais difícil na fase adulta, por estar relacionado a mudanças de hábitos e disponibilidade dos pais.

De acordo com a OPAS (2003), a prevalência do excesso de peso e a obesidade são avaliadas pelo índice de massa corporal (IMC), determinado pelo peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura, em metros (kg/m^2). Os IMCs superiores a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ representam excesso de peso, e superiores a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$, obesidade.

Além do IMC existe a classificação por escores "Z", recomendada pela OMS, em que a partir dos valores de peso e estatura obtêm-se o índice P/E, que é a relação entre o peso observado e o peso esperado para a estatura no percentil 50, utilizando-se como padrão o *National Center of Health Statistics* (NCHS, 1977), cujo critério para o diagnóstico de obesidade na infância é a relação peso/estatura igual ou maior que 120%. A OMS utiliza como ponto de corte para o diagnóstico da obesidade excessos superiores a dois escores "Z" (SIGULEM *et al.*, 2001).

O IMC, de acordo com Galindo (2005), é o índice de preferência por permitir a comparação seqüencial do mesmo indivíduo. Tem tido uma aplicação mais difundida e aceita que os demais índices existentes, sendo recomendado pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos para o diagnóstico da obesidade, e, além disso, é de fácil obtenção; descarta a influência da altura no peso e se correlaciona com a gordura corporal, além de seu baixo custo e facilidade operacional. É conhecido também como índice de Quetelet e traz curvas de normalidade com variação do seu valor conforme a idade. Seus limites de corte sugeridos por diversos autores são: normal (N)= IMC, entre 20 e 24,9; sobrepeso (SP)= IMC, entre 25 e 29,9; obeso (O)= IMC, maior ou igual a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Para classificar a obesidade na criança nos deparamos com um grande desafio: a escolha do método. Selecionar o melhor método e segui-lo coerentemente tem sido motivo de discussão entre os estudiosos no assunto. No entanto, o IMC tem sido o mais bem aceito entre os pesquisadores, pois tem oferecido resultados significativos desde que associado à idade. Assim, o IMC/idade, desenvolvido por Cole *et al.* em 2000, como um estudo que abrangia diversos países, inclusive o Brasil, vem ganhando destaque por ser um método que facilita a comparação entre

regiões e países (BUENO; FISBERG, 2006; TOMKINS, 2006; GIUGLIANO; MELO, 2004; HALPERN; MANCINI, 2002).

Entretanto, críticas foram tecidas ao estudo fundamentadas nas diferenças étnicas das crianças pesquisadas, o que representa, segundo os críticos, um estudo sem dados acurados. Essa afirmação se deve ao fato de os críticos acreditarem ser necessário que cada país colete seus próprios dados e apresentem seus índices de massa corporal por idade e sexo (AMIGO, 2003).

A pesquisa de Cole *et al.* (2000), que descreve o peso e altura em diferentes idades, tanto para o sexo feminino quanto para o masculino, em diversos países (Estados Unidos, Brasil, Cingapura, Holanda, Reino Unido e Hong Kong), apresenta em uma de suas tabelas valores que podem ser associados ao IMC, daí a razão para ser chamada IMC/idade. Tomkins (2006) refere que a *International Obesity Task Force* (IOTF) produziu uma tabela de pontos de corte internacionais de IMC para sobrepeso e obesidade, por sexo, entre 2 e 18 anos, como forma de reforçar o estudo de Cole *et al.*, publicado em maio de 2000.

A adoção do IMC para análise do estado nutricional é recomendada como padrão internacional de referência por todos os institutos, devido ser este o índice que melhor reflete a gordura corporal dos indivíduos. Porém, faz-se necessário utilizá-lo associado à idade da criança por ser estabelecido em função do tempo de vida. O processo de transição de índices oferece implicações nas comparações com estudos anteriores, que utilizavam o padrão peso para altura, indicado durante mais de duas décadas (BUENO; FISBERG, 2006; GIUGLIANO; MELO, 2004; TOMKINS, 2006; BURD, 2004; GALINDO, 2005; BARBOSA, 2004; OMS, 2004).

Considerando, ainda, que os aspectos influenciadores para o desenvolvimento da obesidade estão relacionados ao crescimento da criança, a utilização do IMC/idade e sexo se mostra apropriada para a classificação da obesidade infantil, tendo em vista ser esse o índice mais prático e acessível, além do mais aceito entre os demais métodos existentes. No entanto, não exclui a utilização das aferições do peso/idade, altura/idade e peso/altura, recomendados pela OMS.

1.4 A família como promotora da saúde

O estilo de vida das crianças neste milênio se caracteriza como “espelho” do que acontece na família, desde a forma como os membros se relacionam e se alimentam, até a forma como percebem a doença e a saúde no contexto familiar. Há uma tendência hoje de incentivo ao envolvimento e à participação da família no cuidado, a favor da identificação do papel que esta assume no processo de promoção da saúde.

A família é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização da criança (CARVALHO, 2002). É através das refeições familiares que a criança começa a apreender os rituais presentes na alimentação, como por exemplo, a forma de servi-los, os utensílios utilizados e o estabelecimento de relações interpessoais. A criança percebe que a comida possui um significado social e que pode ajudá-la no convívio com outras pessoas.

Uma das virtudes da família se refere à manutenção e valorização das ações afetivas, promovendo e fortificando os vínculos de união e solidariedade durante as etapas da vida familiar (COSTA; COSTA, 2000). Qualquer que seja a atividade de vida que a criança desempenhe, sua família constitui o espaço que ratifica a ação, favorecendo o aprendizado da criança através da repetição.

A família, sendo considerada como um grupo auto-identificado de dois ou mais indivíduos, que podem ou não ter vínculos de sangue ou legais, mas que agem conforme uma família, possui uma capacidade de adaptação particular, a qual visa manter e perpetuar o bem-estar dos seus membros (WERNET; ÂNGELO, 2003). Boyd (1990, p. 185) define família como “[...] um sistema social composto de dois ou mais indivíduos com um forte compromisso emocional e que vivem dentro de um lugar comum”, no qual esta se converte na unidade de cuidado.

Existem vários tipos de família: *nuclear*, composta pelo pai, mãe e filhos; *extensa* ou *ramificada*, quando diferentes gerações estão presentes num mesmo ambiente, além daquelas que incluem as pessoas com as quais mantêm laços afetivos estreitos; e a *família saudável*, cujo conceito é:

[...] uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros (ELSEN, 1994, p. 67).

Em busca de que a criança atinja todas as fases de sua vida com o máximo de saúde, faz-se necessário que a família entenda cada fase desse ser e esteja seguramente consciente de como deve proceder em cada uma delas. Assim, Zeferino *et al.* (2003) acrescentam que o primeiro ano de vida da criança é sempre uma situação delicada, pois normalmente é a época de crescimento do tecido adiposo e porque a criança gorducha é considerada saudável. Portanto, a partir dessa idade e com a influência familiar, a criança vai iniciar a formação dos seus hábitos alimentares e de vida, embora não tenha noção sobre as implicações que os maus hábitos, caso os adquira, possam trazer para a sua saúde e sua vida em geral, cabendo sim à família o papel de conduzi-la a um estilo de vida saudável e conforme suas necessidades nutricionais para um desenvolvimento e crescimento adequados.

A saúde da família representa a saúde dos indivíduos que a formam (ELSEN, 1994). Com isso, a saúde da criança está intimamente relacionada ao “estado de saúde” em que se encontra sua família, que está vinculado à maneira com a qual interage com o meio ambiente (FALCETO; WALDEMAR, 2001) e com as mudanças que se manifestam na vida dos indivíduos, fortemente influenciadas pela história das gerações e pelos meios social, cultural e econômico.

Deste modo, os hábitos inadequados de vida são reproduzidos da família para a criança, que adquire um estilo de vida impróprio, podendo estar relacionado ao surgimento da obesidade ou sobrepeso. Isso pode ser observado quando uma criança prefere comer batata-frita ao invés de comer o purê de batata e a família não contraria sua vontade, ou simplesmente quando é incentivada à inatividade física com presentes como videogame ou computador, em contrapartida do que deveria ser priorizado para o desenvolvimento saudável da criança, no qual seu brincar envolve a atividade física regular de acordo com sua faixa etária.

Muitas famílias declaram a opção pela compra de brinquedos como videogame devido à permanência da criança em casa, isto é, sem a necessidade de expô-la a situações de risco. Falceto e Waldemar (2001) afirmam que a população,

seja de bairros afluentes ou não, convive com a ameaça à integridade física associada à violência exacerbada das capitais, repercutindo num novo estilo de vida, que para Amato e Amato (2004) se caracteriza erroneamente neste milênio como uma busca constante de conforto e bem-estar associados a menos esforço físico.

Tal condição é indiscutível e repercute diretamente sobre a saúde das pessoas de uma forma geral. A inatividade física da criança, uma das causas do aumento de peso, está condicionada, em parte, ao risco inerente de violência nas ruas. As condições socioeconômicas de países em desenvolvimento, como o Brasil, onde a distribuição de renda é inadequada e injusta, geram situações de violência e desemprego que acabam por refletir sobre a população, que busca se "refugiar" dentro dos lares como forma de não se expor ao risco constante da violência, afetando diretamente o brincar das crianças.

Pode haver um fator (ou mais) que favoreça a obesidade ou sobrepeso na criança pré-escolar, seja ele genético ou ambiental. Logo, torna-se imprescindível que a família seja orientada corretamente e envolvida no seu contexto cultural sobre a exposição da criança aos diversos fatores existentes para o desenvolvimento da obesidade, a fim de promover a saúde no futuro adulto.

Um dos caminhos para que uma sociedade se mantenha equilibrada, produtiva e em contínuo desenvolvimento é a promoção da sua saúde. Para isso, é preciso implantar políticas públicas voltadas à construção da cidadania, ampliando as condições favoráveis de vida ao bem-estar geral. A isso denominamos promoção da saúde, um movimento que vem se firmando cada vez mais entre as sociedades atuais (QUEIROZ; JORGE, 2004).

Conforme preconizam as cartas de promoção da saúde, tendo início com a Carta de Ottawa (1986), os cinco campos de ação de promoção da saúde – implantação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais, reforço da ação comunitária e articulação com os serviços de saúde – devem fazer parte das ações em saúde, ou seja, do olhar convergente pela busca da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2002), deixando de ter o foco apenas na prevenção de doenças.

Czeresnia (2003) diferencia prevenção em saúde de promoção da saúde, definindo a primeira como uma ação antecipada que visa tornar improvável o progresso da doença, enquanto que a segunda se dá como a realização de medidas que buscam aumentar a saúde e o bem-estar gerais do indivíduo, não se dirigindo, assim, a uma doença especificamente. Para isso, faz-se necessário fortalecer a idéia de autonomia do sujeito diante dos obstáculos, a fim de incentivá-lo na conquista da qualidade de vida, isto é, viver com dignidade.

A cultura e a saúde são consideradas atributos humanos e sujeitas à variação social e histórica, isto é, os sujeitos procuram interferir e reconstruir padrões culturais e sanitários a todo o momento, influenciando e sendo influenciados pela cultura. Ampliar a percepção do sujeito sobre si mesmo e de seu contexto contribui para que se torne mais autônomo na permanente ação de reconstrução (CAMPOS, 2003).

Para Helman (2003) a cultura não deve ser considerada de forma isolada, mas sim um componente de uma mistura complexa de influências que se refletem nas crenças e no modo de vida das pessoas. E no processo de construção da cultura infantil, não devemos tratar as crianças como recipientes passivos do processo e sim, respeitá-las como agente ativo no desenvolvimento de sua própria identidade.

Essa observação leva a pensar que a criança, assim como o indivíduo adulto, soma suas experiências vivenciadas e as utiliza de acordo com as situações que requeiram seu posicionamento, embora não tenha a consciência de que determinada ação seja boa ou ruim para sua saúde, cabendo à família o papel de protegê-la e cuidá-la. É válido salientar que a família muitas vezes necessita de orientações e acompanhamento para exercer seu papel de maneira adequada e efetiva.

Não devemos coagir a criança ou sua família para a adoção de práticas adequadas de vida, mas devemos promover a percepção destes quanto às condutas correspondentes a um estilo de vida saudável. Ao adentrar na família é necessária a exclusão de juízos de valor e de formas de fiscalização, assim como o não uso de uma prática educativa coercitiva e normativa, pois o espaço no qual a enfermeira atuará para promover a saúde é o seio da própria família, sendo, então, considerada a unidade de cuidado responsável pela criança pré-escolar.

Lacerda e Oliniski (2003) concordam com o exposto acima quando afirmam que o contexto domiciliar é o porto seguro para onde são levados sentimentos, desejos, aspirações, atitudes e comportamentos, sendo o local mais íntimo em que a pessoa vive, e nele ela encontra a sua essência. Assim, é o domicílio que reflete o estilo de vida do indivíduo, suas condições socioeconômicas e suas preferências pessoais e culturais, cabendo à enfermeira atentar para não impor à família suas crenças e valores pessoais, e sim nele se inserir de tal maneira que possa desenvolver suas ações de educação em saúde.

Entende-se por educação em saúde:

[...] um processo de capacitação das pessoas proporcionado por uma abordagem socioeducativa que assegure conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para tomar uma decisão pessoal com responsabilidade social, incluindo políticas públicas e reorganização de serviços (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2003, p. 18).

Catrib *et al.* (2003) corroboram ao referir que a educação em saúde, associada às ações para a promoção da saúde, requer o uso de estratégias didáticas que transformem os indivíduos socialmente imersos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão sobre os determinantes de saúde, a partir da modificação de padrões de comportamentos individuais gerada pelo desenvolvimento de potencialidades pessoais e grupais, cujos processos de decisão e de ações partem da reflexão da influência dos fatores socioculturais.

Nessa perspectiva, a educação em saúde se estende para além do indivíduo, isto é, perpassa pela família, conseqüentemente pela criança, de forma que, ao ampliar a sua capacidade de decisão e de ação, o indivíduo favorece a possibilidade de todos os membros da família receberem influência positiva. Esse acréscimo pode repercutir diretamente sobre a saúde da família, modificando sua realidade na promoção da saúde de todos.

Mudando a realidade o indivíduo está se apoderando de elementos determinantes sobre seu estado de saúde e de sua família. Segundo Carvalho (2004), o *empowerment* ou "empoderamento" é um conceito que busca afirmar o direito à cidadania sobre distintas esferas da vida social, ou seja, "tomar posse" como um sentimento de maior controle sobre a própria vida. Esse conceito vem

ganhando destaque na área de promoção da saúde e reflete o compromisso do indivíduo com a transformação do *status quo* e com a mudança no campo da saúde.

O processo histórico humano sofreu, e vem sofrendo, diversas alterações nos aspectos social, econômico e cultural, repercutindo positivamente na forma de compreender e respeitar a criança, envolvendo a mãe e a família no contexto do cuidado, a fim de atender às necessidades desse mais novo ser. Entretanto, esse paradigma é recente, o que leva a afirmar a necessidade de investigar diversos aspectos do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como os fatores existentes que possam vir a interferir para que se torne um adulto saudável.

1.5 A importância do estudo para a Enfermagem

Ao realizar pesquisa na rede internacional de computadores (internet), utilizando os bancos de dados LILACS, MEDLINE, SciELO, BDENF e o banco de teses e dissertações e periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES/MEC), foi possível estabelecer um banco de palavras-chave voltadas para confirmar as lacunas existentes relacionadas ao aprofundamento da problemática a ser estudada.

Diversos trabalhos foram encontrados, usando as palavras-chave abaixo:

- Obesidade infantil: 169 LILACS, 972 MEDLINE, 51 SciELO, 1 BDENF e 8 BDTD;
- Cuidado: 7.875 LILACS, 22.465 MEDLINE, 545 SciELO, 1.650 BDENF e 536 BDTD;
- Família: 10.194 LILACS, 329.684 MEDLINE, 1590 SciELO, 983 BDENF e 2194 BDTD.

As pesquisas realizadas com crianças e/ou adolescentes com sobrepeso ou obesos tratavam-se, na sua maioria, de estudos quantitativos com ênfase nos aspectos estatísticos e descritivos, relacionados à prevalência da doença por faixa etária, aos fatores de risco e aos critérios de medição e diagnóstico.

Buscando refinar as palavras-chave *obesidade infantil* e *família*, os temas mais relacionados foram prevalência e Programa de Saúde da Família,

respectivamente. Assim, há um espaço existente para ser aprofundado sobre a obesidade infantil e a família da criança, enfatizando as particularidades que cercam o contexto familiar relacionadas ao aumento de peso excessivo na criança.

Em seguida, uma nova busca pelas palavras-chave *Teoria do Cuidado Cultural, obesidade e enfermagem, cuidado cultural e enfermagem e cuidado cultural e criança* foi realizada, a fim de conhecer os estudos existentes sobre o referencial teórico que irá nortear a pesquisa:

- Teoria do Cuidado Cultural: 28 LILACS, 0 MEDLINE, 4 SciELO, 19 BDNF e 7 BDTD;
- Obesidade e enfermagem: 28 LILACS, 432 MEDLINE, 21 SciELO, 14 BDNF e 24 BDTD;
- Cuidado cultural e enfermagem: 82 LILACS, 189 MEDLINE, 14 SciELO, 52 BDNF e 17 BDTD;
- Cuidado cultural e criança: 33 LILACS, 68 MEDLINE, 8 SciELO, 15 BDNF e 0 BDTD.

Os estudos desenvolvidos fundamentados na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger foram catalogados e apresentados de acordo com alguns Estados do Brasil. O Estado de Santa Catarina obteve o maior número de dissertações (12) e o Ceará, de teses (4), enquanto São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro não ultrapassaram três dissertações, cada. Em relação ao local dos estudos, a comunidade foi a mais citada, enquanto que a escola ou a residência não obteve nenhuma citação (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2006).

Faz-se necessário investigar sobre a obesidade infantil, focalizando os aspectos culturais associados à família e que permeiam todo o processo de viver. A família esteve presente no estudo de forma ativa e criativa, apresentando-se como a responsável maior pelas influências recebidas pela criança pré-escolar no que tange à alimentação e todas as nuances do processo saúde-doença-cuidado, pois é a família a primeira instituição de cuidado da criança.

Em qualquer período da história encontramos grupos de pessoas que se envolviam no cuidado, principalmente os membros da família, mulheres ou outros que se dividiam entre os trabalhos domésticos e o cuidado a um doente. Dessa

forma, a família é considerada o grupo que mais dá assistência à saúde e no qual há mais envolvimento de uns com outros membros. É pela família que o recém-nascido, a criança, o adolescente, o adulto e o idoso recebem assistência, sendo que alguns destes são dependentes da atenção direta devido à etapa de vida em que se encontram, enquanto outros vão depender de estar ou não vivenciando uma doença.

Boyd (1990) considera a família a primeira unidade de cuidado. É aquela que primeiro identifica uma anormalidade e que, geralmente, tomará providências para solucionar o problema. Possui características que favorecem o vínculo entre os membros, refletindo-se em afetividade e desvelo. Deve ser conhecida pela Enfermagem em toda a sua dimensão e com todas as suas particularidades, identificando possíveis necessidades a serem atendidas.

Conhecer a família e atuar com ela (não sobre ela) tem sido um dos desafios para a Enfermagem que, como qualquer outra ciência e profissão, esteve enraizada no modelo biomédico, centrado na doença e completamente avesso ao que se propõe atualmente quanto à promoção da saúde da população, incluindo a família. No entanto, a Enfermagem vem se destacando nessa nova perspectiva de ver a saúde como resultado de vários aspectos envolvidos, assim como de favorecer a participação direta da família no processo de saúde-doença e na promoção da saúde de seus membros, ressaltado, aqui, a criança pré-escolar.

Apesar de não ser um campo completamente desconhecido pela enfermagem, pois felizmente já se tem notícia de enfermeiras adentrando nesse espaço, a escola se torna, então, um campo extenso e rico para a sua atuação, em que o cuidado se pautará na promoção da saúde e na prevenção de doenças das crianças, seja qual for a fase em que estas se encontram.

Buscou-se, nesse estudo, promover a saúde “com” a participação ativa da família, e não “sobre” a família (CAMPOS, 2003). Fez-se necessário, e porque não dizer imprescindível, o envolvimento da família na promoção da saúde da criança com risco para obesidade, pois é a entidade maior com a qual a criança pode contar, seguida da escola. Logo, a pesquisa teve como pontos de apoio duas escolas comprometidas em participar do desenvolvimento saudável da criança.

Vale ressaltar que a Enfermagem não tem sido associada apenas à doença ou pessoas doentes, mas a pessoas que desejam manter-se num bom nível

de saúde. Assim, a Enfermagem deve se inserir na área escolar (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 1995) para desempenhar um cuidado à criança baseado nas premissas que a PNAN (BRASIL, 2003) tem preconizado, como o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis nas escolas.

O conceito de Escola Promotora de Saúde, defendido pela OPAS, vem reforçar essa concepção, pois se refere ao estímulo da adoção de estilos de vida saudáveis em toda a comunidade escolar, desenvolvendo um ambiente saudável, condizente com a proposta de promoção da saúde da população. A escola deve atuar concomitantemente em três grandes áreas (ambiente saudável, oferta de serviços de saúde e educação em saúde), que devem ser incorporadas ao cotidiano escolar e servir como laboratório onde as crianças e os adolescentes possam ter oportunidade para vivenciar questões consideradas como temas transversais (ética, pluralidade cultural, trabalho e consumo, orientação sexual, meio ambiente e saúde) (SILVEIRA; PEREIRA, 2004).

Destarte, os resultados desta pesquisa contribuíram para o acréscimo de conhecimentos sobre o cotidiano da família na promoção da saúde da criança pré-escolar com risco para obesidade, focalizando a cultura, as crenças, os hábitos que fazem parte do contexto familiar e da criança, segundo salienta Leininger (1991, 2002) na sua Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Permitiram, ainda, uma maior reflexão dos enfermeiros de como deve inserir o plano de cuidados da criança com risco para obesidade, considerando sua individualidade, para facilitar, assim, um aperfeiçoamento da sua práxis. Sendo o enfermeiro um agente de transformação da realidade através da investigação científica e do aperfeiçoamento da prática assistencial, a contribuição deste estudo visualizou o bem-estar e o desenvolvimento feliz da criança junto à sua família.

Cabe ao enfermeiro a missão de fomentar o cuidado na família transversalmente ao conhecimento do cotidiano desta, avaliando suas condutas diárias quanto ao seu modo de viver. Assim, deve buscar compreender a família a partir de sua constituição, contexto cultural, afetividade, aspectos socioeconômicos e políticos, crenças, valores, comportamentos, relação entre os membros e como estes vêm a promoção da saúde da criança, de maneira que possam agir efetivamente sobre situações contrárias à saúde e que possam favorecer a perspectiva de termos uma criança saudável.

2 OBJETIVO

Compreender o modo de vida das famílias de crianças pré-escolares com risco para obesidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

3.1 A opção pela abordagem qualitativa

Buscando compreender o modo de vida das famílias de crianças pré-escolares com risco para obesidade, e focalizando os aspectos culturais inerentes à família como unidade de cuidado, optei por realizar uma pesquisa qualitativa para apreender e interpretar todas as nuances possíveis desse mundo particular, permeado por fenômenos sociais, relações humanas, crenças, hábitos, valores e comportamentos presentes em cada contexto familiar.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002). Para Polit, Beck e Hungler (2004), a principal característica da pesquisa qualitativa é a possibilidade de se aprofundar para conhecer o fenômeno.

Trabalhar com a pesquisa qualitativa requer uma compreensão, como expressam os autores abaixo:

[...] abordagens qualitativas abarcam a totalidade de seres humanos, concentrando-se na experiência humana em cenários naturalistas. O pesquisador que usa essa abordagem acredita que seres humanos únicos atribuem significado a suas experiências e que elas derivam-se do contexto da vida [...] (MARCUS; LIEHR, 2001).

Pope e Mays (2005) afirmam que, ao invés de simplesmente aceitar os conceitos e explicações expressos na vida cotidiana, a pesquisa qualitativa faz perguntas fundamentais e investiga a natureza dos fenômenos sociais, em termos dos sentidos que as pessoas lhe dão, a partir do estudo em seus ambientes naturais, envolvendo a aplicação de métodos lógicos, planejados e meticulosos para coletar dados e analisá-los cuidadosa e rigorosamente.

3.2 Falando sobre Etnografia

A pesquisa qualitativa conta com a Etnografia como uma das suas linhas de investigação, sendo associada à Antropologia Cultural, cuja finalidade é de descrever o comportamento social e o estilo de vida das pessoas envolvidas, através da apreensão dos significados expressos vivenciados numa determinada situação. Traz contribuições para a pesquisa qualitativa por se importar com a cultura e com a participação ativa das pessoas estudadas.

De acordo com Praça (2003), a cultura possui elementos essenciais – a comunidade, o ambiente no qual o ser humano está inserido, o tempo e o próprio ser humano enquanto indivíduo com seus valores – que merecem ser destacados por influenciarem diretamente a ação individual e, conseqüentemente, a coletividade.

A Etnografia pode ser considerada como um método a partir da condição de ser, também, considerada uma técnica de trabalho, caracterizada pela observação participativa e pela prática de conversação, com enfoque sobre os contextos, as situações, as perspectivas, as culturas, as estratégias, etc. Acontece numa atmosfera de trabalho de campo, proporcionando uma investigação da população estudada, seus costumes e práticas, de forma que o pesquisador possa se debruçar sobre o estranho e o seu significado, e partilhar a sua realidade e a sua visão de mundo, considerando as produções das pessoas estudadas como verdadeiras instruções de investigação (BOUMARD, 1999).

Para Corsaro (2005) a pesquisa etnográfica, por ser um método interpretativo, exige que o pesquisador entre e seja aceito na vida daqueles que estuda e dela participam, ou seja, solicita que o pesquisador faça parte do contexto, que estabeleça um contato maior e tenha um ponto de vista de dentro. Assim, Boumard (1999) corrobora dizendo que, para compreender o sentido complexo da situação, faz-se necessário nela própria penetrar e apreendê-la nas interações entre as diferentes pessoas, sem prejuízo das conseqüências para o pesquisador.

A pesquisa etnográfica tem como aspectos principais a forte ênfase em explorar a natureza de um fenômeno, a tendência a trabalhar inicialmente com dados que não tenham sido codificados no momento da coleta, a investigação detalhada de um pequeno número de casos e a análise de dados que envolva

interpretação clara dos significados e das funções das ações humanas, cujo produto admite, principalmente, a forma de descrições e explicações verbais (FLICK, 2004).

Reconhecendo a relevância da pesquisa etnográfica para a ciência, o interesse pelas atividades cotidianas tem crescido significativamente, favorecendo um aumento das investigações etnográficas nas diversas ciências, incluindo a Enfermagem, que tem apresentado resultados cada vez mais congruentes com o cuidado humano por ela desenvolvido.

3.3 A escolha do Método de Etnoenfermagem, de Leininger (1991)

Como membro de uma família e como enfermeira que acompanha o crescimento e desenvolvimento de uma criança pré-escolar, considere relevante utilizar no estudo, o método de Etnoenfermagem elaborado pela enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger (1991), que foi planejado a fim de estudar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, concebida na década de 60.

A Etnoenfermagem corresponde a um método qualitativo que utiliza diversas estratégias e técnicas como auxílio para obter o conhecimento sobre o fenômeno estudado. Algumas estratégias e/ou técnicas auxiliam a interação espontânea da pesquisadora-enfermeira com os informantes, permitindo que sejam documentados, preservados e interpretados os significados do cuidado, assim como proporcionar uma maior compreensão das experiências cotidianas das pessoas em iguais ou diferentes locais (LEININGER, 1991, 2002).

O método de Etnoenfermagem é adequado à proposta desta pesquisa, que tem como foco compreender o modo de vida das famílias de crianças com risco para obesidade, através de um estudo de mini-etnoenfermagem.

Leininger (1985) classifica o método em maxi e mini-etnoenfermagem, sendo variável o número de informantes-chaves e informantes-gerais. Para o estudo de mini-etnoenfermagem são necessários de 6 a 8 informantes-chaves, que possam expressar as normas, valores, crenças, modo de vida geral da cultura do grupo do qual fazem parte, pois são os que têm maior conhecimento sobre a pesquisa; e de 12 a 16 informantes-gerais, que possam ter as opiniões diferentes dos informantes-

chaves, ratificando ou não o que foi dito.

O número determinado de informantes-chaves não representa o objetivo maior da Etnoenfermagem. Seu objetivo é que a pesquisadora-enfermeira obtenha um conhecimento aprofundado do fenômeno que deseja investigar, e que o estudo abranja tanto o informante-chave quanto o informante-geral (XIMENES, 2001).

O método de Etnoenfermagem tem alguns guias facilitadores elaborados por Leininger – *Leininger's Stranger-Friend Model* (Modelo Estranho-Amigo) e *Observation-Participation-Reflection Model* (Modelo Observação-Participação-Reflexão) – que os criou a fim de que auxiliassem a pesquisadora-enfermeira a investigar o cotidiano das pessoas de forma reflexiva e sistemática.

3.4 A escolha da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural – Leininger

Durante algum tempo a Enfermagem vem se consolidando como ciência através de teorias que fundamentam o exercício profissional e a prática científica, comprometendo-se cada vez mais com o cuidado humano. Todo o processo não exclui o indivíduo como sujeito participe do estudo, pelo contrário, é a todo o momento solicitado que participe.

De acordo com Boehs (2002), nas últimas décadas os autores da Enfermagem vêm demonstrando interesse e preocupação em relação ao cuidado e aos fatores culturais. Assim, Madeleine Leininger, na década de 50, desenvolveu a teoria do cuidado cultural, em que considera indispensável o cuidado ao ser humano, isto é, o ser humano para nascer, crescer, manter sua vida e morrer necessita de cuidado. Entretanto, cada cultura possui uma visão de saúde, doença e cuidado correspondente às experiências vivenciadas por cada sociedade.

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) tem o propósito de possibilitar à enfermeira-pesquisadora um amplo esquema sobre o cuidar e a diversidade cultural, favorecendo uma reflexão acerca dos pressupostos teóricos contidos na teoria, como visão geral, estrutura social, valores e convicções do cuidar cultural, meio ambiente e outras dimensões que influenciam o cuidado

humano. A teoria permite que a pesquisadora-enfermeira investigue nas diferentes culturas e subculturas, criando condições para realizar um cuidado que seja satisfatório e equivalente às crenças, valores e percepções dos indivíduos (XIMENES, 2001; VIEIRA, 2001).

Esta teoria é classificada como interacionista por se focalizar no cuidado humano envolvendo um processo interativo entre a enfermeira e o indivíduo, além de ter possibilitado o surgimento de uma nova área ou abordagem na Enfermagem, denominada como Enfermagem Transcultural, que se caracteriza como uma área formal de estudo, pesquisa e prática centrada no cuidado culturalmente fundamentado nos valores, crenças e práticas, cujo objetivo é manter ou recuperar a saúde das pessoas a partir da condição de valorizar as culturas e as subculturas existentes (ORIÁ; XIMENES; PAGLIUCA, 2007).

Acrescendo a tudo isso, Leininger refere que, através de sua teoria é possível interpretar o fenômeno da Enfermagem Transcultural, a partir da concepção de que o cuidado poderá ser promovido às diversas culturas existentes, permitindo que a Enfermagem se firme cada vez mais como ciência e profissão (LEININGER, 1991).

Portanto, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, antes denominada Teoria do Cuidado Cultural, tem a finalidade de descrever, documentar e interpretar as diversidades e universalidades do cuidado humano quanto à visão do mundo sob uma estrutura social, buscando oferecer um cuidado cultural congruente e satisfatório para os indivíduos de culturas variadas e semelhantes, contribuindo para o resgate ou manutenção do bom estado de saúde ou para o enfrentamento de situações complexas, como a morte, por exemplo (LEININGER, 1991, 2002).

Segundo Oriá, Ximenes e Alves (2006), as pesquisas utilizando o constructo *cuidado cultural* têm-se realizado nas universidades brasileiras baseando-se na TDUCC, mormente, para compreender, descrever e explicar as vivências culturais dos sujeitos. Porém, outras propõem modelos assistenciais ou marcos teóricos para implantação e/ou validação de um cuidado culturalmente competente.

A teoria vem sendo utilizada em diferentes objetos de estudo centrado na família, na mulher e na criança, oferecendo resultados e reflexões de como a

Enfermagem pode contribuir na manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos (ORÍÁ; XIMENES; ALVES, *op. cit.*). Nessa perspectiva, novos trabalhos vão sendo construídos e incentivados, a fim de ampliar ainda mais a dimensão do cuidado culturalmente congruente com a realidade.

Leininger (1991), a partir da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, elaborou alguns conceitos que orientassem a pesquisadora-enfermeira no desvelo do fenômeno estudado, ou seja, do cuidado cultural, mas que não eram estáticos, pelo contrário, poderiam ser modificados conforme a cultura estudada.

Com base na teoria de Leininger, apresento alguns desses conceitos direcionados ao objeto de estudo da pesquisa em questão:

- *Cuidado* identificado como o fenômeno proporcionado pela família que dá assistência e apoio à criança pré-escolar com risco para obesidade;
- *Cultura* como um conjunto de valores, crenças e modos de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos ao longo das gerações, voltados às decisões e ações para cuidar da criança pré-escolar com risco para obesidade, membro ativo da família;
- *Cuidado Cultural* corresponde ao somatório de valores, crenças e modos de vida padronizados, aprendidos de forma subjetiva e objetiva, compartilhados ou transmitidos e que facilitam a promoção do bem-estar da criança pré-escolar com risco para obesidade e de sua família;
- *Diversidade do Cuidado Cultural* relacionada à multiplicidade de significados, modos de vida, valores, padrões ou símbolos inseridos na forma como as famílias cuidam da criança pré-escolar com risco para obesidade;
- *Universalidade do Cuidado Cultural* refere-se à unificação de significados, valores, padrões, modos de vida ou símbolos refletidos no cuidado da família à criança pré-escolar com risco para obesidade, para que se desenvolvam satisfatoriamente durante seu processo vital;
- *Visão do Mundo* é a maneira pela qual a família se percebe no mundo e nele busca meios para se adequar às transformações que se sucedem com a criança pré-escolar com risco para obesidade;

- *Dimensões da Estrutura Cultural e Social* correspondem aos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados e influenciadores do modo como a família se comporta diante da criança pré-escolar com risco para obesidade, que vão desde os valores religiosos, de parentesco (sociais), políticos, econômicos, educacionais até os tecnológicos e os culturais;
- *Contexto ambiental* referente aos diversos eventos, situações ou experiências vivenciadas pela família da criança pré-escolar com risco para obesidade, que dão significado às suas expressões, interpretações e interações com outras famílias e pessoas, em seus ambientes físico, ecológico, sociocultural e político.

Leininger (1991) também criou um mapa cognitivo – *Sunrise Model* – que serve para compreender a teoria de uma forma mais integrada, visualizando os vários componentes da estrutura social e cultural (fatores tecnológicos, religiosos e filosóficos, sociais e de parentesco, legais e políticos, econômicos, educacionais, valores culturais e modos de vida) que influenciam a prática de cuidado nas sociedades humanas.

Através da visualização do Modelo *Sunrise* é possível estar atento aos fatores interdependentes, presentes nas dimensões da estrutura social e cultural e visão de mundo que fazem parte e influenciam a prática de cuidado à saúde do indivíduo, da família, dos grupos e das instituições. (ANEXO A)

Ressaltando que a finalidade deste estudo foi de conhecer o cuidado das famílias a partir da descoberta dos fatores culturais que possam influenciar para o desenvolvimento da obesidade infantil, por conseguinte, utilizei a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural para compreender essas famílias, por meio da observação e da percepção da dinâmica familiar em seu próprio contexto, com os fatores inerentes e influenciadores do seu modo de cuidar da criança.

3.5 Trajetória metodológica

3.5.1 Cenários do estudo

O estudo foi realizado nos contextos escolar e familiar da criança, ocorrendo primeiramente na creche-escola, através de um contato inicial – visita – com as diretoras, no qual expliquei o objetivo do estudo e a importância deste para a promoção da saúde da criança. A escolha das creches-escolas se deu, inicialmente, pela análise de um cadastro de 136 escolas particulares de Fortaleza, localizadas na Secretaria Executiva Regional VI (SER-VI), no ano de 2007, que foi disponibilizado pelo Conselho de Educação do Ceará. Os critérios de seleção foram: creches-escolas localizadas na área de abrangência da SER-VI que atendessem crianças pré-escolares e que aceitassem participar da pesquisa.

A determinação da área geográfica foi em razão de esta regional ser a que possui o maior orçamento municipal por região administrativa (24,42%) e por ter o segundo maior índice de desenvolvimento humano (IDH) de Fortaleza, classificado no nível médio, estabelecido a partir de três variáveis (anos de estudo, população alfabetizada e rendimento médio do chefe de família) (FORTALEZA, 2004). Isso justifica a escolha por trabalhar com classe média baixa (2 a 4 salários mínimos) e classe média típica (4 e 10 salários mínimos), segundo a classificação de Guimarães (2007).

Das 136 escolas existentes selecionei, através da verificação do valor cobrado na mensalidade (a partir de 1 salário mínimo), 5 consideradas de grande porte e que atendiam a uma clientela pertencente à classe média. No entanto, diante das recusas dessas creches-escolas tive que selecionar novamente outras 5 de menor porte, também verificando o valor da mensalidade (a partir de meio salário mínimo). Faz-se necessário esclarecer que o número de escolas existentes foi determinado pela contagem do cadastro, através da verificação da localização das escolas na área de abrangência da SER-VI.

É oportuno salientar que as 2 primeiras creches-escolas selecionadas entre as de menor porte aceitaram participar do estudo, dando-se, assim, a escolha do cenário da pesquisa pelo fato de haver uma demanda de crianças pré-escolares

com risco para obesidade e que o contexto escolar favoreceria a pré-seleção das crianças, bem como permitiria a viabilidade da pesquisa. O período de tempo gasto desde o levantamento do número de escolas particulares de Fortaleza, disponibilizado pelo Conselho de Educação do Ceará, até a seleção final das creches-escolas, foi de três meses.

O contato com as creches-escolas participantes do estudo ocorreu a partir de um encontro com as diretoras. Este encontro foi promissor, permitindo que eu retornasse alguns dias depois para iniciar a coleta de dados. As creches-escolas se mostraram receptivas e interessadas na pesquisa desde o primeiro contato face a face, diferentemente das escolas que não aceitaram fazer parte do estudo e que solicitavam o contato telefônico prévio antes do contato direto.

As duas creches-escolas do estudo estão localizadas em bairros de classe média de Fortaleza, sendo: **Fantasia de Criança**, que atende a uma clientela de maior poder aquisitivo e possui quase 300 crianças matriculadas em turnos diferentes (manhã, tarde e integral) e **Imaginação de Criança**, que tem aproximadamente 250 crianças matriculadas nos diferentes turnos. Esses números são aproximados em razão da rotatividade de crianças que saem e entram em diferentes períodos do ano nas creches-escolas, dificultando o levantamento exato do número de crianças matriculadas.

3.5.2 Informantes do estudo

Inicialmente, faz-se necessário explicar que o contato com os informantes do estudo aconteceu em três etapas. Na primeira etapa, depois das creches-escolas terem permitido a realização do estudo, enviei um comunicado para cada família de criança pré-escolar matriculada na escola, explicando o objetivo do estudo, solicitando a permissão dos pais para a participação da criança e pedindo que anotassem seus números de telefone para contato posterior.

O número de comunicados foi estabelecido de acordo com o número de crianças pré-escolares existentes em cada creche-escola, informado pela diretora da instituição. A creche-escola Fantasia de Criança informou que havia 60 crianças,

sendo este o número de comunicados anexados às agendas escolares e enviados aos pais. E a creche-escola **Imaginação de Criança** enviou 100 comunicados, correspondendo ao número de crianças pré-escolares matriculadas.

Dos 60 comunicados enviados pela creche-escola **Fantasia de Criança**, apenas 20 retornaram com a permissão da família, enquanto que dos 100 comunicados enviados pela creche-escola **Imaginação de Criança**, somente 22 retornaram com esta permissão, perfazendo um total de 42 crianças.

Devo salientar que houve um período de interação de duas semanas no contexto escolar (uma semana para cada creche-escola), em que estive em contato com as 42 crianças, sendo 20 da creche-escola **Fantasia de Criança** e 22 da creche-escola **Imaginação de Criança**, com intuito de criar vínculo e deixar de ser uma desconhecida para elas, principalmente para as crianças que viriam participar do estudo.

Passada a primeira etapa de seleção para o estudo, em que foram selecionadas 42 crianças pré-escolares, dei início à segunda etapa com a realização da avaliação antropométrica dessas crianças através de um formulário estruturado. Porém, 1 criança, das 42 selecionadas, por possuir doença de base - paralisia cerebral - não pôde continuar no estudo.

Nessa etapa, os critérios de inclusão foram: estar na faixa de idade delimitada (3 a 6 anos) e estar regularmente matriculada na escola. E os critérios de exclusão foram: crianças com doenças já diagnosticadas, isto é, doenças de base e aquelas em que os pais ou responsáveis não tivessem concordado com a sua participação. Após a avaliação antropométrica (APÊNDICE A) encontrei 13 crianças classificadas com percentil acima de 95 (obesidade), segundo a classificação da NCHS (2000) (ANEXO B). Destas crianças, 7 eram da creche-escola **Fantasia de Criança** e 6 da creche-escola **Imaginação de Criança**.

A partir daí iniciei a terceira etapa, selecionando das 13 famílias 8, através de um telefonema para cada uma, em que considerei a disponibilidade das mães como critério de seleção, pois era fundamental o agendamento dos encontros. Era também imprescindível atentar para o número de informantes-chaves, a fim de atender à recomendação do método de mini-etnoenfermagem utilizado no estudo. Os critérios de inclusão das famílias foram: ter criança pré-escolar acima do percentil

95, residir na área da SER-VI e aceitar participar do estudo. E como critério de exclusão estão não haver disponibilidade de tempo e aquelas famílias que não aceitaram participar desta fase da pesquisa. Nessa etapa ocorreu o encontro face a face com as 8 famílias já selecionadas, no qual utilizei um segundo formulário estruturado (APÊNDICE B), para obter dados sociodemográficos e clínicos dos informantes.

É válido ressaltar que, segundo orienta o método de Etnoenfermagem, os informantes-chaves da pesquisa foram as mães das crianças com risco para obesidade, e os demais membros da família (pai, avós, tios, irmãos e outros), e algumas professoras foram os informantes-gerais.

Outra informação pertinente é que as pesquisas realizadas com crianças com peso excessivo demonstram que não há consenso sobre o critério diagnóstico de sobrepeso e obesidade infantil, em virtude da intensa modificação da estrutura corporal durante o crescimento infantil. A OMS e o Ministério da Saúde utilizam a aferição dos índices antropométricos peso/idade, altura/idade e peso/altura para a utilização do escore "Z" (BRASIL, 2004a; OMS, 2004).

Entretanto, diversos estudos vêm sendo realizados tomando como base o IMC/idade e sexo, por ser o método de maior sensibilidade e especificidade, bem como o mais aceito no mundo para a classificação do sobrepeso e obesidade em crianças menores de 5 anos, seguindo os critérios do *National Center for Health Statistics* de 2000 – NCHS (BUENO; FISBERG, 2006; GIUGLIANO; MELO, 2004; TOMKINS, 2006; HALPERN; MANCINI, 2002; COLE *et al.*, 2000; OMS, 2004).

Sendo assim, segui os critérios de medição dos guias do SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2004a), que oferecia orientações básicas para coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde, e do Manual de Antropometria (BRASIL, 2004b), elaborados pelo Ministério da Saúde, e utilizei o IMC/idade e sexo, que apresentava as curvas que orientam o IMC adequado em meninos e meninas, desenvolvido pelo NCHS em 2000 (HALPERN; MANCINI, 2002).

O período de interação com os informantes foi de três meses e o número de encontros foi entre 5 e 7, sendo semanal ou quinzenal. A determinação dos encontros dependia da necessidade de apreensão dos significados, da

disponibilidade das famílias e da escolha do local, sendo que alguns encontros ocorreram na escola e os demais no contexto familiar. A escolha feita por algumas mães de que o primeiro encontro fosse na escola foi respeitada tanto quanto os que ocorreram no ambiente familiar, sendo este o momento em que o objetivo da pesquisa foi apresentado e o termo de consentimento assinado. A partir dos encontros com as famílias se iniciou a formação do vínculo e da confiança – essenciais para o andamento da pesquisa qualitativa.

3.5.3 Coleta de dados

Para a coleta dos dados com as famílias utilizei o método de pesquisa de Etnoenfermagem de Leininger, através do uso do Modelo Observação-Participação-Reflexão (OPR) e do Modelo Estranho-Amigo, que foram aplicados ao longo de todo o estudo.

Roper e Shapira (2000) referem que os primeiros encontros na imersão do campo causam simultaneamente excitação e constrangimento, pois tanto o pesquisador é considerado uma pessoa estranha para os informantes, como, do mesmo modo, o pesquisador os desconhece. Entretanto, esse momento não deve ser descartado, pelo contrário, deve ser visto como um mundo aberto para ser desvelado.

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e o Modelo *Sunrise* foram relevantes durante toda a coleta, pois possibilitaram apreender o modo de vida das famílias. Conforme Frota e Barroso (2003) o Modelo *Sunrise* auxilia como mapa cognitivo e tem sido desenvolvido e refinado para prover um quadro geral dos componentes inter-relacionados da teoria, orientando e representando as influências e os maiores conceitos com uma visão total integrada das dimensões.

O Modelo OPR, composto por 4 fases, guiou-me durante a coleta dos dados, sendo:

- Primeira fase: *observação e escuta ativa*, que consiste na capacidade de observar diretamente o cenário cultural. Nesse momento realizei a pré-seleção

das crianças com risco para obesidade na própria escola e a seleção das famílias que aceitaram participar do estudo, e a partir disso me apresentei como pesquisadora-enfermeira, esclarecendo sobre o estudo que pretendia desenvolver junto à criança e sua família.

A avaliação antropométrica ocorreu durante uma semana para cada creche-escola, no horário das atividades educacionais, de acordo com a permissão da professora da criança. A receptividade das crianças foi imediata, mostrando-se curiosas quanto aos instrumentos (balança digital e antropômetro) da avaliação.

Expliquei à família sobre a relevância de sua participação para que eu pudesse compreender como vem se dando o crescimento e desenvolvimento da criança obesa ou com sobrepeso, e ressalttei que o anonimato de todos os informantes seria assegurado. Vale enfatizar que durante esta fase me mantive mais como observadora e ouvinte.

O contato com os informantes ocorreu durante um período de três meses. Primeiramente, selecionei a criança pela obtenção dos dados antropométricos aferidos na própria escola, conforme dito anteriormente. Em seguida, o contato com a família foi iniciado através de visitas domiciliares periódicas, segundo a necessidade da apreensão dos dados, dos informantes e da pesquisadora, sendo semanal ou quinzenal, acertadas de acordo com a disponibilidade das famílias.

Durante as visitas domiciliares e escolares, ocorridas em momentos diferentes, utilizei o guia facilitador do Modelo Estranho-Amigo, que tem como finalidade modificar a posição da pesquisadora de pessoa estranha para pessoa confiável, facilitando que esta penetre e permaneça com as famílias estudadas em seu próprio ambiente, alcançando dados fidedignos e acurados e observando seu modo de vida em relação ao cuidado com a criança pré-escolar com risco para obesidade. Este guia me auxiliou a perceber como estava acontecendo a relação pesquisadora-família, colaborando nas minhas atitudes e comportamento para observar, participar e, principalmente, realizar a entrevista aberta.

As observações feitas, informações obtidas do cotidiano da família, minhas impressões sobre os comportamentos expressos, assim como a comunicação não-verbal, os gestos, atitudes e silêncio, foram, todos, registrados em

um outro diário de campo diferente do usado para as entrevistas, e foram utilizados para somar aos significados apreendidos durante todo o decorrer do estudo.

Sendo assim, no primeiro contato com as famílias, algumas mães se mostraram surpresas ao saber que a escola do filho estava promovendo a saúde infantil através de um estudo com a finalidade de investigar a obesidade infantil: *Bom você pesquisar obesidade na criança. Não sabia que a escola dela estava fazendo isso; e Você não acha ruim esse encontro ser aqui na escola? É até mais fácil, porque eu já venho pegar ele. Não sabia que eles estavam se preocupando com esse tipo de coisa.*

- Segunda fase: *observação com participação limitada* das situações do cotidiano das famílias. Esta fase me permitiu ainda, observar o ambiente familiar durante as visitas, procurando interagir um pouco mais com os informantes da pesquisa, a fim de apreender o modo de vida da família e sua forma de cuidar da criança.

Aproveitei essa interação para obter informações sobre as condições sócio-culturais e clínicas das famílias, que foram consideradas a partir do preenchimento de um formulário, com os seguintes dados: idade, sexo, profissão/ocupação, cor, escolaridade, grau de parentesco, número de membros da família, renda mensal familiar, tipo de família, condições do lar e da comunidade na qual estão inseridos, crença religiosa, laços afetivos, peso da criança ao nascer, estatura, tipo de parto, se foi amamentada em aleitamento exclusivo ou não, etc. (APÊNDICE B)

- Terceira fase: *participação com observação*, sendo que nesta fase o ato de observar o ambiente é limitado, pois nesta etapa a participação é o foco principal. Neste momento procurei realizar a entrevista aberta através de duas perguntas norteadoras: (1) **Você vê seu/sua filho(a) como uma criança com risco para obesidade?**; (2) **Como é para você conviver com um(a) filho (a) que pode se tornar um adulto obeso?**

Nessa fase meu papel principal foi de participante, embora não excluísse a observação em face de apreender os significados culturais semelhantes que emergiram dos informantes a partir da entrevista. Ressalto, ainda, que as perguntas surgiram no decorrer da entrevista, guiadas pela visão de mundo dos informantes dentro do seu contexto cultural, social e familiar, que puderam ser registradas por escrito em um diário de campo para as entrevistas.

A utilização da entrevista aberta para a coleta de dados possibilitou que os informantes discorressem livremente sobre o tema proposto; e o diário de campo, que tem como finalidade permitir o registro dos dados a partir da percepção da pesquisadora, facilitou a construção dos detalhes percebidos, que Minayo (2002) salienta como aspectos importantes na pesquisa.

Durante a entrevista, sendo esta uma técnica clássica da pesquisa qualitativa, fiz perguntas que pudessem ajudar a romper com a concepção de que tanto a pesquisadora-enfermeira quanto os informantes tivessem culturas idênticas. As perguntas contrapuseram-se a essa concepção, pois foram considerados a cultura e o modo de viver de cada família com toda a singularidade que lhe pertence.

Tive, ainda, a oportunidade de participar de uma refeição com algumas das famílias, a convite das mães do estudo, em que pude vivenciar algumas práticas alimentares particulares às famílias, apesar de já ter observado a alimentação da criança em outros momentos, como nos lanches em casa e na merenda escolar.

Leininger (1991) ressalta, através do Modelo Estranho-Amigo, que quando o pesquisador não se sente mais como um estranho nem é percebido pelos informantes como um desconhecido, nesse momento ele foi aceito. Dessa forma, quando pude compartilhar com as famílias uma refeição, participei e observei de dentro para fora do ambiente do estudo, fortalecendo a relação pesquisadora-família.

- Quarta e última fase: *reflexão*, a partir dos achados ratificados pelos informantes e pela própria condição da pesquisadora-enfermeira durante a coleta de dados. Esta fase permitiu que procurasse validar os significados culturais advindos do fenômeno durante todo o processo de interação entre pesquisadora e informantes.

Um ponto a ser ressaltado é o término desta fase, ao qual me fez estar atenta para, no momento adequado, conduzi-la a um fim, sendo importante perceber quando não mais aparecem informações novas. Isso vem a ser um indicativo de que os dados coletados já foram confirmados.

3.5.4 Análise dos dados

Esta fase da pesquisa ocorreu simultaneamente com a coleta dos dados, pois são etapas que se desenvolveram em comum e influenciaram o caminhar da pesquisadora, o que, para Alves-Mazzoti e Gewandsznajder (2001), isto conduz um novo olhar a cada nova questão que vai sendo gerada, levando a busca de dados complementares, num processo harmonioso que vai até a análise final das informações.

Para análise dos dados as informações coletadas foram organizadas por meio dos critérios estabelecidos pelo Modelo OPR, cujas fases foram:

- Primeira fase: *relação dos dados coletados, descritos e documentados*, que se caracteriza pela coleta, descrição, registro e início da análise dos dados relacionados ao objetivo da pesquisa.

Nessa fase os dados empíricos obtidos durante as fases do OPR foram analisados, segundo o objetivo do estudo que havia me proposto a desenvolver. Tais dados foram coletados pessoalmente por mim e registrados imediatamente após o término de cada encontro e da entrevista aberta com os informantes, sendo posteriormente ampliados de acordo com as observações realizadas.

- Segunda fase: *identificação e classificação dos descritores e componentes*, cuja finalidade é codificar e classificar os dados, preservando o significado do contexto e agrupando-os segundo as semelhanças e divergências.

Procurei, nessa fase, identificar, caracterizar e agrupar as falas dos informantes a partir das afinidades existentes, bem como das diferenças encontradas, favorecendo assim, a compreensão dos significados advindos durante as entrevistas.

- Terceira fase: *análise padrão*, que representa uma avaliação minuciosa e criteriosa dos dados obtidos, compilando idéias e padrões repetitivos de significados semelhantes ou diferentes, que tenham importância para a pesquisa.

Dando continuidade à análise, avaliei detalhadamente todos os dados obtidos, fazendo uma leitura aprofundada das falas, a fim de apreender melhor seu significado e identificar a saturação das opiniões e dos padrões, observando

aspectos semelhantes e diferentes que pudessem trazer resultados importantes para o estudo. Assim como sugere Vieira (2001), li e reli todas as falas, comparando os discursos de cada família. É importante considerar que nesse momento o tema cultural foi identificado e conduziu toda a construção das categorias, que traziam diversas formas de expressão dos significados equivalentes.

- Quarta fase: *temas principais, descobertas da pesquisa, formulações teóricas e recomendações*, cujo objetivo é perceber a dimensão do estudo a partir da análise, síntese e interpretação dos dados obtidos pela pesquisadora-enfermeira, sendo necessário lançar mão da abstração para um maior aprofundamento dos resultados.

Nessa última fase pude refletir sobre os dados obtidos, de tal forma que percebi a dificuldade para abstrair seus significados e para mergulhar na análise textual, a fim de encontrar os temas principais do estudo, as descobertas da pesquisa e poder contribuir de maneira significativa com as minhas recomendações.

3.5.5 Aspectos éticos

Toda pesquisa pressupõe o cumprimento dos aspectos éticos, sendo, portanto, respeitados na etnoenfermagem. As exigências éticas e legais para pesquisa, dispostas na Resolução do CNS 196/96, a qual regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando o caráter confidencial e ausente de prejuízo físico, financeiro ou emocional para o pesquisado, foram estabelecidas como condições imprescindíveis para a realização do estudo.

É válido esclarecer que o projeto foi encaminhado primeiramente ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo este apreciado e aprovado de acordo com o protocolo de número 169/07, e posteriormente às coordenações das instituições selecionadas (escolas) para que estas autorizassem a realização da pesquisa e pudessem estar cientes de como se processaria o caminhar metodológico. (ANEXO C)

Foram assegurados aos sujeitos o anonimato e a salvaguarda de sua identificação, utilizando-se para isso, de personagens infantis nas falas, ao invés dos nomes dos entrevistados, que assinaram o termo de consentimento informado.

4 CONHECENDO OS CONTEXTOS ESCOLAR E FAMILIAR DAS CRIANÇAS COM RISCO PARA OBESIDADE

A decisão por iniciar o estudo na creche-escola a partir da pré-seleção das crianças com risco para obesidade se deu como forma para alcançar o objetivo proposto, conforme já ressaltado na metodologia. A caminhada até encontrar duas escolas que concordassem em participar do estudo foi uma tarefa mais difícil do que imaginei, pois escolas de alto padrão socioeconômico, localizadas em bairros de classe média típica e alta, que têm destaque no cenário educativo de Fortaleza, não aceitaram participar do estudo. A justificativa era de que não queriam ter qualquer problema com a família da criança, acreditando que, pelo fato de o estudo requerer contato com a família isso pudesse ocasionar mal-estar aos pais dos alunos.

Minha percepção diante da justificativa das escolas é a de que a família é um consumidor do mercado da educação privada, um cliente em potencial que não se pode correr o risco de “perdê-lo”, colocando-lhe numa situação de exposição aos olhos da direção das escolas. Mesmo reconhecendo a existência de crianças com risco para obesidade dentro do contexto escolar e conversando comigo sobre essa problemática, as instituições não consideraram “seguro” que as famílias participassem e se posicionam contrárias à participação na pesquisa, embora não houvesse qualquer possibilidade de o estudo causar transtorno, pois era livre a decisão da família de participar ou não.

Dei continuidade ao estudo nas creches-escolas particulares, só que optei por entrar em contato com escolas de menor porte e destaque, isto é, que não tinham um número muito grande de alunos matriculados nem utilizavam os meios de comunicação. A seleção das creches-escolas se deu pelo contato feito numa visita inicial às instituições escolares para conhecê-las e pelo valor cobrado na mensalidade, já que estaria tratando de famílias de classe média típica e baixa.

Fiz uma visita às diretoras, que se mostraram receptivas e interessadas em participar da pesquisa, fazendo-me algumas perguntas relativas ao objetivo do estudo. A partir disso, iniciei uma relação com a escola, a fim de estreitar o vínculo para chegar até as crianças pré-escolares e suas famílias, por meio de um

comunicado solicitando a participação da criança. Expliquei, ainda, que me comprometeria em trazer os resultados do estudo para a escola, além de utilizar nomes fictícios como forma de manter o anonimato das instituições participantes.

Creche-escola Fantasia de Criança

A creche-escola localiza-se em bairro de classe média típica e atende uma clientela de aproximadamente 250 crianças matriculadas em turnos diferentes (manhã, tarde e integral), contando com uma equipe formada com mais de 20 pessoas, entre professoras, auxiliares de sala, nutricionista, supervisora, coordenadora pedagógica, cozinheira, etc. Das 250 crianças matriculadas, 60 eram pré-escolares, correspondendo aos comunicados enviados para as famílias. O ambiente físico é amplo, ventilado e iluminado; possui, além das salas de aula, espaço com areia para as crianças, berçário, piscina, área para dança, contação de histórias, além de oferecer atividade de artes marciais para crianças maiores.

Tem como serviço prestado extra a merenda escolar, que é pago pela família da criança acrescentado ao valor da mensalidade. O cardápio é feito por uma nutricionista da escola, que vem uma vez ao mês para elaborá-lo. Dentre os tipos de merenda escolar oferecidos pela escola, estão: leite com groselha, bolachas waffer, salgada e doce, sucos naturais de frutas, bolos e sanduíches com queijo. O almoço também é oferecido para a criança que permanece na escola em horário integral, e o cardápio é enviado para os pais ficarem cientes do que seu filho está comendo.

Creche-escola Imaginação de Criança

A creche-escola está localizada em bairro de classe média, com quase 300 crianças matriculadas em turnos diferentes (manhã, tarde e integral). A equipe de funcionários é formada por 26 pessoas, entre professoras, auxiliares de sala, supervisora, coordenadora pedagógica, cozinheira, etc. O espaço físico não é muito amplo nem ventilado, e requer iluminação artificial constante. Possui uma área com areia, berçário, refeitório e área para contação de histórias.

Tanto há crianças que trazem merenda escolar de casa (sucos industrializados, bebidas lácteas achocolatadas, sanduíches de presunto, queijo e ketchup, iogurtes, biscoitos recheados, pipocas e salgadinhos industrializados, etc.) quanto àquelas que utilizam o serviço prestado pela escola que tem valor acrescido na mensalidade. O cardápio é elaborado pela própria cozinheira, com a avaliação da diretora da escola, além de existir, também, uma pequena cantina onde alguns lanches podem ser comprados diariamente. Dentre os tipos de merenda escolar oferecidos pela escola como serviço pago mensalmente pela família, estão: sucos naturais de frutas, biscoitos de maisena e cream cracker, leite com achocolatado, pão com margarina, etc. Quanto aos tipos de lanches vendidos na cantina, tem-se: pastel, coxinha, refrigerante, sucos industrializados, iogurtes, biscoito recheado, sanduíche de presunto e queijo e enroladinho de salsicha.

As famílias

Conviver com uma criança pré-escolar e perceber que minha forma de agir e pensar influenciava seu comportamento, fez com que eu despertasse para a temática aqui em questão, principalmente quanto à formação dos hábitos, valores, crenças e gostos da criança como um adulto em potencial. Esse interesse também se deve ao fato de ter identificado, anteriormente, o risco de obesidade na minha família e por acreditar que não é somente o fator hereditário que interfere no desenvolvimento da obesidade infantil, mas também os fatores ambientais que aparecem no cotidiano de cada família.

Sendo assim, foi relevante traçar um breve perfil das famílias do estudo, verificando alguns dados sociodemográficos e clínicos importantes para compreender o modo de viver das famílias:

- A idade das mães variou entre 23 e 45 anos, com a cor predominante parda, religião católica, e sendo a maioria procedente e natural de Fortaleza;
- Em relação à profissão/ocupação das mães do estudo, duas eram funcionárias públicas, duas trabalhavam como autônomas, duas trabalhavam em empresa privada, uma era dona-de-casa e uma era estudante. E quanto à escolaridade, duas mães tinham nível superior, uma era pós-graduada, uma

tinha superior incompleto, uma cursou o ensino médio, uma não havia concluído o ensino médio, uma tinha ensino fundamental e uma tinha ensino fundamental incompleto;

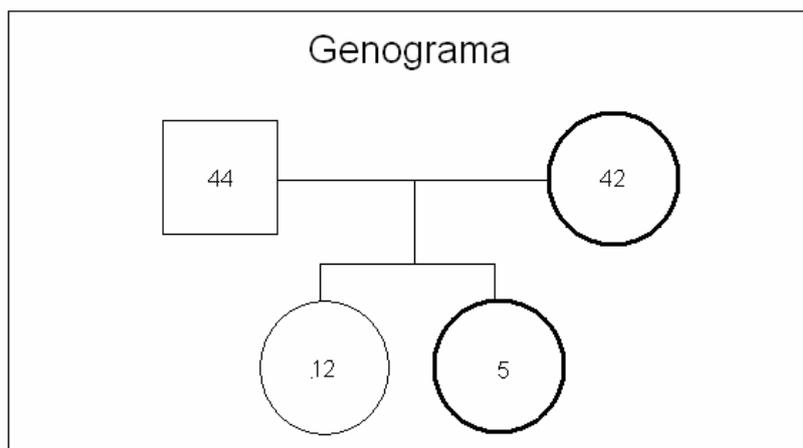
- Quanto ao estado civil cinco eram casadas, duas solteiras e uma separada. E das famílias estudadas, cinco eram do tipo extensa e três do tipo nuclear, com o número de filhos variando dessa maneira: três famílias tinham apenas 1 filho, três tinham 2 filhos, uma tinha 3 filhos e uma tinha 4 filhos;
- Das oito famílias do estudo, cinco residiam em casa própria. Quanto à renda mensal das famílias, duas possuíam até 10 salários mínimos, duas tinham entre 6 e 9 salários mínimos e quatro possuíam entre 2 e 5 salários mínimos;
- Entre os diversos antecedentes familiares existentes a obesidade e a hipertensão arterial foram destacadas por todas as mães, seguidas da *diabetes mellitus*, problemas cardíacos e dislipidemia.

Após essa breve apresentação das famílias devo destacar que todas foram identificadas como personagens infantis, primando pelo seu anonimato e zelando pelos informantes que permitiram, com muita receptividade e carinho, que eu adentrasse na mais importante unidade de cuidado, formada por laços de amor, de intimidade e de proteção – a família. Também utilizei o genograma para uma melhor visualização do contexto familiar. (ANEXO D)

Antes, ainda, esclareço que os balões a seguir foram criados por mim, sem que, necessariamente, houvesse relação com as informações advindas das famílias. Entretanto, o vínculo familiar entre as personagens corresponde ao vínculo existente entre os membros das famílias do estudo.

Família: Magali, d. Lili, sr. Carlito e Marcinha

Viva, viva, viva! Ganhei uma melancia de presente do papai. Vou comer tudinho antes que alguém chegue e me peça um pedaço – falou Magali
O que é isso, minha filha? Não quer dar um pedacinho pra mamãe? – perguntou dona Lili
Mas mãe, a senhora disse que é feio pedir... – inferiu Magali



A família da Magali é do tipo nuclear, constituída por 4 membros: d. Lili (mãe), sr. Carlito (pai) e duas filhas (Magali e Marcinha), com idades de 5 e 12 anos. D. Lili, de 42 anos, é uma mulher bonita e com aparência tranqüila, com formação superior e trabalha como funcionária pública. É procedente e natural de Fortaleza, casada e evangélica. A renda da família é de aproximadamente 10 salários mínimos, advinda do trabalho do casal. Quanto ao estado nutricional de d. Lili sua aparência física é de uma pessoa obesa.

Magali, 5 anos, peso 24,5 kg e altura 1,10 m, obtendo um IMC 20,2, é comunicativa e extrovertida, verbaliza bem suas necessidades humanas básicas e realiza suas atividades diárias com certa autonomia e de acordo com sua idade.

A mãe da criança informou que teve uma gravidez tranqüila, com parto cesáreo. A criança nasceu com 3.360 kg e 49 cm. Amamentou exclusivamente de 15 a 20 dias, pois havia feito uma cirurgia na mama anteriormente, e acreditava não poder amamentar a filha. Na sua família há casos de obesidade mórbida (seu irmão), *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e dislipidemia.

Em relação ao sr. Carlito, de 44 anos, é um homem alto e simpático, de olhar sério e atitude determinada, administrador de empresa e com aparência eutrófica. A família mora em um apartamento alugado num bairro de classe média típica, mas todos os dias os pais e as filhas vão à casa dos avós maternos da criança.

Marcinha, de 12 anos, é uma pré-púbere que aparenta ter sobrepeso, de temperamento rebelde e questionador. Ela e a irmã (5 anos) costumam permanecer

parte do dia juntas na casa dos avós maternos, onde compartilham poucas brincadeiras, decorrentes da diferença de idade e da preferência da irmã em usar a internet com os amigos da escola.

A mãe refere que a presença da família na casa dos avós maternos é positiva, pois costumam ter uma boa convivência, além de permitir que os pais tenham mais tranqüilidade pelo fato de a criança estar com pessoas de confiança. Relata ter obrigações para com sua mãe, que está com Alzheimer. Diz que sua dedicação à mãe não é total por conta do seu trabalho e de seus afazeres com as filhas, mas gostaria de estar mais presente no cuidado direto.

Como a Magali passa o dia na casa dos avós, retornando para sua casa somente à noite, e às vezes nem retornando (todos têm quarto individual), todos os contatos realizados com a família aconteceram lá. Os encontros foram realizados em horários diferentes, de acordo com a disponibilidade dos familiares, porém um dos encontros foi agendado para a hora de uma das refeições do dia, no caso o almoço.

Quanto ao local dos encontros (casa dos avós), tratava-se de uma residência bastante grande, de padrão de classe média alta, localizada em bairro de classe média da capital, com 6 quartos, sendo todos suítes, salas e cozinha amplas, área de lazer com um amplo jardim, móveis confortáveis, bens de consumo como ar condicionado, televisores, aparelhos de DVD, TV a cabo, microondas, geladeira, computador, freezer, automóveis, etc. Moram na casa o avô, a avó e dois filhos (tios da criança). No entanto, a criança, sua irmã e seus pais às vezes dormem também na casa. Existem 3 empregados na residência, que moram e dividem as tarefas domésticas.

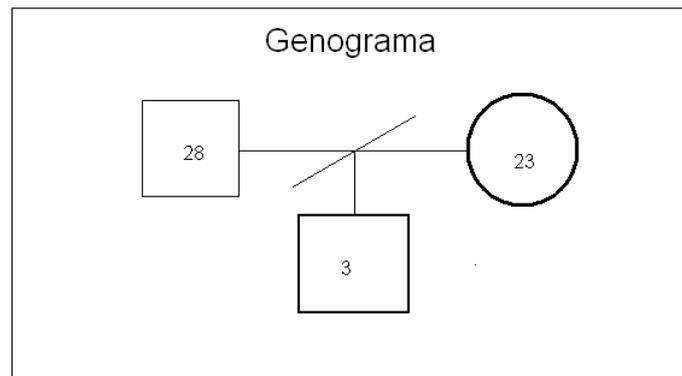
Todas as visitas foram acolhedoras, permitindo que eu me aproximasse com certa facilidade da família. O avô, mostrou-se levemente resistente no começo do encontro, mas no decorrer deste foi bastante expansivo e receptivo, chegando a me convidar para o almoço e para outras visitas que eu julgasse necessárias.

Quanto à mãe, mostrou-se receptiva e tranqüila durante todos os encontros, mantendo um diálogo constante comigo e atendendo às minhas solicitações para convidar seu esposo, suas filhas e o seu pai para participarem dos nossos encontros.

Nos primeiros encontros fez questão de mencionar que reconhecia ser uma pessoa obesa e necessitar se cuidar, assim como estar atenta à filha mais velha, que tem aumentado o peso com certa regularidade. Já a respeito da criança, d. Lili se mostrou interessada em falar sobre o assunto obesidade infantil; entretanto, não considera a filha com sobrepeso nem obesa, mas apenas que necessita do controle da dieta.

Família: Cascão, d. Lurdinha, sr. Antenor Araújo e d. Matilde

Cascão, vem cá menino! Está na hora de tomar banho pra poder almoçar - gritou dona Lurdinha
O quê!? Nunca ouvi dizer que a comida precisasse ser molhada antes de entrar na minha boca – retrucou Cascão



A família do Cascão é um tipo particular de família, pois é fragmentada e possui características especiais. A mãe, d. Lurdinha, de 23 anos, é reservada, porém se comunica bem. Trabalha como auxiliar de cozinha do setor de nutrição de um hospital privado da capital; reside em Fortaleza, é natural do interior do Estado do Ceará, solteira, tem ensino fundamental completo, não tem religião, mora em casa alugada e possui renda mensal acima de 2 salários mínimos, resultante da soma de seu salário mais a pensão alimentícia paga pelo pai da criança. Sua aparência física é de uma pessoa com sobrepeso.

O Cascão, 3 anos, peso 19,5 kg, altura 0,90 m e IMC 24, é uma criança obesa e com o brincar relativamente limitado, pois costuma sentar-se na cama e

brincar com os carrinhos durante horas, além de ficar assistindo desenho na televisão. Fala poucas frases, e mostra muita afetividade pelos pais.

Em relação à sua gravidez, d. Lurdinha relatou que foi conturbada, que chorava muito e se sentia agitada com frequência. Apresentou aumento de pressão arterial e engordou mais de 12 kg. A criança nasceu com 3.990 kg e 48 cm, de parto cesáreo. Amamentou o filho, com aleitamento materno exclusivo durante 6 meses. Quanto à família há casos de obesidade, hipertensão arterial e *diabetes mellitus*.

A criança mora com a mãe em dias alternados, numa espécie de kitnet, ou seja, um compartimento dividido com sala, cozinha, quarto e um banheiro. O local tem aproximadamente 20 m², é pouco arejado e necessita de constante iluminação artificial. Na outra casa onde o Cascão mora os outros dias, a família é constituída pela tia-avó, d. Matilde, seus 4 filhos e 1 criança de 6 anos que a tia cuida apenas durante o dia, pois à noite a criança retorna para casa, que é vizinha. A tia-avó tem 45 anos, é casada, não completou o ensino médio, trabalha como doméstica com carteira assinada, é evangélica e natural de Belém/PA; possui casa própria e renda mensal de 4 salários mínimos, resultante da aposentadoria do marido e de seu trabalho. A casa possui 6 compartimentos, sendo 2 quartos com banheiro.

Quanto ao pai da criança, sr. Antenor Araújo, de 28 anos, é pouco comunicativo, trabalha como vigilante noturno, tem ensino fundamental incompleto, é católico, procedente e natural de Fortaleza, com renda mensal de 1,5 salário mínimo. Refere que seu trabalho é desgastante e impossibilita maior contato com o filho. Sua aparência física é de um homem eutrófico.

Os pais do Cascão são separados e têm uma relação conflituosa, permeada por situações de agressão e abuso de bebida alcoólica. Sr. Antenor Araújo chegou a agredir fisicamente d. Lurdinha diversas vezes, segundo relato dela própria e da tia-avó. Numa dessas situações jogou um cadeado para atingi-la, mas acabou atingindo o olho do Cascão, que permaneceu por vários dias com hematoma no olho, nervoso e choroso. A causa da separação, de acordo com a mãe, foram as agressões constantes que sofria do ex-marido, em decorrência do abuso do álcool.

Como a criança tem mais de um local para morar, os encontros foram marcados nos locais onde este se encontrava, ou seja, 2 encontros na casa da tia-avó e 4 encontros na casa da mãe. Os encontros foram realizados em horários

diferentes, conforme a disponibilidade dos familiares. No entanto, um deles foi marcado na hora de uma das refeições do dia – no caso, o lanche da tarde.

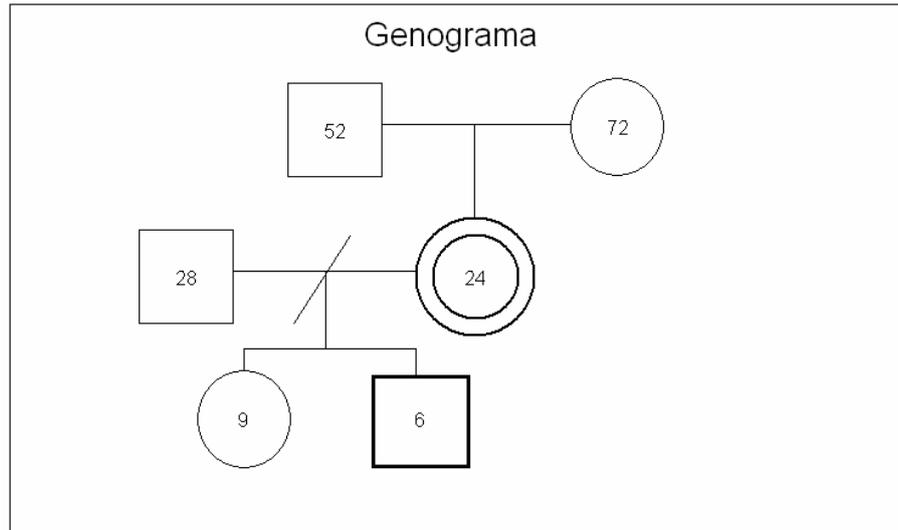
Quanto aos locais dos encontros, tratavam-se de residências diferentes, sendo que a da mãe era pequena e com poucos móveis, mas ambas localizadas em bairro de classe média baixa da capital. A casa da tia-avó era maior, mas com padrão semelhante à da mãe da criança, com a diferença do número a mais de móveis, como aparelho de DVD, mais de uma televisão, telefone fixo, etc.

Todos os encontros foram acolhedores, exceto com o sr. Antenor Araújo, que se deu de forma mais tensa, manifestando-se inicialmente receoso comigo. As informações dadas pelos participantes tinham valores e percepções diferentes, chegando a haver contradições nas falas, embora todos tenham me permitido uma aproximação, com exceção do pai, que se manteve mais distante e sem interesse em continuar no estudo, alegando falta de tempo e de contato com o filho para poder falar sobre a vida deste.

Quanto à mãe, mostrou-se bastante receptiva comigo e preocupada pelo fato de correr o risco de perder a guarda do filho, pois há interesse, segundo ela, da família do seu ex-companheiro, e dele próprio, em tirar o filho do seu convívio. Durante as visitas conversávamos sobre a alimentação e os hábitos do Cascão, e ela sempre tocava no assunto de que a família do pai da criança oferece comida ao Cascão constantemente, daí a razão da sua preocupação em saber que não poderá mudar sozinha essa situação. Algumas vezes mostrou-se lábil emocionalmente e, outras, com raiva e medo, pelo risco de perder a guarda do filho.

Família: Cebolinha, d. Maria Cebola, sr. Cebola, Maria Cebolinha, Vô Eustáquio e Vó Toquinha

Eu não quero ter o cabelo igual ao do meu pai. É todo espetado, pode até machucar o olho de alguém – disse Cebolinha
Não diga isso, filho. Foi o cabelinho dele que me conquistou – suspirou dona Maria Cebola
Vixe, mãe, então você se apaixonou por 5 fios de cabelo... – finalizou Cebolinha



A família do Cebolinha é do tipo extensa, sendo composta por d. Maria Cebola (mãe), Cebolinha (criança), Maria Cebolinha (irmã de 9 anos), Vô Eustáquio e Vó Toquinha (avós maternos). O pai das crianças, sr. Cebola, está separado da mãe desde a gravidez do último filho. Trata-se de uma família em crise, tendo como principal problema o alcoolismo do avô. D. Maria Cebola, de 24 anos, tem olhar triste e inseguro, é dona-de-casa, tem ensino médio incompleto, reside na capital, mas é natural do interior do Estado do Ceará e é evangélica. A renda da família ultrapassa 6 salários mínimos, advindos da aposentadoria da Vó Toquinha, de 72 anos. D. Maria Cebola tem aparência de uma pessoa obesa.

Cebolinha, de 6 anos, 27 kg, 1,17 m de altura e IMC 19,7, mostrava-se alheio ao que conversávamos sobre ele, dando importância somente à televisão. Durante os meses em que estive em contato com a família, percebi um aumento de peso nele através da observação do aumento das bochechas e da região abdominal.

A mãe da criança referiu que teve sérios problemas na gravidez, chegando a ser internada numa unidade de saúde mental durante 1 mês. Disse-me que Cebolinha nasceu com 3.800 kg e com 52 cm. Foi um parto cesáreo e o amamentou exclusivamente durante 3 meses. Comentou que sua gravidez foi muito conturbada, o que resultou na separação do casal. Em relação à família, há casos de *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, obesidade e problemas cardíacos.

Quanto à irmã, Maria Cebolinha, de 9 anos, tem aparência física de uma criança eutrófica, com personalidade mais madura que a idade, expressando sua opinião e suas necessidades com veemência. Fazia questão de esclarecer as

situações em que o irmão era referido, informando quando o irmão comprava os alimentos na mercearia e comia todos antes de ir para a escola, bem como de participar de todos os encontros junto com a mãe.

A casa onde a família mora é própria, localizada em um bairro de classe média de Fortaleza. Existem 3 quartos com 2 suítes, salas, cozinha, uma pequena área de lazer. Os móveis são bem distribuídos pela casa: TV, aparelho de DVD, ventiladores, sofá, geladeira, fogão, etc. A família possui um automóvel novo, que é utilizado somente pelo avô. No momento da pesquisa estava havendo uma reforma na casa, contra a vontade da avó e da mãe da criança.

Vô Eustáquio, de 52 anos, é alcoólatra, rude e violento. Costuma usar palavras chulas para agredir Vó Toquinha e d. Maria Cebola, que é sua única filha. Não possui nenhuma renda, mas é quem controla parte do dinheiro da esposa. Sua vontade predomina sobre a da esposa e a da filha, justificando a reforma da casa. Exerce um papel de autoridade dentro do lar, onde todos devem subserviência.

Os dois primeiros encontros com a mãe da criança se deram na escola por escolha da mesma, mas a partir do terceiro encontro ela me permitiu que fosse até sua casa. Antes de concordar com minha ida até lá fez questão de me informar que o marido de sua mãe (foi essa a expressão que ela usou) era alcoólatra e rude, e que eu não estranhasse se houvesse quaisquer desconfortos quando ele estivesse presente. Mostrou-se preocupada com a minha percepção diante de uma possível situação em que seu pai estivesse alcoolizado, mas deixei claro que meu objetivo não era avaliar nada, mas sim compreender como se dava o relacionamento dela com seu filho com risco para obesidade.

As visitas seguiam semanalmente de acordo com a disponibilidade da mãe. Nos primeiros contatos conversamos muito sobre a alimentação do Cebolinha, pois a mãe insistia em dar detalhes da dieta do filho. Também comentava sobre o Vô Eustáquio levar a criança para o sítio, no interior, nos finais de semana. Dizia sentir-se insegura porque sabia que seu pai fazia paradas na estrada para beber, estando com seu filho dentro do carro. Apesar de sua preocupação, não conseguia evitar o passeio, pois não havia possibilidade de diálogo com o seu pai.

No decorrer dos encontros a mãe costumava falar sobre os problemas familiares que tinham acontecido durante a semana, dando destaque ao alcoolismo

do avô da criança. Mostrou-se, diversas vezes, angustiada com a situação, chegando a chorar e se lamentar pela separação do marido. Inúmeras vezes recorreu a Deus para resolver seu problema, referindo que só Ele pode e vai ajudá-la a voltar a ter sua família (ela, marido e os dois filhos) e sua casa, localizada no município de Chorozinho, no interior do Ceará, como era antes de sua internação psiquiátrica.

O pai da criança trabalha e é funcionário do Estado, mas não dá nenhum tipo de ajuda financeira. Em alguns momentos referia-se a mim como uma pessoa com quem poderia compartilhar seus problemas, conversar sobre seus filhos, seu marido, sua família e sobre ela mesma.

No quinto encontro com a família ocorreu uma situação embaraçosa, em que fui mal recebida pelo avô, que estava alcoolizado. Vou expor como se deu o diálogo:

Você que é doutora que está fazendo a pesquisa com o meu neto?

Sim, sou eu. Tudo bem com o senhor?

Olha, acho tudo isso uma grande besteira, só pra enrolar o tempo. Ela me disse que era da UFC, que era um estudo aí. Eu sei é que vocês não fazem nada, só vêm falar porque o menino está gordo. Você já viu aí como ela é magrinha... (risos). Como é que uma gorda dessa quer que o filho seja magro? A senhora deveria primeiro ver a gorda da mãe pra depois ver o filho. E a senhora também precisa ver que está gorda, viu? É tudo uma grande besteira, não vale nada fazer isso. Por mim a senhora ia era embora daqui.

Foi um momento de grande constrangimento, tanto para mãe quanto para avó da criança, pois ambas estavam à minha espera. Elas me pediram desculpa e fomos sentar numa sala, distante de onde o avô estava. Elas confirmaram que ele estava bebendo desde as 9 horas da manhã, sendo que já passava das 15 horas. Falaram, ainda, que isso se repetia diariamente, e que cada vez surgia um conflito na família, até a hora de o avô ir deitar-se.

A mãe relatou sua preocupação com a situação, principalmente porque as crianças viviam neste ambiente. Houve uma certa pressão da mãe sobre a avó da criança para que tomasse uma atitude diante do problema, pois algumas vezes o conflito se estendia à agressão verbal e física do avô para com a avó. A mãe da criança questionou a avó sobre o porquê ainda aceitava conviver com o avô, mesmo sendo ela (Vó Toquinha) quem possuía o dinheiro em casa. Fez questão de falar

que as duas juntas com as crianças poderiam ter uma vida mais tranqüila e feliz longe do avô. Depois dessa conversa entre elas a avó não expressou sua opinião a favor da filha, mas se defendeu afirmando que não poderia resolver a situação de uma hora para outra.

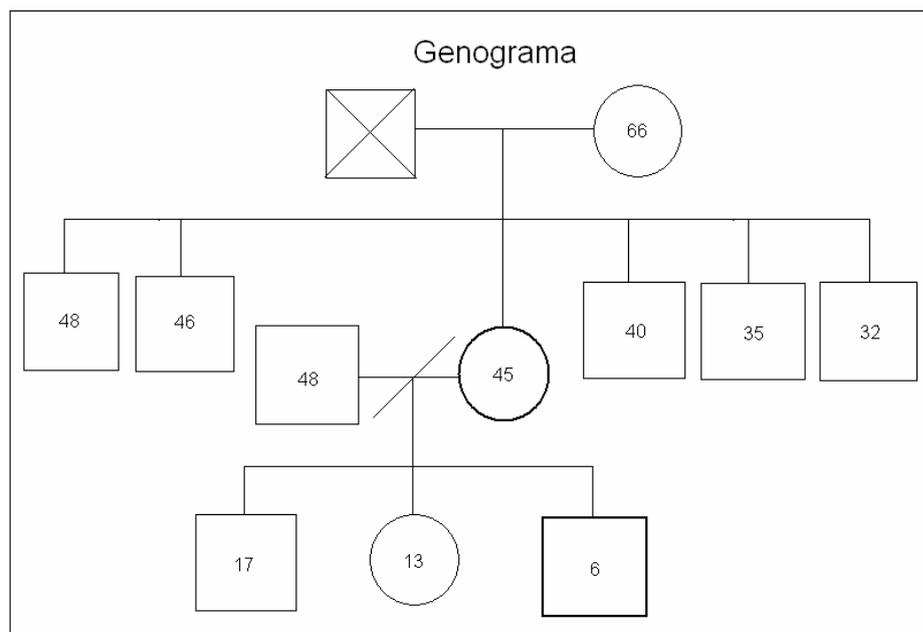
Devo ressaltar que toda essa situação foi compartilhada com o Cebolinha e com sua irmã, que estavam perto. Porém, nenhum dos dois expressou qualquer opinião, sendo que apenas a Maria Cebolinha disse que era melhor não brigar na minha frente.

Família: Franjinha, d. Elsa, sr. Carlos, Carlota, Roberto, Vovó Zilda, Pedro Antônio, José, Paulinho, Palhares e Mundico

Esse menino está tão magrinho... dá até pra ver as costelas. Olha só, Carlos – disse d. Elsa

Tem razão, querida. A partir de hoje vamos dar mais papinha pra ele, comprar mais Danoninho, que vale por um bifinho e observar se as costelas desaparecem - afirmou sr. Carlos

Isso, isso, mas antes preciso conferir se tenho todas as costelas – gritou Franjinha



A família do Franjinha é do tipo extensa, constituída por 10 membros: d. Elsa (mãe), Franjinha (criança), Carlota (irmã de 13 anos), Roberto (irmão de 17 anos), Vovó Zilda (avó materna de 66 anos) e 5 tios (Pedro Antônio, José, Paulinho, Palhares e Mundico). D. Elsa, de 45 anos, única mulher entre os filhos de Vovó Zilda, tímida, de aparência franzina, com peso visivelmente abaixo do normal para a sua altura, é manicura e faz trabalhos com bordados para aumentar a renda. É reside e é natural de Fortaleza, solteira e católica. A renda da família está em torno de 4 salários mínimos, resultante do trabalho de d. Elsa, de Roberto, de Vovó Zilda e de Pedro Antônio e Mundico.

O Franjinha, de 6 anos, 30,5 kg, 1,11 m de altura e IMC 24,7, é um menino pouco comunicativo e inseguro. Mostrou-se com dificuldade para se expressar durante os encontros. Seus irmãos por parte somente de mãe, Carlota e Roberto, têm aparência de pessoas com peso abaixo do normal.

D. Elsa informou que teve uma gravidez problemática, com conflitos familiares significativos, pois sua família não aceitava o pai da criança. O Franjinha nasceu com 2.900 kg e 49 cm, de parto normal. Informou tê-lo amamentado exclusivamente com leite materno até 1 ano e 2 meses, parando de amamentar aos 4 anos. Na sua família há casos de obesidade, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e dislipidemia.

Em relação ao pai da criança, sr. Carlos, dono de metalúrgica, este não participa com freqüência da vida do Franjinha, sendo motivo de conflito entre o casal, que se encontra separado. A mãe informou que entrará com pedido de pensão alimentícia para a criança, pois está com dificuldade para mantê-la, tanto que paga a mensalidade da escola com seu serviço de manicura para as professoras e diretora, indo semanalmente trabalhar lá.

A família mora em casa própria, com 7 compartimentos, sendo 3 quartos, cozinha, sala de estar, área de entrada e um banheiro, num bairro de classe média. Existem diversos móveis na casa, como televisão, sofá, geladeira, fogão, mesa, cadeiras, mas boa parte está em mau estado de conservação.

Durante os encontros a mãe se mostrou apreensiva quanto à obesidade do Franjinha, fazendo questão de relatar a dieta da criança para mim. Queixava-se por não poder comprar a alimentação da criança e deixar na geladeira, pois seus

irmãos, os tios da criança, não respeitam o que tem separado para seu filho. Sendo assim, precisa comprar diariamente a alimentação do filho.

Um dos encontros foi combinado com a família para a hora do almoço, em que estavam presentes: d. Elsa, Franjinha, Carlota, Roberto, Vovó Zilda, uma amiga da família e eu. Havia um clima de confraternização, percebido pela própria criança como “festa”. Os demais encontros aconteceram em horários diferentes, de acordo com a disponibilidade dos familiares, sendo que o primeiro se deu na escola, por escolha da mãe.

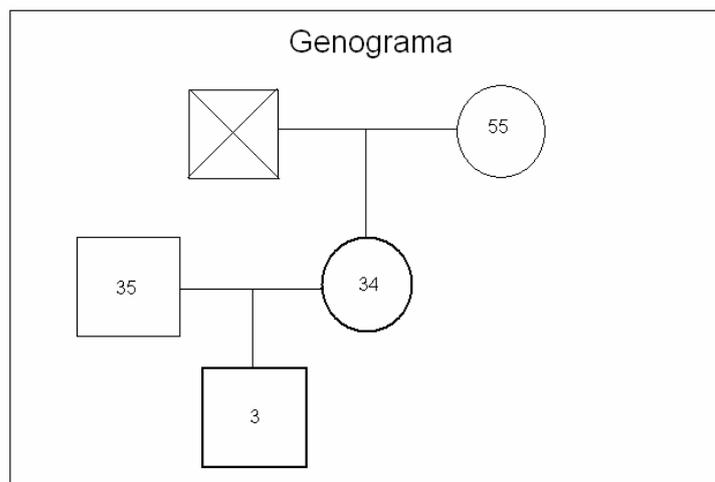
Durante as conversas a avó e a mãe se mostraram incomodadas com a forma como a criança é chamada pelos tios, referindo-se aos apelidos. São palavras usadas corriqueiramente para pessoas obesas, sendo estas: gordo, baleia e bacurinho. D. Elsa, irritada, queixou-se em particular, de uma palavra chula utilizada, por um dos tios, para chamar a criança (tolete), que tem o significado de fezes endurecidas no caso de constipação. Disse que seus irmãos não vão deixar de chamar seu filho com essas palavras enquanto o Franjinha se mantiver acima do peso, e que isso a preocupa e a deixa chateada, pois já percebe mudança no comportamento da criança, afirmando que a mesma tem se isolado e até mesmo diminuído o rendimento na escola, onde também é chamada de apelidos.

Além disso, a mãe também se preocupava com a ausência do pai, pois acreditava que ele deveria dar mais atenção ao filho. Esse fato afetava diretamente a criança, que dizia sentir falta do pai e querer estar mais perto dele. No entanto, o restante da família não aceita que o pai venha até a casa para visitar o criança, dificultando essa aproximação.

Família: Chico Bento, d. Cotinha, sr. Antônio Francisco Bento e Vó Dita

Ô, Chico, vem logo comer esse pratinho de canjica que a sua vozinha fez – disse dona Cotinha

Mas mãe eu acabei de comer um pedaço de bolo de macaxeira, um copo de caldo de cana, um prato de mungunzá e duas tapiquinhas que a senhora fez – falou Chico Bento



A família do Chico Bento é do tipo extensa, constituída pela d. Cotinha (mãe), sr. Antônio Francisco Bento (pai), Chico Bento (criança) e Vó Dita (avó materna). D. Cotinha, de 34 anos, prolixa e simpática, com nível superior (Pedagogia), atualmente estudante de Filosofia e dona-de-casa, casada, católica, reside e é natural de Fortaleza, com casa própria e renda mensal da família acima de 3 salários mínimos. Tem aparência física de uma pessoa eutrófica.

Seu único filho, Chico Bento, de 3 anos, 23 kg, 1,03 m de altura e IMC 21,6, tem forte laço afetivo com os pais e a avó materna. Durante os encontros se mostrou com dificuldade para fazer escolhas entre os diversos brinquedos que estavam espalhados pela sala, quarto, quintal e área de entrada.

Em relação à sua gravidez, teve enjoão até o 8^o mês e muito medo de perder o filho, a ponto de não desejar mais ficar grávida. Chico Bento nasceu antes da 36^a semana, com 2.800 kg e 45 cm, de parto cesáreo. Amamentou o filho, com aleitamento materno exclusivo até 8 meses. Quanto à família, há casos de obesidade, hipertensão arterial, problemas cardíacos e dislipidemia.

A casa da família é própria, tem 3 quartos, com 1 suíte, salas, cozinha, banheiro social, área de entrada e quintal. Está localizada num bairro de classe média da capital. A criança tem um quarto individual com diversos brinquedos. D. Cotinha considera um exagero a quantidade de brinquedos que a criança possui, principalmente por ver que o filho não os valoriza como deveria. Os móveis da casa são novos e bem distribuídos. Há um automóvel na casa.

Quanto ao pai da criança, sr. Antônio Francisco Bento, de 35 anos, um homem comunicativo, é motorista particular, faz faculdade de Direito, católico,

residente e natural de Fortaleza. Muitas vezes seu trabalho requer que durma no local, pois não trabalha somente dirigindo, mas também como cuidador de um idoso. A mãe informou que o pai de Chico Bento se queixa de dormir sozinho algumas vezes na semana, e que por isso sempre pede para que vá, junto com a criança, para o local de trabalho. Seu estado nutricional pode ser classificado como eutrófico.

A Vó Dita, de 55 anos, de semblante calmo e olhar tímido, trabalha com costura numa fábrica de roupas. Tem papel importante no cuidado com a criança, tanto quando a mãe não está em casa, quanto quando ela está ocupada com as atividades da faculdade.

A mãe disse que as despesas da casa são divididas entre o marido e a avó da criança. A relação entre o casal e a avó da criança é saudável, mas para a d. Cotinha sua mãe deveria dar menos presentes caros para o Chico Bento. A relação entre o casal está satisfatória segundo ela, porém alguns meses atrás estavam enfrentando uma crise conjugal, que poderia ter acabado com o casamento. Essa informação fez com que a mãe se emocionasse, bem como quando relatou que desde o nascimento do Chico Bento está desempregada, mas que seu desejo de voltar a trabalhar é constante.

Os encontros foram agendados de acordo com o tempo disponível da mãe e da família, sendo que um deles foi programado para o horário de uma das refeições do dia, no caso, o almoço. Todos os encontros aconteceram na residência da família, na presença da mãe, que favoreceu os contatos e mostrou-se acolhedora e receptiva comigo. O pai esteve presente em dois encontros, demonstrando interesse na saúde do filho.

Durante as visitas conversávamos sobre o peso, a alimentação e os hábitos de vida da criança. Referia como preparava o almoço - Nissin-Miojo com carne de hambúrguer - apressadamente por chegar da faculdade na hora da refeição. Essa informação foi passada como algo natural e corriqueiro, assim como as informações relativas à comida do filho: biscoitos recheados, suco à vontade o dia todo, bolachas, chicletes, chocolates, etc.

Num dos encontros a família divergiu sobre a alimentação que é oferecida ao Chico Bento. O pai discutiu com a mãe, culpando-a pelo peso excessivo e os hábitos alimentares inadequados da criança. Isso foi motivo de constrangimento

tanto para mãe quanto para avó, fazendo com que ambas permanecessem caladas por algum tempo.

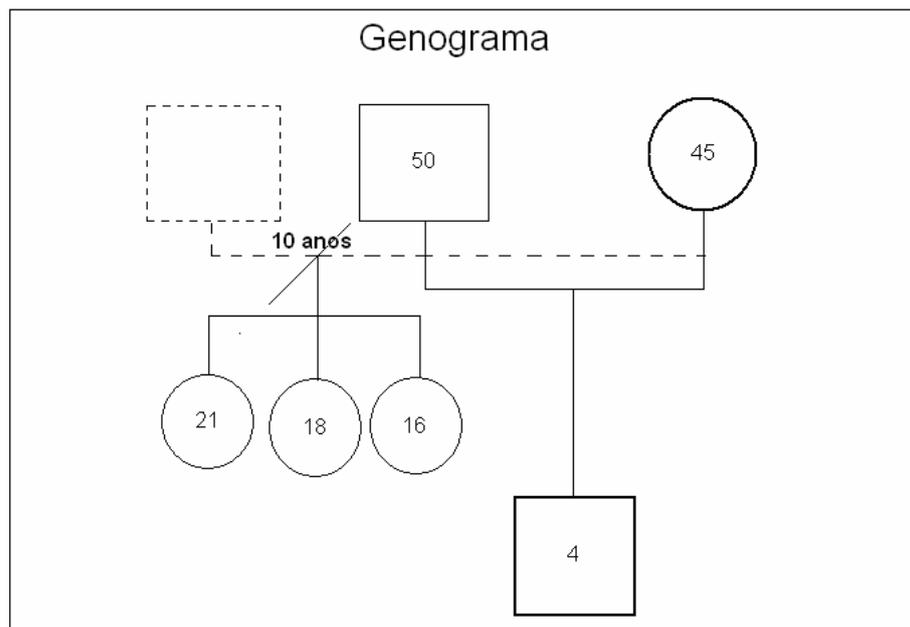
Durante o encontro, que aconteceu na hora do almoço, a criança se levantou antes mesmo de terminar a refeição, sendo este outro motivo para uma discussão entre o casal e a culpabilização da mãe pelo pai. Após o fim da refeição, todos fomos assistir a um vídeo sobre a vida da criança, gravado pelo pai. Durante o vídeo, a mãe e a avó informaram que, quando a criança tinha 2 anos de idade, ficou doente e perdeu vários quilos. Entretanto, o vídeo que assisti junto com a família não mostrou a criança magra (como foi dito pela avó), mas sim que havia perdido alguns quilos. Esse comentário gerou uma outra discussão entre os pais, no qual novamente a mãe foi culpada.

Família: Dudu, d. Cecília, sr. Durval, Rosa, Margarete e Lucy

Mamãe, estou morrendo de fome para comer sanduíche! – disse Dudu

Ah, mas você acabou de comer um prato de sopa de repolho com cogumelos! – falou d. Cecília

Ihhh tinha esquecido... – finalizou Dudu



A família do Dudu é do tipo nuclear, constituída por 6 membros: d. Cecília (mãe), sr. Durval (pai), Dudu (criança) e 3 irmãs (Rosa, Margarete e Lucy). D. Cecília, de 45 anos, mulher com personalidade forte e determinada, formada em Pedagogia, trabalha como professora, é católica, casada, tem pós-graduação em Psicopedagogia, residente e natural de Fortaleza, com casa própria e renda mensal de aproximadamente 10 salários mínimos, resultante do trabalho do casal. É possível perceber que está muito acima do peso.

Dudu, de 4 anos, 25 kg e 1,12 m de altura, apresentando o IMC 19,9, é uma criança com forte laço afetivo com os pais, expressa suas necessidades básicas com facilidade e é comunicativo. As irmãs de Dudu são adolescentes e têm aparência de pessoas eutróficas. A mais nova, Rosa, de 16 anos, é a que mais se destaca na convivência com a criança pelo fato de terem uma relação mais difícil em razão da competição pela comida.

Sua gravidez foi considerada de risco pela idade e pelo peso excessivo. Dudu nasceu com 3.750 kg e 53 cm, de parto cesáreo. Diz não ter amamentado por não produzir leite materno. Quanto aos antecedentes familiares informa que seus quatro irmãos, tios da criança, são obesos graves, que há casos de hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e dislipidemia.

Em relação ao sr. Durval, pai de Dudu, este é o seu primeiro filho, pois as irmãs da criança são filhas do casamento anterior de d. Cecília. Embora estivesse em casa não participou de nenhum encontro, mas a esposa referiu que o relacionamento entre pai e filho é muito bom.

A família mora em um apartamento próprio, com 7 compartimentos: 3 quartos, com 1 suíte, cozinha, sala de estar, sala de jantar e varanda, num bairro de classe média alta de Fortaleza. Os móveis da residência são confortáveis e novos - televisores, aparelho de DVD, videogame, aparelho de som, TV a cabo, computador, sofá, geladeira, fogão, mesa, cadeiras, etc. A família possui carro novo.

Durante os encontros, a mãe se mostrou tranqüila e sem preocupação quanto à obesidade da criança, considerando que não há nenhum risco para a criança, pois, para ela, o peso do filho não está acima do normal. Fez questão de mencionar que suas filhas são eutróficas, e que, portanto, a criança será como as

irmãs. No entanto, reconhece que é obesa e que há risco para sua saúde, embora confesse que não possui hábitos de vida que possam ajudá-la a perder peso.

A convivência da criança com as irmãs é boa, exceto com a Rosa, com quem a criança compete. D. Cecília comentou que os filhos chegam a brigar por causa de determinados tipos de alimentos, pois Dudu deseja comer a mesma comida que a irmã, independente do que seja sendo esse motivo de conflito.

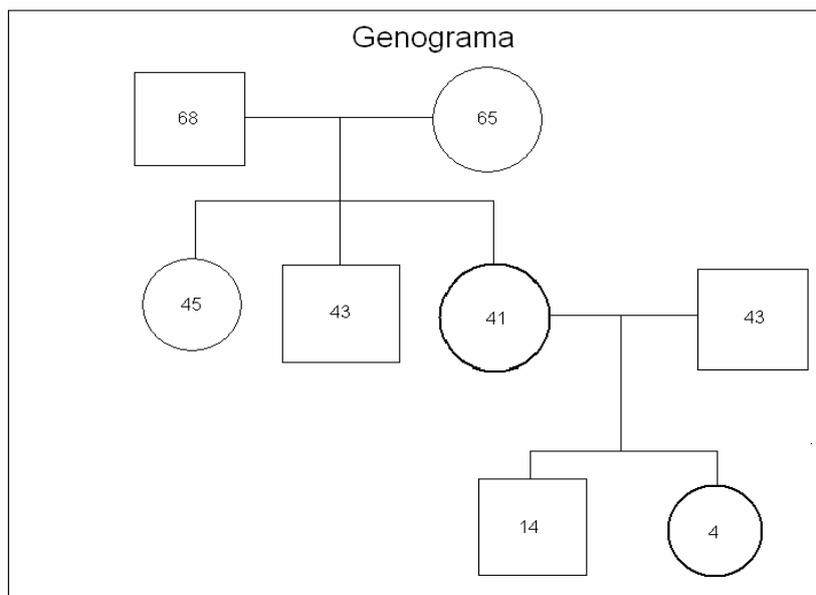
As conversas se davam no apartamento da família e de forma acolhedora, sempre com a presença da mãe e da criança. A mãe discorria sobre a dieta e os hábitos de vida do filho, bem como da família, que envolvia o lazer do final de semana com saídas para a pizzaria, churrasceria, pastelaria, praia e festas de aniversário. Em um dos encontros a empregada participou e forneceu algumas informações pertinentes ao estudo.

O trabalho de d. Cecília é a principal razão pela qual não pode estar diretamente no cuidado com o filho, mas considera razoável o que a empregada desempenha no lar, apesar de não demonstrar total confiança na mesma.

A mãe relatou que o pai não consegue dar ordens à criança, que obedece somente a ela, e atribui essa falta de controle do marido ao fato de ter sido pai já tardiamente. Afirma que isso não interfere na relação pai-filho, mas se queixa que é sempre ela quem tem que pôr limites na criança.

Família: Mônica, d. Luíza, sr. Souza, Mauricinho, Vô Isabelle e Vô Ding-Ling

Manhêeee, tô doidinha pra pegar quem sujou de chocolate o meu Sansão. Se eu pelo menos pudesse comer o restinho que sobrou do chocolate... – queixou-se Mônica
Ô, filhinha, mas você já comeu toda a caixa que seu avô lhe deu – disse dona Luíza
Não foi não, mamãe. A senhora comeu um, lembra? –



A família da Mônica é do tipo extensa, com características peculiares, pois o sr. Souza (pai), a d. Luíza (mãe), a Mônica (criança) e o Mauricinho (irmão de 14 anos), que formam a parte nuclear, moram numa casa em cima da casa dos avós maternos (Vó Isabelle e Vô Ding-Ling), ao lado de outras duas casas, as dos tios da criança, ou seja, são quatro residências num só endereço. D. Luíza, de 41 anos, uma mulher de olhar sereno e de personalidade tranqüila, é auxiliar de escritório e possui o ensino médio completo; é casada, católica, residente e natural de Fortaleza. A renda da família é de 6 salários mínimos, constituída pelo trabalho do casal. D. Luíza aparenta ter peso normal.

Quanto à Mônica, de 4 anos, 23,5 kg, 1,11 m de altura e IMC 19, verbalizava suas necessidades humanas básicas e realizava, com certa independência, correspondente à sua idade, suas atividades diárias. Seu irmão, Mauricinho, é um adolescente reservado, pouco comunicativo, com aparência esbelta e de olhar tímido.

Em relação à sua gravidez, d. Luíza informou que teve descolamento de placenta, sendo o principal motivo para ter preferido um parto cesáreo. A Mônica nasceu com 2.300 kg e 49 cm. Não amamentou nem quis falar sobre o assunto. Na família há casos de obesidade, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.

O sr. Souza, de 43 anos, obeso, trabalha em um escritório; não mostrou interesse algum em participar do estudo. A mãe referiu que a cada ano o marido

vem engordando mais e ele não expressa qualquer preocupação quanto a isso. A família mora em uma casa localizada num bairro de classe média, dentro do terreno da casa dos avós maternos. A mãe relatou que essa convivência constante com os avós é saudável e que facilita sua vida no que diz respeito a não ter preocupação com os filhos, já que estão perto de pessoas em quem confia.

Como a Mônica passa o dia na casa dos avós, todas as refeições da família são feitas na casa de baixo, isto é, todas as pessoas, incluindo os tios e a família nuclear da criança, alimentam-se na casa dos avós maternos. Sendo assim, os encontros foram realizados em horários diferentes, de acordo com a disponibilidade dos familiares, na área de lazer da casa dos avós, que se tratava de uma casa bastante grande, localizada em bairro de classe média da capital, com diversos compartimentos, entre quartos com suítes, cozinha, salas e um amplo jardim, com árvores. Os móveis eram confortáveis e novos, como ar condicionado, TV a cabo, televisores, aparelhos de DVD, microondas, geladeira, computador, freezer, automóveis, etc. Existem 2 empregados que trabalham na casa dos avós, que moram e dividem as tarefas domésticas.

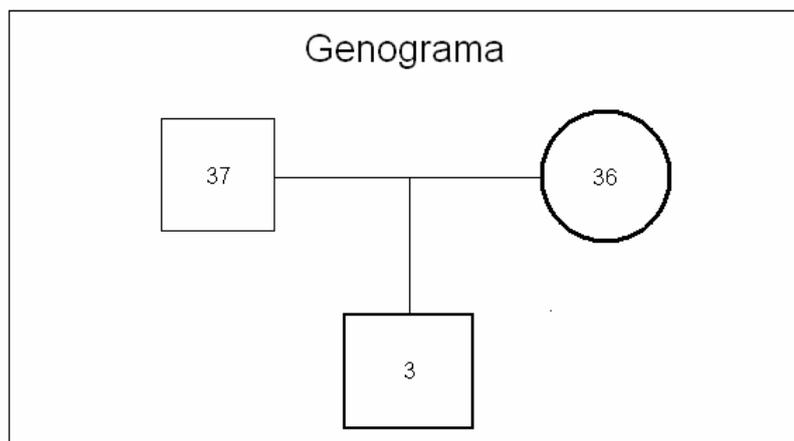
Os encontros foram acolhedores e me permitiram aproximação com os membros da família. Pude conversar com a Vó Isabelle, que no início se mostrou um pouco resistente, mas no decorrer da conversa foi me convidando para voltar outras vezes à sua casa e a almoçar com a família. Acredita que sua neta não está acima do peso, e se, por caso estivesse, não seria um problema, pois as pessoas da família costumam ficar magras quando se tornam adultas.

Durante os dois primeiros encontros a mãe mencionou que o pai não se importa com o excesso de peso, mas ela mesma se preocupa com a saúde do marido. Acredita que a Mônica não está acima do peso, pois é uma criança muito ativa. Além disso, acredita que, pelo fato de seu outro filho ser magro, sua filha será como o irmão adolescente. Não se mostrou preocupada com o peso da criança nem interessada em falar sobre o assunto obesidade infantil, preferindo apenas falar sobre a importância de acompanhar os alimentos que a criança come no dia-a-dia.

Família: Nimbus, d. Keiko, sr. Nimbão e Vó Brigdit

Keiko, o Nimbus está a minha cara, não acha? – disse sr. Nimbão

É verdade, meu bem. Só espero que ele ultrapasse a altura do nosso geláguia – respondeu d. Keiko



A família do Nimbus é do tipo nuclear, constituída pela d. Keiko (mãe), sr. Nimbão (pai) e Nimbus (criança). D. Keiko tem 36 anos, de semblante triste, porém com personalidade determinada. Tem ensino superior incompleto, é vendedora autônoma, casada, evangélica, residente e natural de Fortaleza, com casa própria e renda mensal acima de 5 salários mínimos, referente ao trabalho do casal. Quanto à sua aparência física, pode ser vista como sobrepeso, o que a deixa incomodada.

Nimbus, de 3 anos, 24,5 kg, 1,11 m de altura e IMC 19,8, apresentou um comportamento inquieto e teimoso. Não atendia ao pedido da mãe nem da avó, sequer olhava para uma delas quando era chamado pelo nome, sendo isso motivo para a Vó Brigdit me perguntar se era um comportamento normal.

Quanto à sua gravidez, d. Keiko teve enjoô até o 9^o mês, tendência a hipotensão com desmaio, engordou 8,5 kg e não quer mais engravidar, pois tem medo que o próximo filho nasça com problema devido ao seu fator Rh ser incompatível com o do marido, isto é, ela é negativo e ele é positivo. Além disso, diz não esquecer do problema de saúde que o filho teve ainda bebê, tendo que ser submetido a uma cirurgia nos rins aos 6 meses de vida. Nimbus nasceu com 3.500 kg e 52 cm, de parto cesáreo. Amamentou o filho, com aleitamento materno

exclusivo até menos de 2 meses, pois referiu não ter leite suficiente. Quanto à família há casos de obesidade, hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e dislipidemia.

A família mora em casa própria, com 3 quartos, sendo 1 suíte, sala de jantar, sala de estar, cozinha, banheiro, área de entrada e garagem. Está localizada num bairro de classe média da capital. Alguns eletrodomésticos são novos, como TV, aparelho de DVD, aparelho de som e computador. A família possui um carro.

A criança costuma passar o dia no apartamento da avó materna, Vó Brigdit, que fica ao lado da escola. Lá, Nimbus tem sua cama e alguns brinquedos, e é cuidado pela avó e a tia. Pude conversar com a avó duas vezes, que disse ser difícil cuidar da criança por esta ser agitada e não aceitar qualquer tipo de comida, obrigando-a a fazer vitaminas de frutas para serem dadas na mamadeira enquanto ainda está dormindo durante à tarde, a comprar 1 litro de iogurte por só querer se alimentar com isso ou a oferecer de 3 ou 4 vezes milho verde em lata, pois não aceita almoçar o que tem para o resto da família.

Quanto ao pai, sr. Nimbão, não tive qualquer contato com o mesmo, embora estivesse em casa durante alguns encontros. Segundo sua esposa ele está com peso adequado, mas possuía hábitos alimentares não muito saudáveis. A mãe informou que é a única responsável pelos cuidados do filho enquanto está em casa, pois seu marido não se compromete com os afazeres relativos à criança. Quando se queixou da sobrecarga de tarefas ficou emocionada e irritada com o marido.

Todos os encontros foram agendados de acordo com o tempo disponível da mãe, da avó e da tia, dependendo de onde moravam. D. Keiko sempre se mostrou acolhedora e receptiva, enquanto a avó somente no segundo encontro se mostrou mais aberta para o contato. Durante as visitas conversávamos sobre a alimentação e os hábitos de vida do Nimbus, assim como a maneira como a família vive, incluindo o lazer. A mãe informou que tem o hábito de presentear a criança com chocolates quando retorna para casa. Utiliza também o chocolate como recurso para fazer trocas (por comida saudável). Essa informação foi passada como algo natural.

Em quase todos os encontros Nimbus estava despido, assistindo TV e com uma embalagem de achocolatado ou iogurte vazia. Geralmente, a mãe pedia que fosse até a empregada pedir para vestir sua roupa, mas a criança não a atendia.

5 O CUIDADO CULTURAL DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM RISCO PARA OBESIDADE

Compreender o modo de vida das famílias requisita da pesquisadora conhecer sobre o universo no qual se encontram os indivíduos que compõem a família e sobre as diversidades que a caracterizam como tal, assim como abster-se de juízos de valor. Comigo não foi diferente. Adentrei nesse universo único e repleto de singularidades, o que favoreceu meu olhar para a construção do estudo e para perceber o cuidado cultural congruente expresso pelas famílias através de suas experiências, crenças, hábitos e valores.

Para tanto, pude contar com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e ter o auxílio do Modelo Estranho-Amigo desde o primeiro contato até a finalização do estudo, que me permitiu entrar e ser aceita na família, fazendo parte do contexto; do Modelo *Sunrise*, o qual eu utilizava para visualizar meus passos; e do Modelo OPR, que guiou minha trajetória metodológica, possibilitando-me a apreensão dos significados advindos das experiências humanas de cada família. Devo salientar que todos os modelos foram direcionados a um só objetivo: o de conhecer a visão de mundo das famílias das crianças com risco para obesidade.

O método de etnoenfermagem esteve presente durante todo o processo de construção do estudo, desde a fase de coleta até a análise dos dados, auxiliando-me na identificação do tema cultural e suas categorias, bem como na percepção das diferenças e semelhanças quanto à visão de mundo de cada família de criança com risco para obesidade. Assim, **conviver com filho com risco para obesidade: uma realidade vivenciada pelas famílias** foi o tema cultural que emergiu das falas dos informantes, apresentando as seguintes categorias: *comer é mais do que suprir a fome; ser uma criança gorda traz problemas; e conflitos familiares em torno da criança gorda.*

COMER É MAIS DO QUE SUPRIR A FOME

O ato de se alimentar vai além do ato de comer. Alimentar-se envolve rituais sociais, variação de sabores, práticas cotidianas (in)comuns e adaptação. Tais características estão presentes em todas as culturas de acordo com as experiências humanas, constituindo aspectos socioculturais de cada povo. Por exemplo, a região Norte do país possui como uma das suas características a festividade associada ao consumo de peixe e farinha de mandioca nos finais de semana, como também o tacacá, uma comida servida numa cuia e semelhante a um mingau feito de goma de tapioca com erva (jambu), provavelmente por influência indígena.

Já na região Nordeste, tem-se a crença de acreditar que o sal é o melhor tempero no preparo da comida, dando destaque à carne do sol seca, com sabor inigualável no cenário gastronômico nacional. Além disso, as regiões do país compartilham crenças, como a de acreditar que o leite é o alimento mais nutritivo (“forte”, na linguagem popular) para a criança, independente da idade, de forma que não causa nenhum mal o consumo diário de 1 litro de leite de vaca ou cabra.

Helman (2003, p. 49) refere que “o alimento é uma parte essencial no modo como a sociedade se organiza e vê o mundo que habita”. Todo o ritual que existe em torno do alimento depende de cada cultura, que tem um conjunto de regras implícitas sobre o preparo da comida, quem a serve, quem a come, onde e em qual ocasião acontece a refeição, etc. Pela importância que tem o alimento na vida das pessoas, mormente nas relações sociais, as práticas alimentares são visivelmente difíceis de serem modificadas, mesmo quando podem ter influência sobre a saúde do indivíduo.

O homem, diferentemente dos outros animais que buscam seu próprio alimento, quando criança é mais dependente dos pais na busca e no preparo do alimento; conseqüentemente, sua autonomia para alimentar-se é adquirida mais tardiamente. A criança vê nos pais o modelo para construir-se como sujeito, recebendo influências que ajudam a atender suas necessidades biológicas e psicossociais do dia-a-dia (PAULA; OLIVEIRA, 2000).

O conhecimento das mães do estudo em relação à alimentação de seus filhos se apresentou com diversidade do cuidado cultural, demonstrando que algumas mães estavam interessadas em informar sobre a dieta da criança e da família e outras, preocupadas com a alimentação da criança, pois mesmo percebendo quando os alimentos não ofereciam os nutrientes necessários, não impedia de retirá-los da dieta. Assim, a compreensão das mães quanto ao ato de comer foi suprir a fome do filho e ceder o alimento de preferência da criança.

Entre as mães que acreditavam que alimentar-se era uma atividade humana relacionada a **suprir a fome**, algumas referiram que esta deve ser feita a partir de **alimentos nutritivos** para manter a saúde equilibrada e balanceada do filho de acordo com as fontes existentes dentro dos alimentos (ferro, zinco, vitaminas, proteína, cálcio, etc.).

Eu vivo tentando incluir outros alimentos, mas ela é difícil. Ela toma um litro de leite de vaca por dia, é uma coisa que ela toma de forte. (Mãe da Magali)

Eu tenho trocado as comidas. Estou comprando mais fruta e verdura. Estou tentando fazer ele comer coisa mais saudável, é isso que criança e adulto devem comer. Isso, sim, tem vitamina. (Mãe do Cascão)

Ele repete o almoço, pede pra comer só arroz e feijão. A gente tem maior cuidado com a comida dele. Não pode faltar o Ninho, a aveia, o Sustagen, o Mucilon pro mingau dele. Ele não está mais querendo mingau. Parece que lá pela escola andaram falando que tomar na mamadeira é coisa de bebê. Agora ele não toma mais é nada. Vou conversar de novo com ele. (Mãe do Dudu)

Ela aceita bem fruta e suco, ela gosta mesmo. O avô dela traz o leite de cabra. Eu dou mais ou menos meio litro por dia. O leite é forte e saudável. (Mãe da Mônica)

Tem como eu incluir verdura na alimentação dele? Ia fazer bem, né? Tem vitamina. Quando chega o fim de semana eu faço bananada pra ele na mamadeira. Ele toma dando um pouco de trabalho, mas toma. (Mãe do Nimbus)

As famílias associam o alimento a saciar sua fome e ao prazer de sentir determinado sabor. Alguns alimentos, como o leite (incluindo o mingau e a papinha), têm valor perpetuado entre gerações de proporcionar saúde, relacionando-se ao tipo (vaca, cabra, materno ou industrializado) e à quantidade consumida. A própria televisão contribui fortemente para isso, a partir da exposição de propagandas.

Por outro lado é indiscutível o valor nutritivo do leite materno para a criança, assim como a importância do leite industrializado rico em cálcio e pobre em gordura na fase adulta, confirmando a razão pela qual é um dos alimentos mais presentes na dieta das famílias. Dallera e Sorrentino (1997) referem que o leite é visto como alimento essencial para as pessoas delicadas e as crianças, ou seja, aquelas incapazes de receber alimento sólido. É símbolo de fecundidade, proteção e segurança, associado ao seio materno.

Além de levar em consideração os aspectos socioculturais inerentes a cada família, que influencia o ato de alimentar, é imprescindível considerar a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra, pois conforme o crescimento da criança avança suas necessidades calóricas vão se alterando, requerendo uma maior variedade e qualidade na alimentação, tendo a família que ficar mais atenta para tal manifestação.

A sociedade brasileira tem modificado seus hábitos alimentares, adotando uma dieta hipercalórica, pouco nutritiva e diversificada de produtos industrializados. Entretanto, a cultura alimentar em cima do valor do feijão e do arroz é predominante nos lares, caracterizando o brasileiro como um povo que come bem e barato, já que são alimentos nutritivos e de baixo custo se comparados aos produtos industrializados, podendo, então, estar presentes na maioria das mesas e serem inseridos precocemente na dieta das crianças. Entretanto, isso não foi observado muitas vezes nas famílias, sendo até mesmo ausente nas famílias do Cascão e do Nimbus.

A formação dos hábitos alimentares não depende somente da bagagem genética, mas também das influências do ambiente, tais como as experiências positivas e negativas quanto à alimentação ao longo da infância, os hábitos familiares, a condição socioeconômica, o tipo de aleitamento materno recebido nos primeiros seis meses de vida, a forma como os alimentos complementares foram incluídos no primeiro ano de vida, entre outros (VITOLLO, 2003).

Logo, incentivar a adoção de alimentos nutritivos na dieta da família, conseqüentemente da criança, é uma prática que vem sendo promovida por todos aqueles que acreditam e lutam pela melhoria da alimentação da população. O governo, através do Guia Alimentar Para a População Brasileira, incentiva o consumo diário de cereais integrais, feijões, frutas, legumes e verduras, leite e

derivados e carnes magras, aves e peixes (BRASIL, 2006a) e convoca a família, no texto das Políticas Públicas Sociais, na área da saúde voltadas à criança, para ser co-participante na promoção da saúde infantil (MIRANDA; FERRIANI, 2001). Assim como no Guia, o Pacto Pela Saúde recomenda a adoção de hábitos saudáveis de vida e de atividade física, envolvendo os profissionais de saúde nessa estratégia de promoção da saúde da população brasileira (BRASIL, 2006b).

Além desses incentivos a OPAS vem defendendo a Escola Promotora de Saúde, como um espaço para estimular a adoção de estilos de vida saudáveis, a fim de corroborar com a proposta de promoção da saúde da população (SILVEIRA; PEREIRA, 2004). Essa proposta requer o envolvimento da família e da escola, para reforçar e atuar sobre a estratégia de mudança de hábitos de vida das crianças.

Alimentos considerados não nutritivos ou de baixo valor nutritivo fazem parte da dieta das famílias. O consumo desses alimentos tanto para suprir a fome quanto para ser fonte de prazer e de permitir praticidade, como é o caso do aumento do consumo de sorvete e de bebidas lácteas (iogurtes) nos lares de classe média, é predominante. Determinados tipos de alimentos estiveram presentes em todas as famílias, como é o caso dos sucos industrializados, os biscoitos recheados, refrigerantes, iogurtes e pizzas. Portanto, **suprir a fome com alimentos não nutritivos** emergiu das falas das mães e dos familiares que acreditavam ser primordial atenderem à necessidade humana básica (comer) da criança, mesmo que o alimento fosse pobre em proteínas, mas rico em gorduras, representando assim a universalidade do cuidado cultural presente entre as famílias estudadas.

Quando vem um sanduíche de queijo e presunto... ela gosta de comer com suco. Não pode ver um sanduíche que pede. Eu evito dar, mas ela adora. (Mãe da Magali)

Ele está levando a semana toda um Danoninho. Não deu pra variar com outras coisas. Eu sei que é bom variar, enjoa tomar todo dia a mesma coisa. (Mãe do Franjinha)

Ah, ele é o tipo de criança que gosta muito dessas coisas: Xilitos, refrigerante, suco Kapo e outros sucos. Adora suco com bolacha. Eu deixo porque é aqui em casa. (Mãe do Chico Bento)

Eu compro o lanche da escola, compro o Kapo, que ele gosta. (Mãe do Dudu)

Os depoimentos mostram que, independente das condições socioeconômicas, as famílias utilizam os alimentos nutritivos e não nutritivos como simplesmente a comida disponível – que, para Helman (2003), é imprescindível entender o modo como cada cultura vê o alimento e o modo como este é classificado. Assim, refere que existem diversos alimentos considerados nutritivos, percebidos como fontes de energia, que são consumidos durante as refeições, e outros tipos de alimentos consumidos entre as refeições que são vistos como lanches.

A mãe do Chico Bento emitiu um significado importante para alimentos não nutritivos, considerando-os práticos e suficientes para o almoço, sem perceber a falta dos nutrientes nem se dar conta da predominância deste no cotidiano da família. O fato também foi observado com alimentos (iogurte, sucos industrializados e biscoitos recheados) na merenda escolar da criança, que costumava se repetir até 3 vezes na semana, embora a família seja de classe média e os pais estejam cursando faculdade.

A gente come muito Nissin-Miojo com carne de hambúrguer, umas 4 vezes na semana. Eu faço bem rapidinho pra gente almoçar, não dá tempo fazer muita coisa. Ele leva sempre Danoninho pra escola, umas 3 vezes por semana. Eu dou à tarde também, ele adora isso. (Mãe do Chico Bento)

Seja qual for o tipo de alimento que proporcione prazer à criança ou sacie sua fome, faz-se necessário observar a qualidade e a quantidade dos alimentos consumidos. Assim, se a criança ganha de presente uma caixa de chocolates, é preciso estabelecer critérios para o consumo, mesmo sabendo que isto será motivo de choro e birra, atitudes comuns ao pré-escolar.

Hockenberry (2006) chama atenção para as manias por determinadas comidas e acentuadas preferências de paladar da criança pré-escolar, que costuma ter um comportamento mais rebelde, constituído por birra, choro e até briga com os pais. Nesse período a criança começa a adquirir maior exigência alimentar, iniciando suas escolhas e gostos ao mesmo tempo em que os limites devem ser estabelecidos.

As necessidades calóricas dos indivíduos variam conforme sua faixa etária, peso, altura, sexo e gasto de energia diário. As crianças têm uma cota dietética recomendada segundo a idade, sendo assim apresentada: 1 a 3 anos de 900-1.800 kcal; 4 a 6 anos de 1.300-2.300 kcal; e 7 a 10 anos de 1.650-3.300 kcal, diariamente (FRANCO, 2005).

Sendo assim, o alimento vai além da função de nutrir os indivíduos, favorecendo a manutenção da sua saúde, pois ele ainda faz parte da formação da personalidade da criança, que começa a ter suas preferências alimentares e suas atitudes diante da comida. Crianças que querem comer sem estar com fome ou que comem excessivamente numa única refeição podem desenvolver futuramente, quando adultos, transtornos alimentares como a bulimia e o transtorno alimentar compulsivo. A OMS (2004) faz referência ao distúrbio alimentar compulsivo, caracterizado por episódios descontrolados de alimentação compulsiva, geralmente à noite, que vem se apresentando como condição psicológica reconhecida pelos profissionais de saúde.

Nas famílias do estudo foram relatados, a partir das falas das mães e de outros informantes-gerais, comportamentos compulsivos que estavam relacionados à quantidade elevada de alimentos, como podem ser descritos abaixo:

A moça que trabalha lá no papai diz que ela (criança) come por 10. Ela chega a jantar duas vezes. (Mãe da Magali)

Ele come como um adulto. Ele comia 3 fatias de pizza, igual a mim. É viciado em massa e refrigerante, não pode nem ver. Come pão, pizza, qualquer coisa de massa e refrigerante. Antes, uns 6 meses atrás, ele pegava o que queria na geladeira. Tomava uma bandeja de iogurtes. Imagina só 6 iogurtes! (Mãe do Cascão)

Às vezes é refrigerante com recheado. Ele vive pedindo biscoito recheado, refrigerante, presunto assim que termina o almoço. Fome eu sei que não é. (Mãe do Cebolinha)

Ele pede pra repetir sem nem ter terminado. (Mãe do Franjinha)

Quando a gente sai, ele come 3 fatias de pizza com suco ou água. No Habib's ele come 3 esfihas de queijo com suco. (Mãe do Dudu)

Ele já está pensando em repetir, olha aí. Ele nem terminou de comer o que tem no prato e já está falando em repetir. Pode não! (Irmã do Franjinha)

A irmã mostra a comida pra ele, aí ele quer, não tem nenhuma vez que ele veja que não pede. É aquela confusão. (Empregada da casa do Dudu)

Esse menino tem um apetite danado! O menino está tão gordo que não tem mais pescoço. (Professora do Cascão)

A participação da escola na vida da criança, através do envolvimento da professora, é importante e pode favorecer a saúde infantil, assim como oferecer informações aos pais de como vem se desenvolvendo a criança no contexto escolar e na formação das relações interpessoais com as outras crianças.

Maranhão e Sarti (2007) acreditam que o cuidado compartilhado da criança entre a família e a escola inclui atividades que integram igualmente sua educação (acolher, alimentar, limpar, confortar, proteger, consolar e promover ambiente propício a situações de aprendizagem sobre si mesma, o outro e a cultura na qual está inserida).

A professora do Cebolinha também expressou preocupação quanto às práticas alimentares da criança, culpando a mãe pelo que a criança come.

Esse menino é comelão mesmo. No dia que ele não vem pra aula, quando chega o dia seguinte ele já avisa que tem o lanche de hoje e do dia anterior, o dia que ele faltou, entendeu? Come por dois. Ele mesmo se lembra, parece até um crédito de lanche que tem na escola. Ele só gosta de comer bobagem, raramente come o que presta. Não sei porquê a mãe dele não presta atenção a isso. Eu já até falei pra ele que isso só mata a fome dele, mas fazer ele crescer e ficar forte, não. (Professora do Cebolinha)

O fato das escolas do estudo participarem da formação das crianças, permite que estas possam se interessar pela saúde infantil e que possam atuar sobre as condições que venham a interferir na saúde da criança pré-escolar, como a obesidade infantil. Atualmente, as instituições escolares têm ações predominantemente direcionadas para a área educacional, sendo-lhes, muitas vezes, relegados os aspectos culturais, éticos, sociais e pessoais da criança. No entanto, para atuar a favor da saúde da criança podem, em parceria com a família, promover o lanche saudável, favorecer a diminuição do consumo exagerado de alimentos e reduzir os riscos causados pelo excesso de peso.

Com isso, pode-se ressaltar a importância de inserção de profissionais de saúde, como no caso o enfermeiro. Stanhope e Lancaster (1999) destacaram enfermeiros de saúde escolar como profissionais que estão numa posição única para ajudar as crianças a gerir os problemas de saúde e fazer educação em saúde, proporcionando boa saúde ao longo da sua idade escolar e idade adulta.

Durante os encontros com as famílias foi observado que a maioria das mães realizava tentativas forçadas para incluir alimentos considerados nutritivos (frutas, verduras, legumes e cereais) na dieta da criança, cedendo ao consumo simultâneo de alimentos não nutritivos e nutritivos, sem que isso garantisse o sucesso da estratégia, que visava substituir alimentos rejeitados pela criança por alimentos desejados e pobres em nutrientes, somados a outros alimentos ricos em proteína e ferro.

Ceder determinados tipos de alimentos para a criança é uma atitude comum aos pais, principalmente quando a criança se encontra na fase de inapetência fisiológica. Vitolo (2003) refere que as mães comumente se queixam que seus filhos, crianças pré-escolares, estão inapetentes. No entanto, é necessário avaliar se esta inapetência se trata da comportamental, em que a criança deixa de comer para chamar a atenção dos pais e observa se a tática funciona, isto é, se os pais estão permitindo que consuma alimentos de sua preferência e sem nenhuma restrição de horário; da orgânica, em que a criança tem uma alimentação pobre em qualidade, e está associada à deficiência de micronutrientes, especialmente o ferro; ou de ambas.

Dessa maneira, a família deve estar atenta à concessão dos alimentos, se como forma de fazer com que a criança consuma também alimentos nutritivos ou se simplesmente está comendo, independente do tipo de comida que seja – frituras, massas, doces, etc., somente com intuito de levá-la a comer.

O fato de substituir alimentos pouco nutritivos pelos ricos em nutrientes é visto por Stürmer (2004) como uma das estratégias mais promissoras para promover mudanças ambientais saudáveis, conseqüentemente promover a saúde e o bem-estar da criança. Enfatiza que é de suma importância a introdução de alimentos funcionais no cardápio diário da criança, pois esses alimentos podem colaborar para a promoção da saúde, agindo também na prevenção e no tratamento da obesidade infantil.

Porém, a prática de substituição das mães do estudo nem sempre funcionava ou garantia que a criança tivesse adquirido hábitos saudáveis. As mães se mostravam desestimuladas e se queixavam das tentativas forçadas de introdução dos alimentos como um cuidado cansativo e de difícil alcance, levando-a a permanecer cedendo o consumo de alimentos não nutritivos.

As famílias, então, cedem ao prazer da criança comer determinado alimento, o chocolate, por exemplo, para comer algo considerado nutritivo. É uma espécie de recompensa ou até mesmo um jogo, sendo confortante tanto para os pais, que vêem o filho alimentado, quanto para a criança, que tem seu desejo saciado. Das 8 famílias estudadas, a maioria deixou explícito o valor que era dado aos alimentos considerados nutritivos, como carne, verduras, frutas, legumes e cereais, afirmando sentir dificuldade de introduzi-los na dieta da criança, o que as levam usar a **concessão**, como mostram as falas abaixo:

Se eu comprasse o que ela gosta a situação estaria pior. É que evito mesmo lá em casa. Mas porque ela não gosta de carne e verdura a menina que trabalha no papai faz dois tipos de comida. (Mãe da Magali)

Como ele gosta muito de chiclete eu faço umas trocas com ele: ele come e ganha um chicletinho. Sempre dá certo. (Mãe do Chico Bento)

É... eu dou uns chocolates pra ele na semana, são poucos. Faço uma troca por um Batom. Só assim consigo fazer com que ele coma coisa mais saudável. (Mãe do Nimbus)

Sendo a família a responsável pela manutenção do bem-estar da criança através do atendimento de suas necessidades, cabe a ela a tarefa de promover a saúde física e emocional da mesma. No estudo, observei o comportamento de algumas mães em relação à **concessão dos alimentos**, que se mostraram desatentas aos tipos e quantidade de alimentos consumidos pelo filho, como expressam as falas abaixo:

Ele come várias vezes por dia, acho que é mais de oito vezes. Pra completar ele come muito. Se ele não for comer o que quer começa logo a chorar. Aí a mamãe dá logo. A mamãe faz tudo o que ele quer. (Mãe do Cebolinha)

Dá o maior valor a sanduíche de queijo e presunto, não pode nem ver que pede logo. (Mãe do Dudu)

Estas **concessões** de determinados alimentos (chocolates, bombons, doces, massas, etc.) ou bebidas (refrigerantes, sucos industrializados, etc.) podem ser feitas com o intuito de promover o lazer associado à comida, que está sempre presente nos momentos de confraternização da família, seja no próprio ambiente domiciliar ou num ambiente privado que tenha como principal serviço prestado as refeições (restaurantes, churrascarias, pizzarias, lanchonetes, etc.); e de evitar que a criança chore ou fique triste por experienciar alguma situação de insegurança ou de dificuldade, como, por exemplo, a ausência da mãe ou por uma doença.

E a irmã é doida por refrigerante. Vivo falando que faz mal, mas aqui ela toma. Até o Jesus (refrigerante) a irmã dela toma. (Mãe da Magali)

Ela (avó) deixa ele tomar café-da-manhã Xilitos com refrigerante. (Mãe do Cebolinha)

Dá tanta pena quando ele chora pra comer... É difícil controlar ele. A gente deixa ele comer um pouquinho a mais. (Mãe do Franjinha)

Ele repete o almoço, pede pra comer só arroz e feijão. Mas ele não está gordo, não. Ele teve pneumonia 4 vezes em 2004, a imunidade era muito baixa. Tomou tanto remédio que engordou, mas agora ele não está gordo, não. Quando a gente sai toma refrigerante, mas ele não. O garçom até estranha uma criança não gostar de refrigerante. Em casa é só suco de polpa. (Mãe do Dudu)

Eu dou Kapo às vezes pra ela. É um suco que ela gosta e eu compro. A gente costuma sair nos finais de semana pra comer e ter um lazer. (Mãe da Mônica)

É só um pouco do gosto dele na semana, aqui em casa. A mamãe passeou com ele ontem, foram ao shopping. Ele disse que tomou o Mac Lanche Feliz. (Mãe do Nimbus)

A mãe do Cebolinha apresentou um significado importante de concessão de alimentos não nutritivos, responsabilizando sua doença psiquiátrica (distúrbio bipolar) e a avó da criança pelo cuidado dispensado à criança. O consumo descontrolado de alimentos pela criança era motivo aparente de preocupação da mãe, no entanto esta afirmava não poder acompanhar a alimentação do filho nem controlar o que ingeria.

A irmã dele foi que me disse que ele tinha ido à mercearia e tinha voltado com dois pacotes de chiclete e um Toddynho. Ele merendou isso! Olha aqui, fiz questão de guardar isso pra lhe mostrar: 2 pacotes de Cheetos, 5 papéis de bombom e 1 Toddynho. Isso foi o café-da-manhã dele de ontem. Quando acordo de manhã ele já tem comido. Os remédios que eu tomo atrapalham que eu acorde cedo. Eu tenho depressão e sou bipolar. Ele come recheado, Xilitos, refrigerante, chiclete, batata frita, tudo o que tem de besteira na rua. Já até imagino o que ele vai comprar com esses 2 reais que a avó deu: Xilitos ou então chiclete e bombom. (Mãe do Cebolinha)

Apesar de se observar a apreensão da mãe, esta não apresentava nenhuma atitude aparente para evitar o consumo de alimentos industrializados e não nutritivos pelo filho. No entanto, demonstrava um desejo de agir ao mesmo tempo em que referia sentir-se impotente diante dessa situação. Associava essa impotência com a sua total dependência financeira dos avós da criança.

O lazer associado à comida foi muito referido entre as famílias, e costumava ser em locais onde a criança pudesse brincar além de comer seus alimentos preferidos. Era comumente relacionado a um cuidado que os pais tinham para que a criança pudesse brincar e ter lazer. As famílias tinham o hábito de sair nos finais de semana e feriados para ambientes que tivessem alimentos não nutritivos, gordurosos e ricos em carboidratos, como pizzarias, pastelarias, lanchonetes, entre outros.

Eles costumam levar o Cascão pra pizzaria, churrascaria, lanchonete, dar pastel. E se ele vai pra casa da tia dia sim, dia não... então está sempre comendo essas coisas. (Mãe do Cascão)

Nos passeios a gente vai pro Habib's, Bebelu. A gente gosta de comer baião com maminha: mamãe, papai e filho. Ele já diz que quer ir. (Mãe do Chico Bento)

A gente vai muito comer fora. Sempre a gente vai comer pizza, pra churrascaria, pro Habib's (...), mas só vamos pra lugares que tenham onde ele brincar. (Mãe do Dudu)

Quando a gente sai no fim de semana come uma pizza, toma refrigerante. A gente gosta de ir pra pizzaria e pro Habib's. (Mãe do Nimbus)

Ele é boca-boá: come tudo. A gente sai e ele come coxinha, pastel, churrasco, pizza, o que tiver. Ele não dá nem trabalho quando sai, posso colocar o que tiver que ele come é tudo. (Pai do Cascão)

Quando eu levo ele pra passear ele pede logo pizza com refrigerante, senão pede pra ir no Habib's. Ele já sabe o que quer. (Avó do Chico Bento)

O alimento possui um papel social significativo para as famílias do estudo e para as pessoas de uma maneira geral. O modo de viver em família está em torno do alimento, que promove lazer, bem-estar, diversão, aproximação entre os membros da família, comemoração de datas especiais, etc. O fato de ser nutritivo ou não nutritivo não foi abordado pelas famílias, pois o que importava era promover satisfação para todos aqueles que pertenciam à família, principalmente a criança.

Quanto aos tipos de alimentos utilizados pelas crianças, verifiquei que o consumo de alimentos industrializados pelas famílias foi um fator predominante e independente ao poder aquisitivo de cada uma delas. Mesmo naquelas famílias com renda entre 2 e 5 salários mínimos a presença de alimentos em conserva, pronto-rápidos e semi-prontos foi marcante, e o consumo se dava tanto nas refeições dentro de casa quanto fora, nos momentos de lazer, sendo esses alimentos muitas vezes calóricos, não nutritivos e podendo culminar no aumento de peso cada vez mais nas crianças.

Conceder alimentos para a criança requer responsabilidade dos adultos, pois a criança não tem qualquer noção dos valores nutritivos e necessários para o funcionamento do seu organismo, conseqüentemente cabendo à família atentar para os tipos de alimentos acessíveis no lar. No entanto, algumas mães acreditavam que determinados tipos de alimentos eram saudáveis, o que confirma a tese de Altamirano *et al.* (2004b), de que as propagandas publicitárias mascaram o verdadeiro conteúdo nutricional do produto alimentício, como “sem colesterol”, “sem açúcar” e “livre de gordura hidrogenada”.

A maioria das mães compreendeu o alimento como meio para suprir a fome do filho, atribuindo-lhe o valor fundamental de alimentar para sobreviver, independente da oferta dos nutrientes essenciais para o organismo da criança. Isso pode ser justificado por possibilitar tranquilidade à mãe ao ver atendida uma necessidade humana básica do seu filho. Outra forma de compreender o alimento foi a concessão, o próprio ato de ceder, que também estava relacionada à despreocupação da mãe ao ver o filho comer, mesmo que fossem alimentos

gordurosos, e fosse justificada através da culpabilização de outras pessoas, da existência de doenças ou do tempo disponibilizado para o trabalho.

As mães referiram algumas dificuldades para promover ou manter a alimentação saudável do filho, e se sentiam, muitas vezes, impotentes para modificá-las ou evitá-las. Dentre as dificuldades relatadas estão a forte influência dos avós, a falta de tempo para acompanhar satisfatoriamente o cotidiano da criança e a falta de recurso financeiro para proporcionar uma alimentação mais adequada. Além disso, vê-se claramente que os alimentos oferecidos à criança, que contrariam a vontade da mãe, geralmente são baratos e de fácil acesso, e freqüentemente têm baixo ou nenhum valor nutritivo.

SER UMA CRIANÇA GORDA TRAZ PROBLEMAS

A obesidade vem se mostrando como um dos grandes novos problemas da saúde pública mundial, pois além de ser uma doença permeada pelo estigma e preconceito, traz consigo inúmeros problemas de ordem física, social, psicológica, afetiva e familiar. Podemos afirmar que é uma doença multifatorial com ampla repercussão no indivíduo, seja ele criança ou adulto. Entretanto, sabemos que quanto mais cedo a doença afeta o indivíduo, no caso da obesidade ainda na fase pré-escolar, piores serão as conseqüências futuramente, no adulto, que poderá desenvolver depressão, ansiedade, insegurança, auto-estima baixa, entre outros.

Sendo assim, pensar sobre a criança com risco para obesidade é pensar sobre um futuro adulto obeso, o que confirma a estimativa dos estudiosos quanto ao aumento do número de adultos obesos nos próximos 20 ou 25 anos, a partir de considerarmos as crianças pré-escolares obesas e com sobrepeso. Esse cenário se projeta como negativo e assustador diante da possibilidade de termos um elevado número de pessoas com seqüelas decorrentes da doença: milhões de indivíduos no mundo (OMS, 2004).

Entre os problemas que a obesidade pode causar, os de ordem psicossocial também têm destaque devido à imagem que o gordo assume diante das pessoas, sempre associados à **estigmatização** social, praticamente inerente à sua condição de gordo (CORDÁS; SCAGLIUSI; AZEVEDO, 2006).

Uma pessoa obesa deixa de ser chamada pelo seu nome para ser chamada de “gordinho”, “cheinho”, “bola” e até mesmo “baleia”. São os mais diversos tipos de nomes usados para identificar a pessoa gorda e, sendo esta uma criança, cresce ouvindo ser chamada por essas e outras palavras, independente do seu meio sociocultural, o que pode repercutir na formação de sua personalidade, tornando-se uma pessoa retraída e insegura.

Menezes (2003) relaciona o excesso de gordura no indivíduo com castigo, autopunição, rejeição ao corpo, recusa por novos relacionamentos, isolamento, insatisfação sexual, perda da motivação para experimentar novas situações, desinteresse pela vida, entre outros. Esses fatores podem interferir consideravelmente sobre a qualidade de vida da pessoa obesa, que se vê como culpada pela sua condição.

A criança gorda se transforma em um alvo entre as demais crianças eutróficas, sendo muitas vezes excluída das brincadeiras e das rodas de socialização. Pode se sentir incapaz, retraída e tímida por não conseguir correr o suficiente para pegar a bola a tempo de levar um gol ou se cansar com facilidade, razão pela qual não é cotado para entrar no time de futebol da escola. Além disso, é uma criança que cresce distante das relações afetivas com o sexo oposto, o que se perpetua pela adolescência e vida adulta. É uma criança que tem tendência a se isolar tanto pela exclusão que lhe é peculiar quanto pela dificuldade de brincar com as outras crianças. Tais comportamentos das crianças foram relatados por algumas mães do estudo:

Eu até deixava ele brincar antes na rua, ele gostava, mas depois ele foi ficando mais em casa mesmo. Os meninos vêm chamar ele pra brincar, mas ele só quer assistir desenho e comer. Ele se diverte comendo. (Mãe do Cebolinha)

O pessoal nem chama mais ele. Só pode ser porque ele não corre. (Mãe do Franjinha)

São inúmeras as formas de atingir, agredir e desprezar o indivíduo obeso, independente da idade e do contexto no qual está inserido. A família costuma participar de situações que favorecem a exclusão da pessoa obesa, pois age de maneira a reforçar certos pré-conceitos sobre a pessoa quando a exclui de atividades sociais, alegando a não exposição a fim de evitar o constrangimento.

Outro fato de responsabilidade da família é quanto ao uso de certos vocabulários dirigidos à pessoa obesa, mesmo sendo uma criança, não é poupada de ser ridicularizada diante dos outros.

Stenzel (2003) compara o sofrimento do obeso quanto ao preconceito que lhe afeta ao do negro, do deficiente e do velho, sendo que o obeso entra numa espécie de círculo sem-fim: sente-se ridicularizado, começa a comer mais, engordar mais e se distanciar mais da “normalidade” das outras pessoas. Essa diferenciação já fez surgir nos Estados Unidos diversas associações em defesa dos direitos dos obesos, e no Brasil, mais precisamente no Rio Grande do Sul, temos uma ONG (Organização Não-Governamental) criada com a mesma finalidade. Além do preconceito visto na população ainda há a culpabilização do obeso quando este é responsabilizado por ser gordo, como se fosse uma escolha.

Por outro lado, Boa-Sorte *et al.* (2007) refere que os pais tendem a considerar o excesso de peso da criança como um problema somente quando há prejuízo, principalmente se este for relacionado à atividade física, embora até possam associar a obesidade a um maior risco de doenças.

Algumas falas retratam a preocupação e o cuidado cultural da mãe pela exposição do filho obeso, enquanto outras expressam o estigma do gordo advindo da própria família ou da mãe da criança obesa:

Eu já pensei que ele pode continuar assim quando ficar adulto. Isso é muito sério. Não vou gostar de ver meu filho obeso, sendo discriminado na escola. Ele já foi chamado de Baby, do desenho. (Mãe do Cascão)

Alguns coleguinhas dele chamaram ele de gordinho. Eu sei que ele não gosta. Tenho muito medo que ele fique assim pra sempre. (Mãe do Cebolinha)

Se ele continuar gordo, isso vai dar bode. O pessoal aqui implica mesmo, vai ser o tempo todo. Ele veio me dizer que estavam chamando ele de apelido. Eu não gosto disso. Ele está gordo assim porque tudo quer comer de dois. (Mãe do Franjinha)

Ele tem um primo que é magro, magro. Estou achando que ele vai crescer e perder esse corpo. Vai ficar como o primo, que antes era gordo, e agora chamam ele de pau de bengala. Eu não quero que ele tenha apelido. O pessoal da minha família fica chamando ele de gordinho, de bacurinho. (Mãe do Chico Bento)

O fato de a família ter como um dos seus papéis a manutenção da saúde mental e física da criança, não impede que alguns familiares tenham atitudes e comportamentos contrários, como é o caso de algumas famílias do estudo, que estigmatizam a criança com risco para obesidade. Isso pode repercutir significativamente sobre a vida da criança, afetando seu modo de viver em família, traduzido pelo comportamento mais inseguro e acanhado, como pode observar nos comportamentos do Cascão e do Franjinha.

É comum vermos pessoas adultas e crianças obesas retraídas, tímidas e reservadas – porque não dizer excluídas. Suas relações sociais são em menor número, com poucos amigos e menor possibilidade de ter um relacionamento afetivo, no caso do adulto e do adolescente, favorecendo a auto-estima baixa e o isolamento. Esse problema pode ser confirmado em estudos, segundo afirma Stenzel (2003), que mostram crianças pré-escolares eutróficas descrevendo e definindo crianças obesas como preguiçosas, feias, burras, sujas e mentirosas.

As relações familiares também são afetadas pelo estigma da obesidade, o que repercute de forma negativa sobre a vida do adulto e da criança obesa. As características comuns ao ato de alimentar-se (quantidade e qualidade da comida, vezes repetidas, maneira de se comportar à mesa e velocidade da ingestão do alimento) podem se tornar um constrangimento constante entre os familiares.

Nesse estudo, uma criança foi exposta a um constrangimento causada por um dos seus tios, que utilizou uma palavra chula, cujo significado é fezes grandes e endurecidas, para chamar a criança. Esse evento foi relatado pela mãe, que no momento da entrevista estava irritada e nervosa, referindo que não iria mais admitir quaisquer apelidos dirigidos ao seu filho.

O pessoal daqui de casa está chamando ele de baleia, gordinho, bacurinho. Ele tem maior raiva disso. Eu fiquei com raiva porque outro dia estavam chamando ele de tolete. Aí é demais! (Mãe do Franjinha)

Outros informantes-gerais evitaram tecer comentários sobre o peso excessivo da criança, negaram que a criança estivesse acima do peso ou sequer a perceberam como sobrepeso ou obesa. Tal fato se reflete sobre a forma como a criança é vista pela família, que embora possa reconhecer familiares (adultos)

obesos, não se mostra atenta ao fator hereditário. Halpern (2001) considera que a obesidade se acumula em determinadas famílias, advinda dos fatores genético e ambiental, sendo que o primeiro tem maior influência sobre a obesidade infantil.

Durante os encontros as mães do estudo referiram haver casos de pessoas obesas, com sobrepeso e hipertensas na família. No entanto, embora reconhecessem tais agravos seu contexto ambiental não proporcionou que fizessem qualquer associação destes com o aumento excessivo de peso do filho, como também não houve evidência nas suas falas sobre *diabetes mellitus*, dislipidemia ou problemas cardiovasculares relacionados ao acúmulo de peso. Tal atitude pode levar as famílias a continuarem tendo um hábito alimentar inadequado, que aumentem cada vez mais a ingestão calórica, tendo como consequência disso o desenvolvimento da obesidade na família.

Alguns informantes-gerais perceberam a criança como um indivíduo em fase de crescimento com necessidades calóricas a mais, sem que isso se tornasse um motivo de preocupação quanto ao peso, mas sim inerente à sua condição de ser criança e estar em processo de crescimento.

Ele pode até continuar gordo... mas a gente também se engana, porque a criança pode crescer e emagrecer. Mas eu acho que ele não vai emagrecer. (Mãe do Cascão)

Está vendo? Às vezes ele só faz beliscar o suco, deixa o resto todinho. Você acha que ele está muito acima do peso? Acho que é só porque ele é pequeno pra idade. (Mãe do Chico Bento)

Acho ela tão ativa... não acho que ela seja gorda, não. O irmão dela, de 15 anos, era gordo, mas agora está muito bem, é até esportista. Quer ver ele, vai ver só como está magro. Acho que a Mônica vai ser que nem o irmão: fica gorda, cresce e emagrece. Ela vai ser igualzinha ao irmão. (Mãe da Mônica)

Ele não corre risco de ser obeso, por ele não me pede comida. (Mãe do Nimbus)

Eu não acho que ele come tanto como a mãe dele diz. Acho que ele é um menino que come tudo, não rejeita nada. A gordura dele pode sumir quando ele crescer, é só esperar ele crescer. (Avó do Franjinha)

As crianças “gordinhas” da primeira infância são comumente vistas com saúde, e suas “dobrinhas” são sinais de beleza para os familiares. Essa imagem é

perpetuada entre as famílias e está associada à cultura, ao modo de viver de cada familiar, que tem sua forma de falar do corpo com suas particularidades. Em alguns países, como o Brasil, as pessoas continuam achando bonito uma criança “gordinha” até determinada faixa etária, geralmente até a fase pré-escolar. Após esse período quando a criança já se encontra na fase escolar, a imagem começa a ter distorções, isto é, aquela criança que veio crescendo como “gordinha” agora é uma criança gorda. A simples troca do diminutivo pelo uso da palavra em si já pode demonstrar a mudança do significado da palavra gordo.

Num estudo realizado com mães caribenhas que vinham de comunidades subnutridas, após o nascimento do filho elas pareciam ter um desejo profundo de ver seu bebê se tornar uma criança grande e gorda e não se satisfaziam mesmo quando o crescimento médio da criança estava dentro do percentil 50, considerado adequado (HELMAN, 2003).

Para Halpern (2001) a família deve dar atenção especial à criança “gordinha” o mais cedo possível, a partir dos 3 ou 4 anos de idade, pois até os 7 anos a criança ainda não tem capacidade para entender o problema nem de ajudar a resolvê-lo. Nesse caso a família deve reorientar a alimentação da criança, que deverá ser menos calórica, e deve fazer com que a mesma seja mais ativa.

Se, ao contrário disso a família não atentar para a saúde da criança, essa irá crescer e formar sua personalidade permeada por apelidos, modificações no brincar para se adaptar ao cansaço físico, exclusão das brincadeiras pelos colegas da escola, isolamento, retração, timidez, insegurança, agressividade, auto-estima baixa, entre outros problemas. São pontos que precisam ser vistos na vida da criança com risco para obesidade, pois podem afetá-la diretamente quando adulta.

É oportuno salientar o caso da criança Chico Bento, porque tanto a mãe quanto a avó consideraram que certa quantidade de gordura numa criança pode ser bonito. Informaram que quando a criança tinha 2 anos foi internada por causa de uma infecção intestinal, e perdeu vários quilos. A partir dessa informação a avó emitiu a seguinte fala:

Ele estava tão magro que dava pra contar as costelas. Ele ficou doente mesmo, foi uma infecção forte. Depois ganhou peso, porque eu acho bonitinho bem gordinho. (Avó de Chico Bento)

O depoimento acima mostra que para a avó a criança saudável é a criança gordinha, aquele “modelo” infantil que possui as dobrinhas e as bochechas redondas. Para a avó o Chico Bento, assim que ele ganhou peso voltou a ser bonito, porque voltou a ser gordinho.

Além das alterações que podem ocorrer ao nível psicossocial da criança obesa, que mantém um desequilíbrio entre a ingestão de alimentos e o gasto energético, pode ter também o comprometimento da estética pessoal e ocasionar uma série de problemas de ordem física, como alteração e dores nos ossos, aumento do gasto cardíaco, hipertensão, arteriosclerose, dispnéia, alterações metabólicas (*diabetes mellitus*), digestivas (dispepsia e constipação) e cutâneas (estrias e celulite), etc. (DOMINGUES FILHO, 2000).

Dentre as queixas mais comuns referente ao peso excessivo da criança entre as mães do estudo, está a falta de ar durante as brincadeiras, que se reflete como uma dificuldade de respirar durante o desempenho das atividades no brincar, seja ele de bola, de pega-pega, de esconde-esconde ou outras brincadeiras que exijam desprendimento de maior gasto de energia, levando-a a decidir realizar atividades mais sedentárias, tais como brincar de carrinho sentado ou deitado na cama, assistir televisão durante mais de 2 horas seguidas e trocar uma bola por um boneco, como pude observar no comportamento de todas as crianças do estudo.

Sabe-se que há diferença entre o desempenho físico de uma criança obesa e de uma considerada normal, com variação cardiorespiratória, força muscular e coordenação motora, além de fatores psicológicos também. A captação de oxigênio e a capacidade respiratória de uma criança obesa é menor do que a de uma criança eutrófica, enquanto a pressão arterial do obeso é superior à do normal. Quanto à destreza motora, a criança obesa tem desvantagens, como por exemplo, no pulo e no arremesso de objetos, em relação ao eutrófico (ANGELIS, 2003).

Dois meses atrás ele nem conseguia andar. Não dormia de frente. Não dava nem pra ele ver o pintinho dele. A barriga do menino era desse tamanho! (Mãe do Cascão)

Ele está mole, mole. Vive ficando doente. Ele reclama quando vai comigo pro supermercado, diz que é longe e está cansado. Na volta sempre reclama de assadura entre as pernas. É a gordura que faz isso. (Avó do Franjinha)

O aumento de peso na criança é percebido tanto pelas outras crianças quanto pelos adultos, que costumam associar alguns sinais e sintomas com o fato de a criança ser gorda. Nas brincadeiras as outras crianças excluem o “gordinho” por ele se cansar mais rápido durante o jogo de futebol. Outras, mais complacentes, permitem que o “gordinho” seja o goleiro. Em algumas brincadeiras a criança obesa só pode mesmo assistir, como se estivesse diante da TV, o que não lhe causa nenhum cansaço físico.

Somente uma mãe e dois informantes-gerais da sua família e uma outra mãe emitiram sua visão de mundo associada aos problemas físicos na criança a partir de observações feitas advindas de informações da televisão e de consulta com pediatra. Entretanto, embora houvesse entre as mães uma nutricionista, esta não referiu nenhum tipo de problema físico resultante da obesidade na criança.

Estou percebendo que ele está brincando só com os carrinhos, não quer mais a bola. Eu levei o Cascão pra pediatra lá do hospital que trabalho. Ela fez um monte de orientação, disse um monte de coisa. Disse que ele está com peso muito alto e é perigoso. É de preocupar qualquer mãe. (Mãe do Cascão)

Ele nem brinca com os meninos da rua. Até brincava antes, mas se cansa logo, vem morrendo de sede. Bebe água demais. (Mãe do Franjinha)

Eu estou vendo que ele está brincando menos de bola. Agora ele só quer brincar de carrinho, sentado no chão. Ele já não tem mais nem pescoço, doutora. Está gordo mesmo. (Pai do Cascão)

Ele está cada vez mais gordo, pesado mesmo. Teve tempo de nem conseguir andar direito. (Tia do Cascão)

As famílias contam com inúmeros recursos materiais que permitem rapidez, praticidade e segurança na realização das tarefas diárias, como é o caso do uso do microondas, do telefone celular e sem fio, da máquina de lavar roupa, etc. Outros recursos estão presentes nos lares por razões diferentes, como no caso da televisão, que se tornou um dos primeiros bens de consumo adquirido pela família, às vezes até primeiro que a geladeira. Assim, vê-se a importância da televisão dentro da família (e como se reflete sobre as práticas culturais, porque a cultura não

é um elemento isolado), que se reúne em volta desta e compartilha prazeres, diversão, emoções e tristeza.

Quando associamos televisão à criança, estamos identificando um dos passatempos preferidos do público infantil. A criança se identifica de tal forma com o que vê – na maioria do tempo assiste aos desenhos – a ponto de passar horas seguidas em frente a uma televisão, sem que possa existir algo que a chame atenção. O número de horas supera o indicado e, geralmente, não há seleção feita pelos pais da programação.

Na maioria dos encontros com as mães do estudo quando eu perguntava pela criança, as mães me respondiam que estava assistindo desenho na televisão ou jogando videogame. Poucas vezes as mães referiram outras atividades, como jogar bola ou brincar de pega-pega. Apesar das informantes reconhecerem que a criança passava muito tempo na mesma atividade – assistindo televisão – não fizeram qualquer menção de que iriam estabelecer um limite para isso.

Essa atividade tem sido motivo de preocupação para uns (profissionais de saúde, famílias e entidades ligadas à saúde das crianças) e de sucesso para outros. Para o mercado publicitário o público infantil é fiel e vantajoso, pois tão logo seja conquistado pela propaganda irá convencer, pedir ou exigir que os pais lhe dêem o produto. Isso pode ser visto nas famílias em relação aos sucos industrializados, biscoitos recheados, refrigerantes, chocolates, bombons, brinquedos, etc.

O poder da televisão sobre a criança é indiscutível, principalmente quando a aprisiona num mundo de sedentarismo e alienação. Há crianças que dedicam mais de 8 horas por dia à televisão, assistindo a desenhos, filmes e programas de jogos, como também ao videogame. É uma atividade que consome muito tempo e pouca energia, o que resulta acúmulo de gordura para o corpo e menor gasto energético e, conseqüentemente, uma repercussão negativa sobre o crescimento e desenvolvimento da criança.

Além de permanecer horas diante da tela algumas crianças ainda costumam comer diante da televisão. Isso poderá favorecer o consumo elevado de alimentos, o aumento de peso, a falta de envolvimento da criança na atividade de vida de comer, a ausência da criança entre os membros da família no momento da refeição, entre outros. Sendo assim, o desenvolvimento da obesidade infantil tem

íntima relação com as práticas diárias da criança, incluindo o tempo dedicado à atividade de assistir televisão.

Altamirano *et al.* (2004b) constataram em um estudo que o tempo excessivo que as crianças dedicam à televisão favorece tanto o sedentarismo quanto repercute negativamente sobre seus hábitos alimentares, pois o “bombardeio” das propagandas de produtos alimentícios facilmente fascina o público infantil, levando-o a acreditar e desejar o consumo dos mesmos. Isso pode ser confirmado por Kincheloe (2004), quando diz que a cultura infantil pós-moderna vem sendo criada por adultos e disseminada através da televisão, a fim de induzir as crianças a consumir.

A maioria das mães também demonstrou certo fascínio com alguns alimentos industrializados – sucos, bebidas lácteas e sorvetes – que permitem praticidade, são acessíveis, têm custo relativamente baixo e estão entre a lista de alimentos preferidos das crianças, que sabem identificá-los a partir do anúncio publicitário.

Para ratificar a afirmação acima, Altamirano *et al.* (2004a) referem que a televisão influencia os hábitos e estilo de vida das pessoas, principalmente as crianças, mas também transmite informação e estimula a aprendizagem, a imaginação e o diálogo se usada adequadamente. Porém, quando o uso é indiscriminado pode trazer efeitos negativos, sejam intelectuais, sociais, físicos ou escolares, incluindo distúrbio de sono (insônia e pesadelos).

Algumas famílias do estudo compreenderam que o uso da televisão interfere na promoção da saúde da criança, no sentido de deixar a criança mais inativa. No entanto, não relacionaram essa atividade com o aumento de peso nem perceberam os problemas que poderão ser causados à saúde mental e física da criança, como a diminuição da socialização, o isolamento, o sedentarismo e o cansaço físico recorrente, entre outros.

Embora a maioria das famílias tenha se mostrado incomodada com o tempo que a criança dispõe para a televisão, nenhum informante percebeu o sedentarismo como fator preocupante para o aumento de peso da criança.

Não gosto de ver essa menina assistindo tanta televisão. Ela sabe até das novelas e das propagandas. (Mãe da Magali)

O que passa na televisão ele quer comprar. Outro dia estava passando um refrigerante que tem um desenho que ele assiste, e ele já disse que queria tomar. (Mãe do Cebolinha)

Quando eu não estou em casa ele assiste o tanto de televisão que quiser, passa o dia todo. O menino não quer nem tomar banho, fica só de olho nesses desenhos. Eu já contei mais de 8 horas, acredita? (Mãe do Franjinha)

Ele assiste muita televisão, mas também gosta dos brinquedinhos dele. (Mãe do Chico Bento)

Ele assiste muita televisão. Se eu deixar passa o dia todo assim... assistindo os desenhos que ele gosta. (Mãe do Nimbus)

Eu gosto muito de brincar de videogame no seu Antonio. Minha avó me dá o dinheiro pra brincar um tempão. Eu também gosto de ver desenho e jogar bola. (Cebolinha)

É válido destacar que algumas mães referiram o uso da televisão como meio para manter a criança segura, pois evita que esta saia para brincar fora de casa. Essa justificativa é considerada relevante entre as famílias, que têm cada vez mais se mantido dentro dos lares, abastecidas de bens de consumo confortáveis e caros (televisores LCD e de plasma, aparelhos de DVD, televisão a cabo, internet, *home-theater*), utilizando serviços oferecidos por empresas, como os de entrega (de DVD, *fast-food* e outros).

Tal fato repercute na falta de socialização da criança, que afeta suas relações sociais com as pessoas, assim como num menor gasto de energia. A criança se mantém parada, quase inativa, diante da televisão, o que favorece o acúmulo de gordura no corpo. Isso tem sido observado cada vez mais entre as famílias, com predomínio entre a classe média, sendo, portanto, um aspecto observado por mim durante a pesquisa.

A sociedade conta com um tipo de cultura chamada “cultura econômica definida como as crenças, as atitudes e os valores que são relevantes para as atividades econômicas de indivíduos, organizações e outras instituições” (PORTER, 2002, p. 53). Dessa forma, as famílias começam a utilizar serviços prestados por terceiros, adquirir equipamentos modernos e deter recursos que possam,

futuramente, proporcionar-lhes mais conforto e segurança, como forma de adaptação ao novo modo de viver em sociedade.

Não dá pra ela brincar lá em casa, é pequeno. Só se for no parquinho do prédio, que é seguro... mas eu não tenho tempo pra descer. (Mãe da Magali)

O Davi é criado preso, só que agora estou deixando ele mais à vontade pra brincar. Essa violência de hoje atrapalha as crianças. (Mãe do Franjinha)

A falta de socialização pode trazer problemas físicos para a criança com risco para obesidade, em virtude de mudanças na maneira como a família lida com os problemas sociais, como é o caso da violência urbana, que aparece no cotidiano da família como um fator que exige adaptação e uma nova forma de viver em sociedade. Atitudes são tomadas pelos familiares como medidas de prevenção contra a violência, como por exemplo, comprar um videogame para que a criança não saia de casa para jogar numa *lan-house*, pedir uma pizza pelo serviço de entrega para não se expor na rua, morar em condomínio de apartamentos que tenha *playground*, que podem levar cada vez mais à inatividade física e, conseqüentemente, ao acúmulo de peso.

Portanto, a obesidade infantil acarreta problemas tanto de ordem social quanto física. Os problemas são decorrentes do aumento excessivo de peso, gerado pelo consumo descontrolado de alimentos e sedentarismo. A criança pode apresentar uma série de agravos, que poderão comprometer consideravelmente sua saúde.

CONFLITOS FAMILIARES EM TORNO DA CRIANÇA GORDA

A família vem se modificando ao longo dos séculos e se estabelecendo com novos modelos resultantes das transformações sociais, que dependem da cultura. Acompanhando toda essa mudança está a criança, membro e centro dos cuidados da família, que cada vez mais influenciada pelos modos de viver dos seus familiares.

A criança nem sempre foi o centro de cuidados da família. A forma como a vemos hoje pode ser considerada uma construção histórico-social recente do Ocidente, mais precisamente na Europa no século XVIII, como reflexo de uma nova estrutura econômica e social (capitalismo). Antigamente, a criança era socializada (cuidada) por outras pessoas diferentes dos seus pais. A nova concepção da infância surgiu a partir de um movimento amplo de proteção à vida das crianças e de mudanças sociais ocorridas na composição familiar, nas noções de maternidade e paternidade, e no cotidiano e na vida das crianças, que começaram a frequentar a instituição escolar (COHN, 2005; OLIVI; FONSECA, 2007).

A instituição familiar faz parte do contexto histórico, cultural e social, como afirma Strey (2007) ao referir que a família, como parte dos diferentes processos históricos, não é um mero receptor passivo das mudanças sociais nem o elemento imutável de uma sociedade em constante transformação, mas sim é parte integrante da construção social, constituindo-se a principal rede de relações e fonte de apoio das pessoas. Delgado (2005) concorda, dizendo que a vivência e a experiência humana e cotidiana de viver na família oferecem elementos que contribuem para que estructuremos uma representação e um significado de família. Trata-se, pois, de uma experiência única para cada indivíduo.

Hoje, em algumas relações familiares é possível vermos crianças sendo usadas como alvo de disputa de poder entre os pais ou até mesmo entre a mãe e a avó, principalmente se conviverem sob um mesmo teto ou se houver dependência financeira de uma das partes. Esse tipo de problema gera intermináveis discussões e até agressões físicas, que podem repercutir sobre a saúde mental da criança.

Durante o estudo algumas famílias apresentaram divergências de gerações e de parentesco referentes, principalmente, à alimentação, bem como disputas de poder entre os pais. Nesses conflitos foi possível visualizar a existência dos fatores pessoal, familiar e econômico, entrelaçados entre si e representados pela dificuldade de relacionamento entre os familiares, como mostram as falas abaixo:

Eu não agüento isso. Todo dia é uma confusão. Como é que ela (avó) pode deixar um menino desse merendar isso?! Como é que eu posso fazer alguma coisa por ele se a minha mãe deixa ele ir até a mercearia comprar o que quiser?! (Mãe do Cebolinha)

A mamãe torna a coisa difícil: eu digo pra ela não deixar ele repetir a comida, o almoço, mas ela deixa. Eu não sei como pode uma coisa dessa! (Mãe do Franjinha)

É, às vezes eu compro uns bombonzinhos, ela gosta muito. Eu faço tudo por ela, mas só se for o correto. Não é como a mãe dela diz, não: que eu estrago ela. (Avô da Magali)

Ele só gosta de chiclete porque alguém ofereceu chiclete. Só gosta de refrigerante porque alguém ofereceu refrigerante. É ela que oferece essas coisas pra ele. Se a gente sai ela oferece o que tiver pra ele. Eu não posso ficar de olho nisso, mas já falei que está errado fazer os gostos dele. Isso é motivo pra gente discutir, porque ela acostuma o menino a comer toda besteira. (Pai do Chico Bento)

Um ambiente familiar desajustado propicia o surgimento de situações difíceis tanto para os adultos, que estão envolvidos nos conflitos, quanto para as crianças, que se tornam alvo fácil para um possível desequilíbrio emocional, podendo apresentar ansiedade, medo, isolamento, insegurança, timidez e agressividade.

Braz, Dessen e Silva (2005) apontam que o relacionamento marital é fator preponderante para a qualidade de vida das famílias, em particular à relação pais-filho. O ajustamento entre o casal, as formas de comunicação e as estratégias de resolução dos conflitos utilizadas pelo casal influenciam o desenvolvimento de padrões de cuidado dos filhos e a qualidade das relações entre todos os membros da família. De forma contrária, se há uma relação insatisfatória entre o casal, possivelmente com divórcio ou separação, as influências negativas produzidas na criança são variadas, indo desde problemas de saúde, depressão, baixa competência social e baixo desempenho escolar, até outros distúrbios de conduta correlacionados.

Quanto à questão da obesidade, esta também pode ter relação com um ambiente familiar alterado, onde podem ser identificadas características de superproteção, rigidez e dificuldade para solucionar problemas/conflitos. Há, ainda, outras características comuns às famílias que têm um ou mais filho obeso, sendo destacadas as famílias cujos diálogos são evitados, aquelas em que os papéis familiares estão pouco definidos, aquelas em que os pais têm dificuldade para estabelecer limites e regras claras, subsistema conjugal empobrecido afetivamente ou com fraco ou nenhum laço conjugal, dependência de álcool e drogas, ocorrência

de doenças afetivas e pais descritos como omissos e distantes do grupo familiar (SPADA, 2005).

No caso das famílias do Cascão, do Franjinha e do Cebolinha, o desajuste familiar está presente e parece fazer parte do contexto ambiental, segundo informação das próprias mães durante as entrevistas. Os problemas são gerados em maior parte pelo consumo excessivo de álcool e têm forte impacto sobre a vida das crianças.

Minha relação com o pai dele não é boa. Já tive que abrir um BO porque ele me agrediu, me bateu mesmo. Já chegou a machucar o menino com um cadeado no olho, que ele quis jogar em mim, mas pegou no menino. A criança ficou nervosa por causa disso, passou foi tempo chorando e assustado. (Mãe do Cascão)

Vixe, chegou aí o tio dele. Está daquele jeito... Ele vive bebendo, aí chega em casa assim, se batendo na mesa, nas cadeiras. É uma coisa horrível que a gente tem que passar. (Mãe do Franjinha)

Não gosto de briga ou confusão. Faço qualquer coisa pra não discutir. Veja só o que eu tenho que fazer, ceder, fazer de conta que não escuto nada... A mãe dessa criança fica com raiva de mim porque eu não ligo pra isso – de ele me chamar de nome e ainda mais na frente das crianças – mas se eu for ligar vai adiantar alguma coisa? (Avó do Cebolinha)

A partir desses depoimentos, pode-se perceber que a violência doméstica esteve presente e associada ao uso do álcool em 3 famílias, com referência ao pai, tio e avô. Em todos os casos as mulheres (mãe e avó) mostraram preocupação com a criança ter que conviver num ambiente inseguro, sendo que uma família (família do Cascão) vivenciou maus-tratos à criança. Conforme Spada (2005) existe uma relação entre violência doméstica, uso de álcool e drogas e o desenvolvimento da obesidade, que pode trazer repercussão tanto na convivência entre os membros da família quanto individualmente sobre a criança.

Quanto ao Cascão, Cebolinha e Franjinha, os dois primeiros se mostraram mais agressivos e inquietos, enquanto o último, mais retraído do que as demais crianças do estudo. No contexto escolar as três crianças apresentaram dificuldade, sendo que as duas maiores (Cebolinha e Franjinha), apesar de estarem com 6 anos, não tinham aprendido a ler ainda. Segundo as professoras, estas duas crianças

estavam mais atrasadas que os outros alunos da turma, e as próprias mães já haviam identificado a dificuldade de aprendizagem dos filhos.

Os conflitos familiares estavam presentes nas famílias do estudo, pois as divergências surgiram tanto em relação à alimentação como também quanto à educação da criança, representadas através de discussões entre os familiares. A discordância se dava entre gerações, isto é, pais e avós, e entre o casal. Na família da Magali havia divergências entre gerações, nas quais a criança também participava desses momentos de conflito, como expressam as falas a seguir:

O problema é que aqui no papai ela come o que quiser. O outro tio dela sempre compra aquela caixa de chocolate que tem o Prestígio, mas ele não gosta desse chocolate. Então ele junta e dá todos pra ela. Eu controlo os chocolates, mas o avô deixa. (Mãe da Magali)

Ela só quer morar com ele porque ele deixa ela fazer tudo o que quer. Não é possível que uma criança cresça assim. Eu já conversei com a Lili sobre isso, já decidimos que a Magali não pode fazer o que quer nem comer o que quer, porque se confia que o avô vai acobertar. (Pai da Magali)

Eu não concordo com eles quando batem nela. Eu nunca bati em nenhum dos meus filhos. É por isso que ela quer morar comigo. Eu só uso o diálogo, eles não sabem dialogar nem quando é pra ela comer uma coisa mais forte, querem logo obrigar. Só pra você ter idéia eu estava comprando 6 copos de geléia de Mocotó por semana, mas depois que a minha sobrinha, que é pediatra dela, disse que não era mais pra comprar... parei. Só compro umas 2. Então é assim que faço. (Avô da Magali)

Tem dia que eu não gosto do lanche que a escola dá, porque tem coisa que eu não gosto. Eu não gosto quando é suco com bolacha, só se for recheado. Mas eu comi peta, que meu avô botou na minha lancheira. Ele comprou pra mim. Eu comi mais outras coisas mãe, tu nem sabe. O vovô me deu suspiro. Eu levei pra escola. Meu avô compra meu picolé, ele tem dinheiro. Se eu pedir ele me dá, ele tem dinheiro mais do que o papai. (Magali)

Diante desse conflito de gerações e parentesco na família da Magali, a criança se torna o alvo das discussões e dos cuidados na família, que de uma maneira ou de outra tenta conciliar as divergências, uma hora cedendo o consumo de alimentos não nutritivos, outra hora impondo à criança comer alimentos nutritivos. Essa atitude é compartilhada entre todos os familiares, que embora possuam opiniões diferentes, convivem em harmonia.

A questão das gerações está intimamente ligada à problemática das mudanças sociais e econômicas das sociedades capitalistas que, para Barros

(2006), estas se exprimem pelos fenômenos sociais, tais como transformações nas relações de gênero (com maior controle da natalidade), da inserção intensiva da mulher no mercado de trabalho e das mudanças ocorridas na esfera da sexualidade. Olivi e Fonseca (2007) acrescentam que a mulher era vista como o melhor instrumento pelo qual deveria ser operada a normalização da sociedade, assumindo as funções de cuidar da casa, do marido e das crianças.

No que diz respeito ao comportamento, as atitudes da mulher vêm-se apresentando de variadas formas, seja quanto à sua sexualidade, o seu papel de mãe e de esposa ou mesmo quanto à sua postura no mercado de trabalho. Na educação dos filhos a mulher tem se tornado menos presente, por conta do exercício da profissão, procurando acompanhar o desenvolvimento destes de alguma maneira. Isso gera uma sobrecarga para a mulher e divergências de gerações e entre o casal, devido ao fato de não concordarem com a forma adotada por determinadas mães na hora de corrigir ou educar a criança, alegando, muitas vezes, que o erro da criança pode ter como causa a ausência materna. As falas abaixo corroboram esta afirmação:

Eu também acho ruim, é até motivo de briga aqui quando tenho que corrigir o Chico Bento com uma chineladazinha, e todo mundo vem me criticar. Mas deveriam ver que a criança precisa de uma palmada, chineladazinha. (Mãe do Chico Bento)

Eu já disse ao pai dele pra falar sério, mas parece que porque só tem o Caillou de filho e já foi pai velho, não consegue se impor. O menino nem liga pra briga dele. (Mãe do Dudu)

A mamãe fica meio tristonha com certas coisas. Se eu der uma palmada ela acha ruim. Só castigo com palmada, castigo mesmo e diálogo. Acho que tudo isso é importante. (Mãe da Mônica)

Tenho que ter um tempo pra ele, dar carinho, dar alimentação, cuidar do corpinho dele... isso é cuidar dele. Por eu ser nova não tenho tempo só pra ele. Preciso de tempo pra mim, também, quero poder sair, namorar. (Mãe do Cascão)

Eu faço tudo sozinha, não dá pra contar com ele. Eu que levo pro médico, que vejo a tarefa, que banho. Eu faço tudo só. Ele não é o tipo de homem que se ofereça pra me ajudar. Aliás, nem percebe nada, parece até que eu não tenho nada pra me cansar. (Mãe do Nimbus)

Essa situação mostra atitudes e comportamentos das mães do estudo quanto à forma de educar e criar os filhos; tive a oportunidade de perceber que algumas mães eram mais rígidas na educação do filho, enquanto na alimentação se tornavam flexíveis, como a mãe do Chico Bento. Já outras mães, que eram mais tolerantes na criação do filho, na alimentação se mostravam menos flexíveis que as demais, como a mãe do Cascão. Tais atitudes corroboram para que a criança adquira seus hábitos alimentares muitas vezes inadequados, interferido, conseqüentemente, no desenvolvimento da obesidade.

Motta-Maués (2004) chama de “circulação” da criança àquela em que passa períodos da vida em casas diferentes, um extenso e intenso vaivém, podendo ser a da mãe, a do pai e a dos avós. São filhos de pais que têm direitos parciais e temporários e guarda compartilhada, e que podem ter meio-irmãos, “pseudo-avós”, “tia” como esposa do pai e “tio” como novo marido da mãe. São crianças que vivem num novo modelo de família e necessitam se adaptar a ele.

A família do Cascão é um tipo especial de família, na qual os membros moram em três casas separadas, mas mantêm algum tipo de relação, embora com dificuldade. Os pais da criança têm uma relação conflituosa, permeada por experiências de agressão verbal e física, que permaneceram até a separação do casal. Há uma espécie de disputa pela criança entre os pais, que repercute diretamente sobre as atividades de vida do filho, destacando-se aqui, a alimentação, já que a criança pedia para comer após ter feito uma refeição ou se alimentava com um copo de vitamina de banana, um sanduíche de queijo e presunto e um copo de suco de fruta natural no tempo de menos de 20 minutos, como pude observar nos contextos familiar e escolar, respectivamente.

A família do pai dele me critica. Diz que o menino está assim gordo por minha causa. Diz que eu não sou mãe. Querem tirar meu filho de mim! (Mãe do Cascão)

Tem dia que chega aqui a tia com uma mamadeira de bananada, depois vem o pai com um Danoninho e depois chega a mãe com outro lanche. Ele come tudinho. Parece que eles não combinam quem vai trazer, aí todos trazem. (Professora do Cascão)

Eu dou canja de galinha ou então uma sopinha à noite, umas 7 horas. Mas quando ele está com a mãe, ela dá mingau à noite e às 4 madrugada. Eu acho que isso não é bom pro menino. (Tia do Cascão)

Sei que quando ele fica com a mãe dele ela não liga muito pra alimentação dele. A minha tia é quem cuida direitinho. (Pai do Cascão)

As mudanças sociais são dependentes da cultura, sendo esta quem determina as regras mais ou menos flexíveis do comportamento social. A cultura é quem define o que é próprio do homem e o que é particular da mulher, através da utilização da idéia do determinismo biológico, o que dificulta as transformações em algumas sociedades. Essa rigidez das regras mantém as relações de gênero baseadas na dominação-subordinação (STREY *et al.*, 2007). Sendo assim, é necessário entender que onde quer que a criança esteja, ela irá interagir ativamente com os adultos, com as outras crianças e com o mundo, tornando-se parte importante na consolidação dos papéis que assume e de suas relações (COHN, 2005), o que influenciará seu comportamento e atitudes nos contextos nos quais está inserida – familiar, social e escolar.

O comportamento e as atitudes da criança são emitidos de acordo com a sua participação na construção das relações sociais, ou seja, não são simplesmente herdados, mas construídos a partir de uma soma de valores, crenças, experiências, etc., que favorecem um papel ativo dentro das relações sociais, principalmente as familiares. Essa afirmação pôde ser apreendida de algumas famílias, como a do Cebolinha, que este demonstrava conhecer os valores dos produtos alimentícios, bem como onde poderia comprá-los, apresentando uma independência para o acesso aos alimentos não nutritivos de sua preferência.

Eu sei que basta eu dar as costas que ele (avô) vai fazer o que ela quiser. Outro dia ela disse que não ia mais morar lá em casa, que vinha morar com o avô. O pai dela ficou com raiva, se aborreceu mesmo, até deu uma palmada. Ela diz que quem manda nela é o avô, porque é ele que tem dinheiro. (Mãe da Magali)

Dia sim, dia não passo por isso. Ele não quer voltar pra casa, porque lá ele faz o que quiser, não tem regra pra nada. Já aqui não é assim, sou eu que digo o que ele vai comer. (Mãe do Cascão)

A vó me deu 2 reais. Ela disse que eu comprasse o que quisesse no Quinderé, só que a mamãe não pode ver. Já sei o que vou comprar: Cheetos e bombom. Lá é tudo baratinho, dá pra comprar um monte de coisa. Se for no outro lugar não dá, não. (Cebolinha)

Diante disso, pude perceber que muitos conflitos familiares eram decorrentes de falta de comunicação entre as pessoas pertencentes à mesma família, implicando dificuldade de interação. Para Marcon e Waidman (2003), a comunicação tem grande importância nas relações, tanto intra como extrafamiliares. É uma forma que o indivíduo tem para sair da solidão e se relacionar com outro indivíduo. Embora nem sempre a comunicação seja um ato positivo e satisfatório, toda interação produz conhecimento e permite que boas e más experiências sejam aprendidas.

É possível afirmar que em todas as famílias havia algum tipo de divergência, por motivo financeiro, familiar, de gênero, pessoal ou qualquer outro. Essa característica da família reflete a cultura dos indivíduos, que pensam e agem de forma diferente quanto à questão dos alimentos que devem ser oferecidos à criança. São pessoas com atitudes díspares em determinados momentos e, em outros, podem concordar plenamente entre si. Essa característica pôde ser observada nas famílias do estudo, representada pelas falas a seguir:

Eu acho errado ela ficar trazendo esses presentinhos que ela mesma diz. São chocolates que ela já traz na bolsa. O menino se acostuma a comer isso que não tem valor nenhum, só é gostoso, mas fazer o menino crescer... não faz mesmo. Outra coisa que não concordo é ela dar Toddyinho e uns salgados fritos, daqueles que só tem gordura e sal. Ela dá quase todo dia. Não me lembro o nome, parece que é coisa de Cheetos, né? Quase todo dia à noite ele come, só porque ele gosta. (Avó do Nimbus)

Aqui em casa não tem isso, não. O Nimbus come arroz, feijão... Lá na mamãe ele não quer comer o que ela coloca. A mamãe compra o que ele quer. (Mãe do Nimbus)

Não gosto de briga ou confusão. Faço qualquer coisa pra não discutir. Veja só o que eu tenho que fazer, ceder, fazer de conta que não escuto nada... A Maria Cebola fica com raiva de mim porque eu não ligo pra isso – de ele (avô do Cebolinha) me chamar de nome e ainda mais na frente das crianças – mas se eu for ligar vai adiantar alguma coisa? (Avó do Cebolinha)

O modo de viver de cada família é particular, único e repleto de significados próprios. Essa diversidade dá à família uma identidade, que permite sua caracterização diante das outras famílias. Ao mesmo tempo em que há choques de opiniões, há também convergência de pontos de vista, o que representa a complexidade de cada unidade de cuidado.

A presença dos avós é marcante no estudo, confirmando o que diz Falcão e Salomão (2005), que a longevidade humana tem favorecido o crescimento do número de famílias com três ou até quatro gerações. Com isso, os avós têm aparecido como figuras peculiares dentro das famílias e na vida das crianças, atuando sobre situações particulares, como gravidez na adolescência, divórcio e recasamento dos filhos, excepcionalidade do neto, uso de drogas pelos pais de seus netos e morte do pai/mãe da criança.

Embora as mães dissessem que uma das suas dificuldades em controlar os tipos de alimentos que os filhos ingeriam era a influência dos avós, principalmente da avó, a relação existente entre mãe, avó e criança possuía também pontos positivos, que de forma favorável contribuía para a economia do dinheiro dos pais, despreocupação com a criança, afetividade entre avós e netos e convivência da criança com outras gerações mais velhas, representando, assim, o cuidado cultural das famílias do estudo.

Eu não confio deixar ela com a empregada lá em casa, então trago pra cá. (Mãe da Magali)

Ela imita o avô: gosta de misturar com banana o almoço. Ela também come uma fruta depois do almoço, quem nem o avô. (Mãe da Mônica)

Passei 2 anos sem dormir uma noite toda. Ele chorava e eu tinha que ficar com ele. Meu marido trabalhava e eu não queria chamar, mas minha mãe sempre me ajudou. Esse mingau que faço é do jeito que a minha mãe me ensinou. (Mãe do Nimbus)

O comportamento, as atitudes, as crenças, enfim, o modo de viver de cada família de criança pré-escolar com risco para obesidade, tem influência das gerações anteriores, e isso ocorre num movimento contínuo entre as gerações que se seguem. Durante as entrevistas com as mães pude observar atitudes semelhantes às das avós da criança, que se traduziam na forma como preparavam a comida do filho, na maneira de falar sobre determinado alimento (se era “forte” ou não) ou mesmo que a casa dos avós da criança era uma espécie de “porto seguro”, no qual podiam contar e confiar.

O dinheiro e o trabalho foram referidos pela maioria das mães como fatores impeditivos para um melhor acompanhamento do desenvolvimento do filho.

Estas mães se mostraram apreensivas com o fato de terem pouco tempo para cuidar da criança, relatando seu modo de cuidar de acordo com suas condições, o que pode, segundo elas, levar o filho a comer alimentos quaisquer que possam apenas suprir a fome da criança.

Eu trabalho, estudo e ainda cuido da mamãe. Ela tem Alzheimer. É difícil ficar de olho na Magali. Eu tenho muita atenção a ela, da higiene até a alimentação. Dou orientação pra elas (criança e irmã). Pra isso requer equilíbrio e reconhecimento de que fase cada uma está. Eu usei um livro quando a irmã dela nasceu, aprendi um monte de coisas sobre criança. Quando veio a Magali já sabia de tudo, nem precisei mais do livro. (Mãe da Magali)

Passei a trabalhar um dia sim, outro não. Eu sei que ele precisa muito de mim, mas eu preciso trabalhar. Se eu ganhasse melhor podia pagar uma creche integral. Eu ia ficar mais tranqüila. (Mãe do Cascão)

Se eu tivesse tempo levaria ele pro Karatê, mas meu horário é complicado. Eu trabalho muito, não dá pra acompanhar tudo dele. Meu trabalho atrapalha um pouco, mas meu marido está sempre por perto. (Mãe do Dudu)

Dou atenção logo a ela porque fico muito tempo fora de casa. O meu trabalho atrapalha um pouco, principalmente na hora de fazer a tarefa da escola, que já não tenho mais muita paciência. Quando eu chego em casa procuro logo dar atenção às coisinhas dela. Vou ver se ela foi mal-criada com a avó, se comeu direitinho. (Mãe da Mônica)

A gente acaba comprando certas coisas porque não dá tempo de fazer mesmo. Eu compro o Nuggets porque é bem prático. O meu trabalho é estressante, porque é com metas. Eu trago trabalho pra casa, e o meu marido também não tem tempo. Se a gente tivesse melhores condições seria mais fácil, porque segue um padrão, e se cair... vai repercutir. Pretendo colocar o Nimbus numa escola mais cara. (Mãe do Nimbus)

É um pouco difícil cuidar dele. Eu tenho que acordar muito cedo pra arrumar tudo, ele ir pra escola e eu trabalhar. Só vive chorando pra não acordar cedo. O meu cuidado com ele é mais na comida. Sou eu que preparo, compro e dou. Mas aqui em casa tem muita gente, então já viu como fica. Se eu comprar comida pra ele pra uma semana, quando chega o segundo dia já não tem mais. (Mãe do Franjinha)

Quanto às mães que não exerciam nenhuma atividade remunerada, que eram donas-de-casa e estudantes, estas referiram outros motivos, tais como doença, provação, dificuldade para lidar com o filho e estudo, também expressando o modo de cuidar da criança conforme suas possibilidades.

Não ter dinheiro meu mesmo me dá esse desânimo, não consigo nem pensar numa solução para cuidar dos meus filhos direito, de fazer a comidinha deles, de só dar pra eles aquilo que é forte. Um dia o Senhor vai fazer eu parar de tomar esses remédios pra eu poder cuidar direito deles. O Senhor Jesus está me amparando e dizendo pra eu ter paciência. Eu sei que um dia eu vou pra minha casinha pra ficar com meus filhos e meu marido. Nesse dia vou ter como cuidar deles. Mas cuidar de criança é difícil, ainda mais uma como ele, que é uma criança autônoma e levada. É uma criança que não sabe obedecer, quer fazer o que quer, quer ser independente. (Mãe do Cebolinha)

Eu não tenho muito tempo. Quando eu venho da faculdade já é correndo pra pegar ele na escola. A gente chega em casa e eu preparo rapidinho a carne de hambúrguer e o Nissin-Miojo. Às vezes a gente quer dar alguma coisa, quer mudar alguma coisa, mas não dá. Outro dia fui falar pro pai dele comprar Sustagen, mas ele disse que não dá, está muito caro. O pai dele se queixa que a faculdade está ocupando todo o meu tempo. A gente até está com uns problemas mais íntimos, entende? (Mãe do Chico Bento)

Logo, os conflitos familiares em torno da criança gorda têm relação entre si e se apresentam como importantes no contexto familiar estudado por contribuir para o desenvolvimento da obesidade na criança, comprometendo sua saúde de uma maneira geral. Sendo assim, as famílias expressaram anseios, preocupações e dificuldades, através de fatores presentes nos conflitos, que estão fortemente presentes nas falas, nas atitudes e nos comportamentos dos informantes do estudo, assim como também expressaram o cuidado cultural a partir de práticas culturais específicas e de seu modo de agir com a criança.

5.1 ENTRELAÇANDO O TEMA CULTURAL COM A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL

A família compreende um espaço individual e coletivo. Individual porque é único, com características próprias, com significados peculiares e experiências diversas. Coletivo porque é compartilhado por mais de uma pessoa, influenciado pelas soma de valores de vida de cada um. Constitui-se parte de cada um de nós ao mesmo tempo em que cada um de nós a constitui. É um movimento dinâmico de modos de viver que se entrelaçam e formam a família.

Definir o tema cultural **conviver com filho com risco para obesidade: uma realidade vivenciada pelas famílias** e articular com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (1991), foi possível a partir da minha própria

vivência com uma criança com risco para obesidade – meu sobrinho. As categorias *a comer é mais do que suprir a fome; ser uma criança gorda traz problemas; e conflitos familiares em torno da criança gorda* emergiram das falas das famílias, mas foram mais bem compreendidas devido à condição de poder articular o papel de tia com o de pesquisadora, pois não é possível mergulhar no universo familiar do outro se retirando por completo do seu.

Os significados culturais surgiram numa atmosfera familiar aliada à estrutura social e à estrutura cultural do cuidado, junto aos quais estão os fatores inerentes ao modo de viver de cada família – tecnológicos, religiosos, filosóficos, sociais, de parentesco, legais, políticos, econômicos, educacionais, valores culturais e estilos de vida. A identificação e apreensão desses fatores partiram da concepção de que eles não estavam isolados, mas imbricados de tal maneira que não seria possível dissociá-los. Além disso, era necessário entender que, se um fator sobressair mais do que o outro não significava perda de valor ou inexistência, mas apenas que um estaria influenciando mais fortemente do que o outro.

Com base na Teoria de Leininger (1995) e utilizando o Modelo *Sunrise*, procurei visualizar os fatores encontrados, associando-os ao objetivo do meu estudo. Sendo assim, os fatores tecnológicos, econômicos e os estilos de vida surgiram como fundamentais para compreender o modo de vida das famílias de crianças com risco para obesidade.

Os fatores tecnológicos emergiram no decorrer do estudo, permitindo que eu observasse o uso de bens de consumo, principalmente a televisão, que interfere diretamente sobre a inatividade física da criança, conseqüentemente na diminuição do gasto energético; e a predominância do consumo de alimentos industrializados (sorvete, biscoitos, bebidas lácteas, leites achocolatados, comidas semi-prontas e pronta-rápidas) em todos os lares, sendo que, nas famílias de maior poder aquisitivo (até 10 salários mínimos), esses alimentos existiam em maior quantidade, até mesmo porque alguns produtos têm um valor econômico considerado elevado.

As famílias justificavam o elevado consumo desses alimentos pela praticidade que estes oferecem por demandar pouco tempo para o preparo, facilitando a vida daqueles que têm um estilo de vida caracterizado por falta de tempo, trabalho desgastante e excesso de atividades.

As crianças pertencentes às famílias de maior renda costumavam levar para a escola alimentos não nutritivos de maior valor econômico (sucos industrializados, biscoitos recheados, iogurtes com sabor, refrigerantes, leite achocolatado, sanduíche de queijo e presunto, batata frita industrializada, etc.), enquanto as crianças de famílias com renda entre 2 e 5 salários mínimos compravam lanches na própria escola (pastel, coxinha, enrolado de salsicha, refrigerante, etc.) ou levavam alimentos de casa, também não nutritivos (pipoca e batata frita industrializada, sanduíche de queijo, iogurte, etc.).

Com isso pude perceber os estilos de vida das famílias de crianças pré-escolares com risco para obesidade, que estavam intimamente relacionados ao consumo de alimentos industrializados, rápidos e de baixo valor nutritivo e ao sedentarismo, representado pela inatividade física. Os estilos de vida tinham íntima relação com os fatores tecnológicos, econômicos e culturais.

As crenças sobre os alimentos foram predominantemente transmitidas pelas mães e avós, que assumiam papéis semelhantes no cuidado da criança e na concessão de alimentos não nutritivos. Embora as mães culpassem as avós e os pais culpassem as mães pelos hábitos alimentares da criança, percebi que todos acreditavam que o ato de comer o alimento, independente do que fosse, era mais importante do que o alimento em si. O alimento possuía o valor de suprir a fome da criança, que ao verbalizar a vontade de comer, mesmo após ter feito uma refeição, imediatamente era concedido um outro alimento para atender a necessidade básica do indivíduo: comer.

Os valores culturais das famílias estiveram presentes nas falas de maneira que pude identificá-los no preparo dos alimentos, na forma de servi-los, na percepção dos familiares quanto ao alimento (“forte” ou “fraco”) e na concessão dos alimentos como meio para suprir a fome.

No que se refere aos fatores de parentesco e filosóficos, estes estiveram fortemente imbricados e foram marcantes quando havia mais de uma geração em torno da criança com risco para obesidade ou quando os pais discordavam das formas de cuidar do filho. Havia choque de opiniões, divergências quanto ao cuidado da criança, disputa pela criança através de concessões de alimentos e estigmatização da imagem da criança obesa.

Havia, também, queixas entre mães e avós, assim como entre pai e mãe. Algumas vezes essas queixas foram compartilhadas na presença da criança, que assumia, pela sua própria condição de fragilidade e vulnerabilidade, o papel manipulado pelos familiares. Essa manipulação se dava de duas formas: permissividade no ato de comer alimentos não nutritivos para seduzir a criança e negociação com a criança para não causar novos conflitos.

Além desses conflitos, outros apareceram relacionados à decisão de algumas mães em processar o pai da criança, seja para requerer pensão alimentícia, seja por motivos de violência doméstica. Uma situação de agressão física já tinha levado a mãe a abrir um boletim de ocorrência na delegacia de polícia contra o pai da criança. Essa família tinha uma relação muito conturbada e tensa.

Os fatores políticos e legais surgiram da percepção materna quanto ao papel da escola em promover a saúde da criança. As mães mostram-se satisfeitas e surpresas com a iniciativa da escola de seus filhos em permitir que o estudo fosse realizado lá. Precisamente nesse momento pude ver a importância da enfermeira estar presente na escola para atuar “com” a escola e “com” a família (não “sobre”), estabelecendo uma relação de cuidado compartilhado através de experiências vividas ligadas ao reconhecimento das atitudes e valores de individuais (BARUFFI, 2004).

Apesar do incentivo do governo para a adoção de hábitos alimentares saudáveis pela população brasileira, através da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), desde 2003 suas ações são direcionadas à população mais desfavorecida economicamente, excluindo, assim, a classe média. Pude perceber que as mães do estudo desconheciam completamente a PNAN, o que comprova que as políticas públicas têm sido dirigidas a uma população específica.

Algumas justificativas dadas pelas famílias em relação ao cuidado da criança não ser completamente satisfatório, estão associadas aos fatores sociais – trabalho, estudo e doença – caracterizadas pelo pouco tempo existente e pela incapacidade para cuidar do filho. Das mães que referiram o trabalho e o estudo como impeditivo no cuidado, apenas uma tinha um tipo particular de convivência com o filho, que morava um dia com a mãe e outro com a tia-avó. As dificuldades relatadas pelas mães do estudo estavam relacionadas às necessidades básicas da criança, principalmente a alimentação, que representava um forte ponto de

divergência entre os familiares, ao mesmo tempo em que aparecia como aspecto preocupante para as mães por não estarem acompanhando diretamente o que a criança come, quanto lhe é oferecido, como é preparado, onde e de que forma é servido.

A mãe que referiu à doença como impeditiva no seu cuidado foi a única que colocou o Senhor/Deus como Aquele que irá mudar a situação em que ela e seus filhos se encontram. Disse que se sentia numa provação, em que o Senhor estava observando se ela era merecedora para que Ele mudasse a sua vida. A partir dessa mudança poderia cuidar adequadamente do seu filho. A questão religiosa era um ponto predominante no modo de viver da mãe do Cebolinha, que acreditava plenamente na capacidade divina para resolver sua situação de dependência financeira.

Embora as outras mães do estudo não tenham mencionado questões religiosas, isso não impede que tenham religiosidade. O fato de não terem referenciado aspectos religiosos me leva a refletir que, por as mesmas não perceberem o filho como uma criança com risco para obesidade, não haveria razão para referenciar a religião, pois se tratava de uma criança saudável para elas.

O nível de escolaridade das mães não era ruim, pois se tratavam de pessoas de classe média. No entanto, estas não associaram o excesso de peso da criança com possíveis complicações futuras, sendo ainda válido ressaltar que uma das mães era nutricionista, tinha aparência física de pessoa obesa e não considerou a filha com peso acima do normal; defendeu, em contrapartida, que a criança era ativa e que poderia crescer e perder peso. Essa ausência da percepção materna pode ser justificada pela ausência inicial de prejuízo pelo excesso de peso, pois os pais só costumam se preocupar com o peso excessivo da criança a partir da percepção de prejuízos físicos que o filho venha a ter.

Logo, uma escolaridade melhor não impede que as mães tenham um conceito de alimento como aquele que supre a fome do filho, sem considerar o valor nutritivo e econômico do alimento, pois em algumas famílias os alimentos consumidos tanto eram pouco nutritivos como tinham um valor econômico muito superior àqueles considerados nutritivos (até mesmo por se tratar de pessoas de classe média, com poder aquisitivo maior em comparação à maioria da população brasileira).

Conforme os encontros iam acontecendo, fui compreendendo que cada família do estudo, de uma forma individual e singular, trazia consigo rituais, valores, crenças, estilos de vida, comportamentos, atitudes, sentimentos, emoções que estavam relacionados à maneira de ver e conviver com a criança com risco para obesidade. Independente de ser vista como obesa ou eutrófica, a criança era o centro dos cuidados da família, que se traduziam em diversas atitudes para atender as necessidades básicas da criança, principalmente suprir sua fome (com alimentos nutritivos ou não nutritivos), através da compra do alimento do seu gosto, da separação do prato de sua preferência e do carinho revestido no preparo do alimento. A realidade vivenciada pela família afetava o modo de viver, as relações sociais e a interação e comunicação entre os familiares, repercutindo diretamente sobre o comportamento e hábitos alimentares da criança.

6 REFLEXÕES E CONTRIBUIÇÕES FINAIS

Ter a oportunidade de fazer um estudo qualitativo, usar uma teoria de enfermagem que me permitiu adentrar na família e conseguir olhar diferente para minha prática como enfermeira, fez com que eu entrelaçasse minhas velhas e novas experiências na pesquisa com família. A lembrança de um passado recente me mostra um trabalho árduo que havia feito, com enfoque quantitativo, para em seguida, no presente vivenciado, realizar um estudo qualitativo voltado para compreender o modo de viver das famílias de crianças pré-escolares com risco para obesidade.

A possibilidade de ter estado com as famílias e ser aceita por elas sugere que eu reflita acerca da minha experiência em campo, tentando ser o mais detalhista possível para que possa envolver o leitor neste estudo. Antes, necessito rapidamente teorizar sobre meu foco, para que essa reflexão seja fundamentada numa parte da literatura existente.

A família como unidade promotora do cuidado da criança e de todos os seus membros, possui particularidades que a tornam responsável pelo bem-estar geral de todos. Para Osterne (2004), a família congrega um conjunto de palavras afins, como pai, mãe, filhos, casa, casamento, etc., que a caracterizam, sob a visão da maioria das pessoas, como um conjunto de indivíduos com parentesco que se ligam entre si por aliança, casamento, filiação ou afinidade, e que estejam sob o mesmo teto. Essa concepção vem se transformando ao longo dos séculos devido às relações sociais, que se traduzem na crescente ascensão do capitalismo, modificando os papéis dos membros e apontando um novo status social da família.

Os novos modelos de estrutura familiar são resultantes das transformações culturais das sociedades, relacionados à complexidade que cerca o contexto familiar. Cada modelo reconhece a família como uma unidade formada pela diversidade de manifestações individuais e coletivas dos seus membros, que são influenciadas pelas mudanças sociais.

Dentre as manifestações da família, cito a da mulher enquanto trabalhadora como uma das mais marcantes no estudo. Esta mulher é mãe, esposa, trabalhadora e dona-de-casa, e cumpre todos esses papéis cotidianos e simultaneamente ao seu modo de viver. Participa direta ou indiretamente das atividades do lar e da vida dos filhos, pois o fato de estar fora de casa não a impede de se envolver no cuidado da criança, esteja esta na escola, na casa da avó ou em casa com a empregada. Esses papéis demandam muita energia e alguns requerem que sejam divididos, compartilhados ou delegados a outras pessoas, como é o caso da participação dos avós no cuidado da criança.

O papel das avós também merece ser destacado, pois era permeado de aspectos culturais e valores associados ao alimento, desde seu preparo até a forma como era servido. Alguns alimentos, como o leite, eram vistos tanto pela avó quanto pela mãe como indispensáveis para a manutenção da saúde da criança, pois eram “fortes”, ou seja, ricos em nutrientes. Além disso, a imagem da criança gordinha com dobrinhas era associada à criança saudável e valorizada pela avó, que justificava um aumento de peso da criança como resultado desta estar em fase de crescimento e necessitar de um consumo maior de alimentos, mesmo que estes alimentos fossem pouco ou nada nutritivos. Esta atitude tanto poderia ser acatada pela mãe quanto rejeitada, sendo motivo para um possível conflito na família.

Para Leininger (1995), o cuidado popular advindo dos indivíduos, neste caso das famílias de crianças pré-escolares com risco para obesidade, constitui-se no que ela denomina “cuidado genérico”, que se caracteriza como uma postura aprendida e transmitida através das gerações familiares e como práticas utilizadas para manter, promover e melhorar a saúde dos membros da família.

Esse cuidado está presente nas famílias do estudo, em que **conviver com filho com risco para obesidade: uma realidade vivenciada pelas famílias** e as suas categorias *comer é mais do que suprir a fome; ser uma criança gorda traz problemas; e conflitos familiares em torno da criança gorda*, estão associados à questão econômica, social, de gerações, de estilo de vida, valores, crenças e experiências de cada familiar, de forma que pude apreendê-lo com todas as nuances enraizadas ao modo de viver de cada família. Pude, ainda, observá-lo como aspecto imprescindível na manutenção da saúde infantil e na afetividade dispensada pelos familiares à criança.

Diante das minhas experiências no campo pude constatar que a Enfermagem pode entrar e fazer parte da escola, fortalecendo a relação família-escola e promovendo a saúde da criança durante sua idade escolar, pois a promoção da saúde não é restrita ao ambiente familiar, mas se reflete sobre todos os contextos onde a criança está inserida. Assim, vejo um espaço não só para a prática da enfermeira de saúde escolar, mas também um espaço de aperfeiçoamento profissional e de produção científica a ser descoberto e compartilhado pela Enfermagem brasileira.

Sendo a Enfermagem uma profissão envolvida e dedicada à saúde da população, fui levada a pensar sobre a importância das políticas públicas nas ações de enfermagem, tanto no contexto escolar quanto familiar da classe média, pois essa população específica muitas vezes é excluída das ações do governo sem que lhe seja dado o direito de ter educação em saúde ou, simplesmente, considerar que a demanda existe e que se torna vulnerável às doenças modernas, como a obesidade.

Nesta perspectiva, dou-me conta das descobertas que fiz desde o momento em que estive na escola, onde pude começar a observar aspectos da vida da criança relacionados à sua educação alimentar. Em seguida, pude fazer muitas outras descobertas acerca das crenças, comportamento, atitudes, sentimentos, valores e hábitos de vida de cada família, o que se traduz na compreensão do modo de viver de cada uma das unidades de cuidado que adentrei. Além disso, reconheço o quanto tive de calar para conter os juízos de valor ao experienciar o choque cultural, que Leininger (1995) define como um sentimento que a pesquisadora vivencia ao se deparar com pessoas estranhas e que podem expô-la a situações constrangedoras e difíceis.

Contudo, precisei me ver inserida dentro das famílias e confiar nelas para voltar a acreditar que aquele momento fazia parte do processo de construção do estudo e talvez fosse um dos mais importantes para compreender o modo de vida daquela família em particular. Pensando assim, vi o quanto a Enfermagem pode atuar quando reconhece o cuidado cultural existente, possibilitando uma atitude ética no cuidado profissional às famílias de crianças com risco para obesidade. A partir disso, senti-me pronta para convidar o leitor para adentrar comigo no mais

instigante, afetivo, prazeroso e compensador universo do qual a criança faz parte – a sua família.

Por fim, quando me vejo dentro do espaço de convivência de cada família, vejo também que o cuidado – o ato de alimentar, neste caso – realizado por cada familiar é determinado pelas suas experiências de vida, seus valores, suas crenças e seu modo de viver com a criança com risco para obesidade. Além disso, vejo ainda como posso inserir ações de enfermagem para promover a saúde da criança e de sua família, partindo da compreensão de que cada família tem seu próprio modo de viver com a criança.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. A. N. *et al.* Crescimento físico. In: RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. **Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança.** São Paulo/SP: Atheneu, 2000.

ALTAMIRANO, F. T. *et al.* Repercusión de los hábitos televisivos sobre la actividad física y el rendimiento escolar de los niños (I). **Rev Cubana Enfermer**, v. 20, n. 2, 2004.

_____. *et al.* Influencia de los hábitos televisivos sobre la alimentación y el sobrepeso (II). **Rev Cubana Enfermer**, v. 20, n. 3, 2004.

ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa.** 2. ed. São Paulo/SP: Pioneira Thomson Learning, 2001.

AMATO, M. C. M.; AMATO, S. J. T. A. **Estilo de vida.** 5. ed. São Paulo/SP: Roca, 2004.

AMIGO, H. Obesidad en el niño en América Latina: situación, criterios de diagnóstico y desafíos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19 (supl. 1), p. 163-170, 2003.

ANGELIS, R. C. **Riscos e prevenção da obesidade: fundamentos fisiológicos e nutricionais para tratamento.** São Paulo/SP: Atheneu, 2003.

BALABAN, G.; SILVA, G. A. P. da. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. **Jornal Pediat**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 2, mar./abr. 2001.

BARBOSA, V. L. P. O que é obesidade? In: BARBOSA, V. L. P. **Prevenção da obesidade na infância e na adolescência: exercício, nutrição e psicologia.** Barueri/SP: Manole, 2004.

BARROS, M. L. Gênero, cidade e geração: perspectivas femininas. In: BARROS, M. L. (Org.) **Família e gerações.** Rio de Janeiro/RJ: FGV, 2006.

BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em saúde**: no contexto da promoção humana. Fortaleza/CE: Edições Demócrito Rocha, 2003.

BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo/RS: UFP, 2004.

BASSOLS, A. M. S.; DIEDER, A. L.; VALENTI, M. D. A criança pré-escolar. In: EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre/RS: Artmed, 2001.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 9. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2003.

BOA-SORTE, N. *et al.* Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. **Jornal Pediatr**, Rio de Janeiro/RJ, v.83, n. 4, p. 349-356, jul./ago. 2007.

BOEHS, A. E. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. **Rev Latino-am Enferm.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 90-6, jan/fev. 2002.

BOUMARD, P. O lugar da etnografia nas epistemologias construtivas. **Rev Psicologia Social e Institucional**, v. 1, n. 2, nov. 1999. Disponível em: <<http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov1n22.htm>>. Acesso em: 10 maio 2007.

BOYD, S. T. Base conceptual para la intervencion de enfermeria con las familias. In: HALL, J. E.; WEAVER, B. R. **Enfermeria en salud comunitaria**: un enfoque de sistemas. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos em Saúde, Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n.º196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Art. III. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional. **Sisvan**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Antropometria: como pesar e medir**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. PNAN. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Pactos pela Saúde**, v. 4. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRAZ, M. P.; DESSEN, M. A.; SILVA, N. L. P. Relações conjugais e parentais: uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Brasília/DF, v. 18, n. 2, p.151-161, 2005.

BUENO, M. B.; FISBERG, R. M. Comparação de três critérios de classificação de sobrepeso e obesidade entre pré-escolares. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 6, n. 4, p. 411-417, out/dez. 2006.

BURD, M. Obesidade e família. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. **Doença e família**. São Paulo/SP: Casa do Psicólogo, 2004.

CALVASINA, P. G. *et al.* "Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p. 371-380, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo/SP: Hucitec, 2003.

CARVALHO, M. C. B.. A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, S. M. **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo/SP: Cortez; Brasília/DF: UNICEF, 2002.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "*empowerment*" no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 108-1095, jul/ago. 2004.

CATRIB, A. M. F. *et al.* Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza/CE: Edições Demócrito Rocha, 2003.

COHN, C. **Antropologia da criança**. Rio de Janeiro/RJ: Jorge Zahar Ed., 2005.

COLE, T. J. *et al.* Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. **BMJ**, v. 320, p. 1240-3, May. 2000.

CORDÁS, T. A.; SCAGLIUSI, F. B.; AZEVEDO, A. P. Aspectos psiquiátricos da obesidade. In: LANCHÁ JÚNIOR, A. H. **Obesidade**: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, 2006.

CORSARO, W. A. Entrada no campo, aceitação e natureza da participação nos estudos etnográficos com crianças pequenas. **Rev Educ. Soc.**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 443-464, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v26n91/a08v2691.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2007.

COSTA, L. B.; COSTA, A. A. S. Família: vida e arte. In: GURGEL, A. H.; COSTA, L. B.; VIEIRA, M. D. C. M. **O cuidado em saúde**. Fortaleza: UFC, 2000.

COUTINHO, W. **Consenso Latino-Americano sobre Obesidade**. 1998. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pdf/consenso.pdf>> Acesso em: 8 jan 2007.

_____. Obesidade: conceitos e classificações. In: NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. 2. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2006.

CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. **Fundamentos de enfermagem**: saúde e função humanas. 4. ed. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, 2006.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro/RJ: Fiocruz, 2003.

DALLERA, S.; SORRENTINO, N. **A psicodieta**: por que comemos, por que engordamos, como parar. 2. ed. São Paulo/SP: Paulus, 1997.

DE LAVOR, A. Alimentação no Brasil: um padrão bem pouco saudável. **Rev Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 56, p.18-24, abr. 2007.

DELGADO, J. A. O que é o “ser da família”? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis/SC, v. 14, n. Esp., p. 86-94, 2005.

ELSEN, I. Desafios da Enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. I. R. *et al* (orgs.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.

FALCÃO, D. V. S.; SALOMÃO, N. M. R. O papel dos avós na maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia**, Campinas/SP, v. 22, n. 2, p. 205-212, abr./jun. 2005.

FALCETO, O. G.; WALDEMAR, J. O. C. O ciclo vital da família. In: EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre/RS: Artmed, 2001.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre/RS: Bookman, 2004.

FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. **Fortaleza em números**. Fortaleza/CE: Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento, 2004.

FRANCO, G. **Tabela de composição química dos alimentos**. 9. ed. São Paulo/SP: Atheneu, 2005.

FROTA, M. A.; BARROSO, M. G. T. Repercussão da desnutrição infantil na família. **Rev Latino-am Enferm.**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 996-1000, nov/dez. 2005.

_____. **Desnutrição infantil na família: causa obscura**. Sobral/CE: UVA, 2003.

GALINDO, E. M. C. **Tradução, adaptação e validação do *Eating behaviours and body image test* (IBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto-SP**. 2005. 43 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

GIUGLIANO, R.; MELO, A. L. P. Diagnóstico de sobrepeso e obesidade em escolares: utilização do índice de massa corporal segundo padrão internacional. **Jornal Pediat**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 129-134, mar/abr. 2004.

GUIMARÃES, C. B. A instabilidade dificultou a ascensão à classe A e criou o risco de queda para a C. **Resenha Eletrônica**. Ministério da Fazenda, 2007. Disponível em:<http://209.85.165.104/search?q=cache:Pk70FQvHGzQJ:www.fazenda.gov.br/resenhaeletronica/MostraMateria.asp%3Fcod%3D367039+classifica%C3%A7%C3%A3>

[o+classe+m%C3%A9dia&hl=ptBR&ct=clnk&cd=46&gl=br&client=firefox-a](#). Acesso em: 1 maio 2007.

HALPERN, A. **Obesidade**. 5. ed. São Paulo/SP: Contexto, 2001.

HALPERN, Z. S. C.; MANCINI, M. M. A. M. Avaliação e tratamento da obesidade na infância e na adolescência. In: HALPERN, A.; MANCINI, M. C. **Manual de obesidade para o clínico**. São Paulo/SP: Roca, 2002.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde & doença**. 4. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2003.

HOCKENBERRY, M. J. **Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7. ed. Rio de Janeiro/RJ: Elsevier, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003**: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro/RJ: IBGE, 2004.

KINCHELOE, J. L. McDonald's, poder e crianças: Ronald McDonald (também conhecido como Ray Kroc) faz tudo por você. In: STEINBERG, S. R.; KINCHELOE, J. L. (org). **Cultura infantil**: a construção corporativa da infância. 2. ed. Rio de Janeiro/RJ: Civilização Brasileira, 2004.

LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. A família e a enfermeira no contexto domiciliar: dois lados de uma realidade. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 307-13, jul/set. 2003.

LEÃO, L. S. C. S. *et al.* Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 47, n. 2, p. 151-157, abr. 2003.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity & universality**: a theory of nursing. New York, EUA: Jones and Bartlett Publishers, 1991.

_____. **Qualitative research methods in nursing**. Philadelphia, EUA: W.B. Saunders, 1985.

LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Transcultural nursing**: concepts, theories, research & practice. 3. ed. New York, EUA: Andover Publishers, 2002.

LIMA, E. M. Avaliação de fatores de risco associados com elevação da pressão arterial em crianças e adolescentes. **Jornal Pediat**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 3-5, jan./fev. 2004.

MARANHÃO, D. G.; SARTI, C. A. Cuidado compartilhado: negociações entre famílias e profissionais em uma creche. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n.22, p.257-70, maio/ago. 2007.

MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P. A enfermagem frente a problemas de relacionamento na família. **Rev Bras Enferm**, Brasília/DF, v. 56, n. 3, p. 248-253, maio/jun. 2003.

MARCUS, M. T.; LIEHR, P. R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, 2001.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal Pediat**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 173-182, maio/jun. 2004.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. dos. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 698-709, mai-jun. 2004.

MENEZES, O. A. **Obesidade: motivações inconscientes**. 2. ed. São Paulo/SP: Paulus, 2003.

MILLS, C. W. **A nova classe média**. 3. ed. Rio de Janeiro/RJ: Zahar Editores, 1979.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro/RJ: Vozes, 2002.

MIRANDA, M. I. F.; FERRIANI, M. G. C. **Políticas públicas sociais para crianças e adolescentes**. Goiânia/GO: AB Editora, 2001.

MOTTA-MAUÉS, M. A. Na “casa da mãe”/“na casa do pai”: anotações (de uma antropóloga-avó) em torno da “circulação” de crianças. **Rev de Antropologia**, São Paulo/SP, USP, v. 47, n. 2, 2004.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (NCHS). Center for Disease Control and Prevention (CDC). **2000 CDC Growth Charts: United States**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/growthcharts/>>. Acesso em: 2 abr. 2007.

OLIVI, M. L.; FONSECA, R. M. G. S. A mãe sob suspeita: falando da saúde da criança em idade escolar. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 213-21, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global**. São Paulo/SP: Roca, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B.; PAGLIUCA, L. M. F. *Sunrise model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis*. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 130-5, jan/mar. 2007.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B.; ALVES, M. D. S. Utilização da teoria do cuidado cultural na pós-graduação em Enfermagem: a realidade brasileira. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 245-52, abr/jun. 2006.

OSTERNE, M. S. F. A família em sua multiplicidade de formas e sentidos. In: FROTA, M. H. P.; OSTERNE, M. S. F. **Família, gênero e geração: temas transversais**. Fortaleza/CE: EDUECE, 2004.

PAULA, E. M. A. T.; OLIVEIRA, Z. M. R. "Comida, diversão e arte": o coletivo infantil no almoço na creche. In: OLIVEIRA, Z. M. R. **A criança e seu desenvolvimento**. 3. ed. São Paulo/SP: Cortez, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2005.

PORTER, M. E. Atitudes, valores, crenças e a microeconomia da prosperidade. In: HARRISON, L. E.; HUNTINGTON, S. P. **A cultura importa**. Rio de Janeiro/RJ: Record, 2002.

PRAÇA, N. S. Pesquisa qualitativa, ensino e assistência de enfermagem: interação que favorece o cuidado cultural. **Ciencia y Enfermeria**, Concepcion, v. 9, n. 2, p. 67-75, dez. 2003.

QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Concepções de promoção da saúde e atuação dos profissionais que cuidam das crianças. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 31-7, jan/mar. 2004.

ROPER, N.; LOGAN, W.W.; TIERNEY, A.J. **Modelo de Enfermagem**. 3. ed. Portugal: McGraw-Hill, 1995. 454p.

ROPER, J. M.; SHAPIRA, J. **Ethnography in nursing research**. Califórnia/EUA: Sage Publications, 2000.

ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, Recife, v. 4, n. 1, p. 85-94, jan/mar. 2004.

SARAIVA, K. R. de O. *et al.* O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 63-70, jan/mar. 2007.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 2. ed. São Paulo/SP: Cortez, Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005.

SCHAURICH, D. *et al.* Utilização da Teoria Humanística de Paterson e Zderad como possibilidade de prática em enfermagem pediátrica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 265-270, abr. 2005.

SIGULEM, D. *et al.* Obesidade na infância e na adolescência. **Rev Compacta Nutrição**, v. 2, n. 1, p. 7-18, jan. 2001.

SILVEIRA, G. T.; PEREIRA, I. M. T. B. Escolas promotoras de saúde ou escolas promotoras de aprendizagem/educação? In: LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.

Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro/RJ: Vieira & Lent, 2004.

SOARES, L. D.; PETROSKI, E. L. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. **Rev Bras Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 3, n. 1, p. 63-74, jan. 2003.

SPADA, P. V. **Obesidade infantil** – aspectos emocionais e vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro/RJ: Revinter, 2005.

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. **Enfermagem comunitária:** promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa/Portugal: Lusociência, 1999.

STEFANE, J. M. J. A Enfermagem, o crescimento e desenvolvimento infantil. In: SCHMITZ, E. M. R. **A Enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo/SP: Atheneu, 2005.

STEINBERG, S. R.; KINCHELOE, J. L. Sem segredos: cultura infantil, saturação de informação e infância pós-moderna. In: STEINBERG, S. R.; KINCHELOE, J. L. (org). **Cultura infantil:** a construção corporativa da infância. 2. ed. Rio de Janeiro/RJ: Civilização Brasileira, 2004.

STENZEL, L. M. **Obesidade:** o peso da exclusão. 2. ed. Porto Alegre/RS: EDIPUCRS, 2003.

STREY, M. N. Gênero, família e sociedade. In: STREY, M. N.; SILVA NETO, J. A.; HORTA, R. L. **Família e gênero**. Porto Alegre/RS: EDIPUCRS, 2007.

STREY, M. N. *et al.* Violência e vida conjugal: recursos para os momentos críticos. In: STREY, M. N.; SILVA NETO, J. A.; HORTA, R. L. **Família e gênero**. Porto Alegre/RS: EDIPUCRS, 2007.

STÜRMER, J. S. **Reeducação alimentar na família**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004.

TOMKINS, A. Measuring obesity in children: what standards to use? **Jornal Pediat**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 4, p. 246-8, jul/ago. 2006.

VIEIRA, L. J. E. S. **Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada**. 2001. 182 f. Tese (Doutorado

em Enfermagem) – Faculdade de Odontologia, Farmácia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

VITOLLO, M. R. **Nutrição**: da gestação à adolescência. Rio de Janeiro/RJ: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

WERNET, M.; ÂNGELO, M. Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 19-25, 2003.

XIMENES, L. B. **Toda gravidez é diferente e cada uma tem sua história**. 2001. 161 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Odontologia, Farmácia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

ZEFERINO, A. M. B. *et al.* Acompanhamento do crescimento. **Jornal Pediat**, Rio de Janeiro, v. 79 (supl. 1), maio, 2003.

APÊNDICE

ANEXO

