

O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção

The role of society and family in care for child overweight and obesity: perception of health professionals at different levels of care

Aline Dias Dornelles

Psicóloga. Especialista em Saúde da Criança.
E-mail: dornellestche@ibest.com.br

Márcia Camaratta Anton

Psicóloga do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
E-mail: marciacamaratta@gmail.com

Adolfo Pizzinato

Psicólogo. Professor. Universitat Autònoma de Barcelona. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Psicologia.
E-mail: adolfo.pizzinato@pucrs.br

Correspondência

Aline Dias Dornelles
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS):
Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, Sala 930, CEP 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

O desenrolar da transição do perfil nutricional ocorrida nos últimos 30 anos resulta em um cenário epidemiológico preocupante, que leva a população brasileira a sérios agravos em saúde. O sobrepeso e a obesidade infantil vêm ganhando espaços para reflexão e discussão importantes, a fim de buscar estratégias para melhor entender essa questão. Este estudo identifica as percepções dos profissionais de saúde acerca do papel da sociedade e da família na atenção ao sobrepeso e obesidade infantil no Sistema Único de Saúde (SUS). Participaram deste estudo 7 profissionais da saúde atuantes nos diferentes níveis de atenção do SUS. Uma entrevista semiestruturada e a análise de conteúdo foram, respectivamente, utilizadas como métodos de coleta e análise de dados. Os resultados sugerem que as modificações nas estruturas familiares, os papéis sociais de gênero e os valores de uma sociedade capitalista não apenas contribuem para que essa característica se instale, mas, também, podem ser considerados fatores determinantes da questão do sobrepeso e da obesidade infantil. Talvez o caminho para alcançar melhorias na atenção à saúde das crianças seja retroceder na satisfação plena dos desejos individuais e resgatar objetivos coletivos, focando no fortalecimento dessas instituições.

Palavras-chave: Sobrepeso e Obesidade Infantil; Sociedade; Família.

Abstract

The unfolding of the nutrition profile transition that took place within the last 30 years results in an epidemiological scenario that is a matter of concern, leading the Brazilian population to severe health problems. Child overweight and obesity have gained ground for significant discussion and reflection, in order to seek for strategies to better understand this issue. This study identifies the perceptions of health professionals regarding the role of society and family in the provision of care for child overweight and obesity in the Brazilian National Health System. This study relied on the participation of 7 health professionals working at the different levels of care in the National System. A semi-structured interview and content analysis were respectively used as methods for collecting and analyzing data. The results suggest that changes in family structures, social gender roles, and values of a capitalist society not only contribute so that this characteristic is deployed, but they can also be considered as determining factors for the issue of child overweight and obesity. Perhaps, the pathway to achieve improvements in the provision of care for children is moving backwards from the full satisfaction of individual wishes and resuming collective objectives, with a focus on strengthening these institutions.

Keywords: Child Overweight and Obesity; Society; Family.

Introdução

A obesidade infantil tem sido foco de discussões e alvo de vários estudos devido à sua complexidade e gravidade (Rinaldi e col., 2008; Ferreira e Vianna, 2008). No que diz respeito à incidência mundial, a temática da obesidade é descrita como um fator de risco para a população, pois está relacionada a diversas comorbidades, adquirindo *status* de epidemia no século XX (OMS, 2004). Estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística revelaram que, no ano de 2009, uma em cada três crianças de cinco a nove anos de idade estavam acima do peso (IBGE, 2009). Os números mostram o aumento significativo nos índices de sobrepeso e obesidade infantil, que têm o Sudeste do Brasil como Região com maior incidência dessa característica, 40,3% dos meninos e 38% das meninas estão acima do peso. Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo (2005), a obesidade e o histórico familiar estão relacionados ao surgimento de Diabetes tipo II tanto em adultos quanto em jovens. É identificado ainda que a maioria destes problemas tem origem na infância (Garcia e col., 2004). Barros Filho (2004) observa ainda que devido à rápida evolução dessas características na população, pode-se pensar que os fatores ambientais ocupam um lugar central nessa problemática, pois populações etnicamente semelhantes, quando em condições ambientais diferentes, apresentam diferentes índices de prevalência. A OMS (2004) estima que 95% das situações de excesso de peso e obesidade infantil ocorrem devido à causas ambientais.

O contexto sociofamiliar é entendido como fator de grande influência na condição de obesidade nas crianças. Na população infantojuvenil, por exemplo, o fator ambiental prevalece em detrimento dos desejos individuais uma vez que essa população é dependente de uma organização e funcionamento familiar já instituídos. Situação essa que, em geral, os adultos enfrentam com maior autonomia. Tassara e colaboradores (2010) observam que as vivências maternas de sofrimento podem acarretar em cuidados excessivos com os filhos, provocando uma relação simbiótica negativa que mais tarde pode ser revertida em características como dificuldades nas relações interpessoais, comportamentos de isolamento social e dependência.

Outro aspecto que a literatura aponta como fator de risco para a obesidade infantil é o fato de os pais serem obesos. Sem desprezar os componentes genéticos envolvidos, pode-se relacionar a obesidade infantil às questões de aprendizagem de hábitos alimentares e da reedição da obesidade a partir da identificação com os pais (Tassara e col., 2010; Oliveira e col., 2010). Outros comportamentos ansiosos, como o consumo alimentar excessivo, comer depressa e comer em frente à televisão, também foram associados à obesidade. Os autores concluíram que os hábitos de vida familiares são os fatores de intervenção mais importantes no tratamento do sobrepeso e da obesidade infantil e que os aspectos emocionais estão sempre relacionados como causa ou consequência dessa enfermidade (Oliveira e col., 2010).

Em relação à participação dos pais no tratamento dos pacientes com sobrepeso e obesidade, há a descrição de que os hábitos de vida familiares são determinantes no processo de emagrecimento (Oliveira e col., 2010). Negrão e Barreto (2006) trazem alguns dados relacionados à adesão ao tratamento de crianças obesas e revelam que, após cinco meses de tratamento comportamental (controle alimentar associado à atividade física regular), 71% dos sujeitos não alcançam o final do programa. A prática de atividade física também é referida como um ponto que apresenta interferência externa e que depende do interesse e engajamento dos pais (Mello e col., 2004). Um estudo retrospectivo, realizado em Campinas, com crianças e adolescentes vinculados ao ambulatório de obesidade na atenção terciária, também observou um alto índice de abandono do tratamento (43%) (Zambon e col., 2008). De um modo geral, Zambon e colaboradores (2008) consideram que, a longo prazo, os resultados são desanimadores, principalmente em função da necessidade de mudança nos hábitos de vida e do apoio familiar insatisfatório. Nessa temática, Barros Filho (2004) considera como fator central a mudança de um paradigma social, considerando que os modelos sociais vigentes não estão focados na saúde, mas sim em valores estéticos impostos pela mídia. Sua crítica é pautada na implementação de intervenções preventivas de modo a atingir melhorias na qualidade de vida do sujeito e, desse modo, evitar que problemas como o sobrepeso e

a obesidade infantil se constituam de forma tão grave e significativa. É necessário considerar que o avanço tecnológico e as oportunidades para as mulheres no mercado de trabalho são fatores sociais que podem, também, impactar nos cuidados com alimentação e imposição de um ritmo de vida mais acelerado (OIT, 2009).

Além da interferência de fatores genéticos, biológicos, comportamentais, psicológicos e sociais, a questão do sobrepeso e obesidade possui outros atravessamentos ao passo que evolui para o âmbito da saúde pública na fase de diagnóstico e tratamento. Como outras doenças crônicas, uma vez instaladas, vêm adquirindo proporções maiores ao longo dos anos e onerando com altos investimentos em termos de saúde pública (Mendes, 2011). Considerando o cenário da saúde pública, além dos usuários, os profissionais também atuam como protagonistas no combate às doenças crônicas e podem revelar entraves enfrentados no tratamento da obesidade. Desse modo, parece importante investigar entre os profissionais suas percepções e considerações com relação ao papel da sociedade e da família na atenção ao sobrepeso e obesidade infantil no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este o objetivo deste estudo. É consenso na literatura a necessidade de melhor investigar e identificar entraves no tratamento de pacientes com sobrepeso e obesidade infantil a fim de contribuir com práticas de atuação mais efetivas (Oliveira e col., 2010; Barros Filho, 2004; Zambon e col., 2008; Mello e col., 2004; Tassara e col., 2010).

Procedimentos metodológicos

Participaram deste estudo sete profissionais, de diferentes áreas, atuantes nos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Atenção Primária em Saúde é a denominação dada ao nível de menor densidade tecnológica, tendo como atividades a promoção, prevenção e recuperação da saúde nos níveis ambulatorial, de saneamento e apoio diagnóstico. O nível secundário é destinado ao desenvolvimento de atividades assistenciais com densidade tecnológica intermediária, com atividades em especialidades médicas nas modalidades de atenção ambulatorial, internação e reabilitação. O nível terciário é caracterizado pela atenção de maior densidade tecnológica,

representado fundamentalmente nas modalidades de urgência e emergência (Brasil, 2010). Conforme o quadro 1 foram entrevistados: a) três profissionais na Estratégia de Saúde da Família: um agente comunitário de saúde, um técnico de enfermagem

e um médico de família e comunidade; b) dois profissionais no Centro de Saúde/Ambulatório de especialidades: um pediatra e um nutricionista; c) dois profissionais em hospital geral: um médico nutrólogo e um endocrinologista.

Quadro 1 - Características dos sete profissionais de saúde atendentes no SUS, Porto Alegre (RS), em 2012

Participante	Profissão	Nível de atenção	Serviço	Tempo de atuação no serviço
ACS	Agente Comunitário de Saúde	Primário	Estratégia de Saúde da Família	9 anos
TEM	Técnico de Enfermagem	Primário	Estratégia de Saúde da Família	10 anos
MFC	Médico de Família e Comunidade	Primário	Estratégia de Saúde da Família	4 anos
PED	Médico Pediatra	Secundário	Centro de Saúde	17 anos
NUT	Nutricionista	Secundário	Centro de Saúde	2 anos
END	Médico Endocrinologista	Terciário	Hospital Geral	25 anos
NTO	Médico Nutrólogo	Terciário	Hospital Geral	10 anos

Trata-se de um estudo qualitativo com delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994), que buscou identificar as percepções dos profissionais de saúde acerca do papel da sociedade e da família na atenção ao sobrepeso e obesidade infantil no SUS. Para tanto, inicialmente foi realizado um contato telefônico com três Serviços de Saúde: uma Estratégia de Saúde da Família, um Centro de Saúde/Ambulatório de especialidades e os Serviços de Nutrologia e Endocrinologia de um hospital geral, para informar sobre a pesquisa e convidar os profissionais a participarem do estudo. A partir da aprovação dos respectivos comitês de ética em pesquisa e concordância dos profissionais, foram agendados horários individuais para apresentação da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹ e para a realização de uma entrevista estruturada, conduzida de modo semidirigido. A entrevista foi desenvolvida exclusivamente para fins deste estudo e contemplou questões como: parâmetros diagnósticos e de gravidade do sobrepeso e obesidade nas crianças, intervenções realizadas em cada nível de atenção, fluxos de encaminhamentos e dificuldades do usuário no processo de emagrecimento e na adesão às orientações da equipe. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente, transcritas para fins de análise.

Resultados

A partir da realização das entrevistas, o discurso dos participantes foi examinado por meio da análise de conteúdo, que tem por objetivo levantar categorias temáticas que emergem no *corpus* de análise (Laville e Diones, 1999). Desse modo, foram identificadas duas categorias temáticas. A primeira, **Sociedade e Cultura**, inclui manifestações a respeito do estilo de vida atual, influência da mídia e do consumismo, satisfação imediata e ausência de outras fontes de investimento e novas configurações familiares. A segunda categoria, **Família**, inclui manifestações como identificação do sobrepeso e a obesidade como um problema, adesão ao tratamento e a influência da família. Tais categorias foram levantadas, sobretudo, em virtude da frequência em que foram citadas nos discursos dos profissionais, e apresentadas exemplificando com as verbalizações dos participantes.

Sociedade e cultura

Durante as entrevistas, foi possível identificar que muitos profissionais atribuíram a problemática do sobrepeso e da obesidade infantil uma série de comportamentos e características da sociedade

1 O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (nº 001.019450.12.5) e pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital de Clínica de Porto Alegre (nº 41326).

contemporânea. Uma das características observadas pelos profissionais durante sua assistência é que as pessoas, de modo geral, apresentam resistência em seguir orientações que representam mudança no seu estilo de vida, cada vez mais implicado com ideais individualistas e hedonistas.

A praticidade e a facilidade, bem como o pouco tempo dedicado às tarefas domésticas, principalmente à alimentação, foi um dos pontos relevantes apresentados pelos profissionais: *Isso é falta de... Não é de conhecimento... É pura facilidade! É mais fácil! A gente vê que na verdade é mais fácil ir ali ao bar e comprar uma bolachinha recheada e dar pro teu filho levar pra escola do que fazer...* (TEN1°). A agente comunitária de saúde também observou esse aspecto ao falar das dificuldades de adesão ao tratamento: *É difícil pela praticidade. Tem muita gente que prefere congelados... Lasanha... Porque é mais prático!* (ACS1°).

Na alta complexidade a médica endocrinologista também relatou observar tais características ao longo dos seus anos de assistência a esses usuários: *Ninguém quer se dar ao trabalho de experimentar o que é uma verdurinha. Nasce uma criança hoje e todo mundo quer dar iogurte, papinha pronta... Não adianta quando os pais já estão atirados no pronto, no fácil* (END3°).

Tratando-se ainda da observação dos profissionais acerca das mudanças no estilo de vida dos indivíduos, alguns deles percebiam que a concepção da obtenção de resultados imediatos por vezes pode resultar no abandono do tratamento, conforme observado na fala das profissionais da atenção básica: *Mas eles chegam aqui com uma vontade, uma disposição, mas daqui a pouco eles não têm mais essa vontade. Eles não têm. É ruim tu fazer uma coisa que tu tenhas que ter tempo. O tempo pra eles é pra dormir... descansar* (TEN1°). *Como é um trabalho em longo prazo para emagrecer. [...] Acho que eles não veem resultado imediato e acabam desistindo. Eles querem emagrecer de um dia para o outro* (ACS1°).

O fato de os pais passarem a maior parte do dia fora de casa ou implicados em outras atividades impôs a necessidade de que outras pessoas, instituições ou a própria criança se responsabilizassem por sua alimentação, tornando-se responsáveis única e exclusivamente pelo gerenciamento de sua alimentação, sem supervisão: *Deixar abandonado... Faz o*

que tu queres! Come o que tu queres! Pra mim isso é maus-tratos (END3°). A médica nutróloga também traz reflexões sobre tal prática:

As famílias estão dentro de um contexto social e o contexto social está muito ruim, no sentido de bons hábitos, é o sedentarismo, é o isolamento social das crianças, abandono... Muitas famílias as mães trabalham, os pais trabalham, as crianças ficam sozinhas. Total falta de orientação de uma rotina alimentar... ninguém senta mais na mesa, nem usam talheres... Então, assim, é um sistema todo social que está empurrando as nossas crianças à obesidade infantil (NTO3°).

A observação de que as crianças ficam muito tempo dentro de casa vem acompanhada por justificativas contextuais do cenário atual, como a falta de segurança pública. Ainda que essa justificativa apareça maximizada em alguns discursos, tem como consequência o incentivo às crianças investir em fontes de interesse e atividades que possam ser realizadas em espaços pequenos ou fechados: *Hoje em dia eles ficam jogando videogame. No passado eles ficavam mais na rua. Aí tu vêes que o problema da saúde ultrapassa todas as áreas, porque vai à área da educação, vai à área da segurança ...* (MFC1°).

A médica pediatra também observou na sua prática repercussões da falta de segurança pública: *As crianças não têm muito espaço para brincar. Elas são estimuladas a ficarem quietas, não é? [...] A questão da violência deixa a criança ficar mais presa mesmo. Então elas não tão acostumadas a ter muita atividade* (PED2°).

A médica nutróloga aborda as implicações da falta de segurança na prática de atividades físicas, projetando um agravamento ainda maior em termos de saúde pública:

Ninguém mais faz atividade física, todo mundo sempre na frente dos computadores ... Telas! Telas! Telas! Ninguém vai para a praça... A criminalidade, violência. É muito complicado! E infelizmente o que eu vejo a nível social é muito preocupante ... Daqui a 10 anos ... Porque as nossas crianças obesas vão ser adolescentes e adultos jovens diabéticos, hipertensos, com doença cardíaca, enfartando, osteoporóticos ... Então o sistema de saúde vai ter um custo grande daqui a 10 anos. Perfil péssimo! (NTO3°).

A nutricionista buscava identificar logo nas primeiras consultas a rotina da criança e as alternativas de atividades físicas. É comum a identificação do sedentarismo entre os usuários desta faixa etária: *Procuro identificar se a criança está muito sedentária, se não está ficando muito ansiosa porque está trancada dentro de um apartamento...* (NUT2°). Em outra passagem considerou como vulnerabilidade a dificuldade de acesso a atividades físicas atribuída à falta de segurança pública, a despeito da total ausência de políticas públicas sistemáticas para lazer, ócio e tempo livre na infância.

A influência da mídia e o consumismo também foram apontados pelos profissionais como fatores relevantes na temática do sobrepeso e da obesidade infantil, conforme observado pela agente comunitária de saúde: *É muito complicado! Já é cultural da pessoa: tem que comprar! Tem que ser um cachorro quente... Tem que levar meu filho no McDonald... Tem que... Sabe? Então é complicado, ninguém adere ao tratamento* (ACS1°).

Em outra passagem a agente comunitária observou que na escola, mesmo as crianças tendo a merenda ou alimento de casa, acabam levando dinheiro para a aquisição de lanche: *Acho que já é cultural mesmo. [...] Aqui (na escola) tem onde comprar... As guloseimas que eu digo, não é? Eles compram bolachinha recheada, eles compram doce, compram refrigerante, salgadinho. E os pais incentivam, não é, porque eles dão dinheiro pra comprar!* (ACS1°).

O médico de família e comunidade atribuiu responsabilidade na questão do sobrepeso infantil a diferentes segmentos sociais, citando os veículos de comunicação como incentivadores ao consumo: *Talvez se não tivesse uma sociedade tão consumista, com tanta porcaria sendo veiculada na televisão, com tanto refrigerante, com tanta coisa que gera desejo nas crianças...* (MFC1°). A médica pediatra também identificou a questão da mídia como fator de forte influência: *As propagandas dos programas infantis é alimento não saudável, biscoitinhos recheados... Então é difícil! Isso é um valor... Isso dá um status, não é! Que as crianças querem e as famílias acham legal, não é! Isso é difícil mudar!* (PED2°).

A médica endocrinologista apontou o consumo de alimentos inadequados como fonte de investimento único e exclusivo de uma classe média que

não possui outras ambições: *A melhora da situação econômica da população aqui, nos EUA... Tem o suficiente para viver e um pouco mais, que é ter um carro, uma casa, e não tem metas para pôr o dinheiro em coisas que alimentem a mente, viajar, estudar... Acaba indo em alimento* (END3°).

Apesar de ter sido a única profissional a ter feito uma associação entre o consumo e a ausência de outras fontes de investimento pessoal, essa observação, ainda que extremada, é relevante para a discussão. Em outra passagem a mesma médica expôs sua percepção sobre os valores sociais: *A primeira coisa acho que é cultura... Muita cultura tem menos obesidade! Então, se já tem cultura, se valorizam coisas que não são alimentos e automóveis... não se é obeso... Tem que valorizar coisas não materiais* (END3°).

Alguns profissionais também consideraram como características da sociedade atual a observação de uma diversidade maior de cuidadores da criança, que aqui será descrita como um fenômeno social que chamaremos de novas configurações familiares. O médico de família e comunidade observava esse aspecto muitas vezes ao orientar as famílias: *É mais difícil tu conseguir uma adesão ao plano terapêutico dessa forma... Uma hora é um, uma hora é outro... Não adianta a mãe não dar, se vai lá a tia, a avó, e dá! A gente procura orientar todo mundo, fazer assim pra fechar o cerco em cima da coisa, não é?* (MFC1°).

A nutricionista também observou a diversidade de cuidadores como um fator de influência na adesão ao tratamento e ainda relatou que as orientações estão envoltas em uma trama de disputa entre os pais, para mostrar quem consegue agradar mais a criança:

É muito comum assim: separação dos pais, a criança começa a frequentar duas, três, quatro casas... É a casa do pai, da mãe, dos avós e aí... Aí as diferenças no padrão alimentar nas diversas casas. A questão dos limites... Compensações, eu acho! Um quer agradar mais que o outro e aí começa a confusão! [...] Porque tu tens que trabalhar com várias famílias, convencer uma família não é fácil, imagine várias... Sem contar as disputas, não é? Onde um é o bonzinho e o outro é o mauzinho... A mãe manda escovar os dentes e no fim de semana o pai permite tudo (NUT2°).

A nutricionista e a médica nutróloga descreveram as estratégias que utilizavam na sistemática assistencial para atingir todos os cuidadores da criança: *Uma das coisas que eu sempre coloco em primeiro lugar no tratamento da criança é a reunião de família, conversar com todo mundo que tem contato com essa criança: pais, avós, madrastra...* (NUT2°).

Com abordagem sistemática familiar. Trabalhando a família... A gente manda cartinha. O pai não está aderindo, vem só a mãe, vai cartinha para o pai vir na próxima consulta. A avó que cuida, traz a avó. A creche não sei o quê... vai cartinha pra creche. Então a gente faz essa abordagem porque não adianta, a criança é dentro de um contexto! (NTO3°).

Família

Esta categoria compreende percepções dos profissionais com relação à família no que diz respeito à identificação do sobrepeso e da obesidade, entraves na adesão ao tratamento e influência da família de modo geral ao longo do acompanhamento da criança com doença crônica. Em relação à identificação do sobrepeso e da obesidade infantil como problemas, a maioria dos profissionais percebeu que as famílias têm dificuldade de reconhecer essa questão como uma situação de saúde a ser tratada: *Alguns sim, mas a maioria não. A maioria parece que nega, parece que não estão vendo* (ACS1°). *Pra eles é natural! [...] O ser gordo para eles é sinônimo de saúde. Como sempre foi, não né? Se tá gordinha, tá bonitinha, é sinônimo de saúde* (TEN1°). *Às vezes a criança já vem com sobrepeso ou obesidade e a família nem se dá conta... Às vezes a família toda é obesa, é mais difícil ainda... Eles acham que isso é normal, não é?* (PED2°). Em outro trecho a pediatra se referiu à importância de mostrar aos pais que a obesidade é um problema que deve ser tratado: *Eu acho que eles negligenciam porque eles não veem como um problema, não é? A dificuldade tá em passar... Mostrar que isso é um problema!* (PED2°). *Muitas vezes eu vejo que, pra mãe, ela não enxerga a criança como gordinha, a família também não enxerga assim... Às vezes a família tá muito atrapalhada. E não está enxergando isso!* (NUT2°).

Os dois profissionais da alta complexidade referiram uma percepção diferente dos outros. Consideraram

que há percepção dos pais sobre a obesidade, mas que isso se deve ao fato de já terem percorrido um encaminhamento prévio: *Como nós somos um ambulatório de atendimento terciário, os pacientes já vêm conosco com esse encaminhamento. Então já vem essa preocupação da família com relação à situação clínica* (NTO3°). *A família identifica, mas não com tanta frequência. É mais em função do encaminhamento... Se o médico achar que é um problema manda pra nós. Então ela pode aceitar que seja um problema* (END3°).

Com relação à adesão ao tratamento, os relatos dos profissionais revelaram a dificuldade dos usuários e suas famílias na mudança de hábitos e a falta de motivação para se engajarem no tratamento como pontos citados com maior frequência. O médico de família observou que a falta de motivação está diretamente relacionada à dificuldade de mudar os hábitos:

Mudar hábitos é uma coisa bem difícil. [...] As pessoas dão mais importância pra outras coisas... Por exemplo, se vem uma doença que manifesta dor, elas vão valorizar muito mais do que um número que achou num aparelho de pressão ou numa balança. Valorizam muito mais aquilo que dá sintoma. Aí o que não dá sintoma fica muitas vezes em um segundo plano (MFC1°).

Outros profissionais (NUT2°, PED2°, END3°) também identificaram dificuldades na mudança de hábitos estabelecidos: *A gente não consegue realmente mudar alguns hábitos da família. Tem coisas realmente muito arraigadas e é meio complicado, porque a alimentação envolve muitas outras questões... Tu não comes só por fome, tem questões de educação nutricional, de ansiedade...* (NUT2°). *A maioria das medidas envolvem mudanças de comportamento da família... Que a família tem um hábito difícil ou porque suprimir certas coisas daquela criança eles acham impossível... Tu ter um pouco de autoridade é impossível* (END3°).

As médicas, pediatra e nutróloga, consideraram a mudança de hábito como uma das maiores dificuldades que o usuário enfrenta no tratamento, pois envolve uma mudança da família como um todo: *Ele (paciente pediátrico) não vai cozinhar sozinho* (PED2°). *É a família! São os hábitos familiares... A*

adesão familiar. Porque a criança é... faz parte de um contexto, né! De um ambiente. Então, se o ambiente não muda, ela sozinha não tem maturidade para mudar. Os hábitos são muito importantes nesse momento (NTO3°).

O médico de família e comunidade referiu ainda maior dificuldade quando os pais também são obesos: “Agora a motivação é muito difícil, às vezes quando a gente já tem os pais obesos, aí é um pouco complicado de conseguir essa motivação. Eu diria que é... talvez menos da metade, eu diria (MFC1°). Eles não têm motivação. São raros aqueles que têm motivação. Eles não têm nenhuma motivação (TEN1°). Até a faixa etária de 10, 11 anos a motivação é mais da família. A criança não valoriza tanto isso, a não ser quando tem muito bullying, muita pegação de pé na escola (NUT2°). Da mesma forma, a médica endocrinologista também identificava pouca motivação para as mudanças: Muita pouca motivação. Eu acho que a maioria quer que a gente encontre uma razão que exclua a atitude deles em se tratar... Que eu ache uma razão médica que diga: Você está doente! Eu te dou um remedinho. A gente opera não sei o quê e fica bem (END3°).

A influência que a família exerce no tratamento das crianças era percebida pelos profissionais como inadequada, pois, de acordo com suas percepções, a família demonstra dificuldade de se envolver e se comprometer com as orientações de modo que a criança tenha um suporte suficiente para atingir bons resultados. Em alguns trechos é possível identificar a constatação de que o tratamento da criança está submetido a uma adesão dos pais, conforme os relatos da técnica em enfermagem e da pediatra: O difícil é eles darem continuidade ao tratamento. Aquela coisa do vir novamente à unidade... Às vezes não vêm, a falta na consulta... É é nos pais, porque na verdade o pai é que tem que ter um envolvimento com a criança. A criança por si só não vai fazer (TEN1°).

Às vezes nem os pais se dão conta disso: “Ah, mas tá sempre tomando refrigerante!” Mas ele compra? Ele tem dinheiro? Ele vai lá comprar o refrigerante? Onde ele arruma refrigerante? É assim! Toda família toma refrigerante. Eles vêm convencidos de que só a criança não tem que tomar refrigerante. Eu disse: Bom! Mas isso é tortura não é? É tortura! Todo

mundo tem que mudar o hábito (PED2°).

A médica pediatra também identificou dificuldades no envolvimento da família com o tratamento da criança:

Da família... É difícil! Às vezes convence a mãe e vem. Porque vem um familiar só, não é? A mãe consegue se convencer, mas muitos tu vê que não está indo bem. Tu vais falando... Tu encaminhas pra nutricionista... Ah, não tá bem! Ela diz que tá bem, que está acertando a dieta e cada vez aumentando mais (o peso). Então: “Mas, o que é que come mesmo?” E aí vai vê: o pai fica com pena e dá, e acha que isso é normal. É difícil não é? Quando a família se envolve vai bem (PED2°).

A médica nutróloga percebia que a falta de envolvimento dos pais devia-se a uma ideia de que os resultados devem ser obtidos brevemente: Identificar até identificam, mas não se comprometem. Eles querem que se dê uma solução sem que eles precisem exercício, dieta, mudança de hábito... Eles querem uma mágica! (END3°). A profissional trouxe ainda exemplos de situações nas quais percebeu comportamentos ambivalentes dos pais: A maioria delas traz a criança para emagrecer com um saco de salgadinho. Isso é muito comum! “Puxa, isso aqui tu não precisa comer essa hora! Salgadinho... Bolachinha... Não carrega, ela não vai morrer de fome!” (END3°).

A nutricionista colocava sempre aos pais o envolvimento dos mesmos quase como uma condição para o acompanhamento da criança: Pelo menos uma vez por mês eu converso com a criança, a família... enfim. É muito importante a participação da família. Eu sempre peço que toda a família se envolva... Isso depende o tratamento (NUT2°).

A médica nutróloga atribuiu a obtenção de resultados satisfatórios em sua assistência à sistemática de trabalho, educando e envolvendo os pais no tratamento: Existe uma educação continuada da família sobre a situação clínica da criança. Vai sendo trabalhado o entendimento da doença, vai havendo esclarecimento dessa doença para a família, até para melhorar a adesão. Não é a criança, é a família! (NTO3°).

As dificuldades dos pais e cuidadores na imposição de limites também foram citadas pelos

profissionais como um obstáculo para alcançar resultados satisfatórios. A agente comunitária de saúde percebia a ambivalência dos pais:

Eu noto que os pais têm aquela briga, se preocupam com a criança, mas também não... Na cabeça deles acho que negar para a criança o que ela quer comer... Não sei o que é que passa! Mas eu sinto que fica essa dúvida que eles querem uma qualidade de vida, mas ao mesmo tempo querem atender a vontade da criança... Mesmo que a vontade da criança seja comer uma torta inteira (ACS1°).

O médico de família e comunidade relatou que em alguns momentos precisava auxiliar a família no manejo da criança: *Sempre chamando atenção dos pais: Vamos tentar de tal jeito! Vamos tentar por aqui, por ali! Quem sabe tira um pouco do videogame... (MFC1°).*

A nutricionista percebia claramente as consequências da falta de limite que, segundo ela, os pais apresentam com frequência:

É a dificuldade das famílias com o limite mesmo. A impressão que eu tenho é que os pais não sabem mais dizer não, parece que têm uma angústia, uma culpa muito grande de dizer não para as crianças. Então, na hora que o pai e a mãe têm que ser mais firmes, a questão de colocar o não... “Isso tu não pode comer todo dia!” É complicado. Muitas vezes eu sinto a fragilidade do adulto em relação à criança. Já aconteceu da criança começar a xingar a mãe na minha frente (NUT2°).

A médica endocrinologista, além de identificar tais aspectos, trouxe reflexões aprofundadas sobre a falta de limite e hipóteses sobre o porquê de isso ocorrer atualmente:

Acho que uma das maiores dificuldades é a família! Pode ser porque os pais não acreditam que esse tratamento... Estão dizendo não pro filho, estão achando que, tirando isso, estão privando o filho do melhor que eles podem dar! [...] Até a gente convencer que é ao contrário, de ser a melhor coisa... Que você não está fazendo o bem, está fazendo o mal. É complicado! Eu não sei se algum deles sabe que está fazendo o mal e quer fazer o mal... Suprimir certas coisas daquela criança eles acham impossível, tu ter um pouco de autoridade é impossível! (END3°).

Discussão

A temática do sobrepeso e obesidade infantil é descrita na literatura científica como uma questão de saúde complexa e de causa multifatorial. Este estudo corrobora a literatura da área na medida em que os achados, extraídos das falas dos profissionais entrevistados, reforçam a influência de fatores sociais e familiares identificando peculiaridades que interferem diretamente nessa questão de saúde.

O estilo de vida atual impõe um ritmo acelerado que, por vezes, se caracteriza como um obstáculo que não “permite” que as pessoas invistam nos cuidados com a saúde, entre eles os cuidados com a saúde nutricional. Essa observação foi relatada por três dos profissionais entrevistados (TEN1°, ACS1° e END3°), de forma muito clara, ao observarem que os pais têm muita dificuldade em cuidar da alimentação de seus filhos. Esses profissionais consideraram que, em virtude da falta de tempo e da grande disponibilidade de alternativas práticas oferecidas pelo mercado alimentício, os pais lançam mão de congelados e lanches, a despeito de seus valores nutricionais.

Esse aspecto também pode ser pensado pela perspectiva da mudança nos papéis sociais, de homem e mulher. Anteriormente as mulheres tinham a atribuição dos cuidados com a casa e os filhos, devendo estar atentas às necessidades familiares de modo a se ocuparem da saúde e alimentação de toda a família. De acordo com Prehn (1999), historicamente a mulher e o homem estabeleceram suas funções sociais a partir das habilidades associadas a uma condição biológica: a mulher pela capacidade de gestar e o homem no exercício de atividades que exigissem força física e velocidade. A emancipação feminina, ocupando um lugar mais igualitário no mercado de trabalho, também pode estar relacionada a um esvaziamento da vigilância dessas questões, antes atribuição exclusivamente feminina. A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2009) afirma que as mudanças na realidade social colocam a mulher numa situação de vulnerabilidade, pois mantém uma jornada dupla, no trabalho formal e em casa, uma vez que muitos homens ainda não assumem as atribuições familiares e domésticas. A responsabilidade não compartilhada pode ser atribuída, em parte, aos papéis e estereótipos de gênero tradicionais ainda

vigentes em nossa sociedade. Esta talvez seja uma explicação possível para a observação feita pelas profissionais da atenção terciária, que identificaram um “abandono da criança” em casa, onde ela mesma deve gerenciar esses cuidados e outros sem qualquer supervisão. Também é sugerido um abandono provocado por uma mudança no contexto social, em que as crianças sem a devida atenção voltam-se para as telas, computadores, *games*, etc., o que tem alimentado uma condição de vida sedentária. Corroborando esta ideia, uma pesquisa realizada por Santos e Rabinovich (2011) mostrou que apenas duas de oito famílias estudadas identificaram a obesidade exógena de seus filhos.

O sedentarismo foi citado por quatro profissionais (MFC1°, PED2°, NUT2°, END3°) como fator contribuinte para o aumento do sobrepeso e da obesidade entre as crianças. Esses profissionais perceberam pouco investimento do poder público em espaços onde as crianças possam brincar e se exercitar. A falta de segurança pública também foi destacada nas entrevistas como fator importante para que as famílias se isolem cada vez mais em suas residências, proporcionando às crianças espaços limitados de entretenimento e lazer. A falta de espaços públicos adequados pode fazer com que os pais acabem por incentivar os filhos a se manterem nos espaços domésticos, envolvidos com atividades sedentárias, que lhes parecem mais seguras. A Constituição Federal, por meio da Lei nº 8.080 (Brasil, 1990), coloca a saúde como direito fundamental do ser humano e como dever do Estado prover as condições para seu pleno exercício. No seu artigo 3° define, entre outros, o lazer como um dos fatores condicionantes e determinantes para a saúde. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por sua vez, prevê que o ato de brincar, praticar esportes e divertir-se compreendem aspectos que viabilizam o direito à liberdade. Já o artigo 59 do mesmo estatuto determina como dever dos municípios, com o devido apoio do estado e também da União, a estimulação e facilitação de recursos destinados a programações culturais, esportivas e de lazer voltadas para crianças e adolescentes (Brasil, 1990).

Os valores de uma sociedade capitalista, assim como no Brasil e também nos Estados Unidos da América, que têm o sobrepeso e a obesidade infan-

til entre as maiores e mais relevantes questões de saúde a serem tratadas, tendem a atribuir importância à satisfação de desejos imediatos a partir do consumo. A aquisição de objetos e obtenção de um *status* social economicamente elevado coloca aos indivíduos uma possibilidade de “satisfação absoluta” de suas necessidades pelo consumo. Nesse sentido, o desejo dos pais de atingir um *status* social associa-se a ideia de que eles devem dar dinheiro às crianças para a aquisição de alimentos na escola, ainda que levem seu próprio lanche de casa ou que a instituição forneça. Nossa sociedade, de caráter marcadamente capitalista, tem no acúmulo do capital, no consumo e na aquisição de bens materiais marcadores importantes de prestígio e poder. Essa discussão não é recente, e Marx (1985) já descrevia como “fetichismo de mercadoria” o entendimento de que as relações materiais se sobrepõem às relações humanas. Nessa concepção, as relações sociais ocorrem por meio dos objetos. A mídia tecnológica alimenta ainda mais essa ideia mística que paira sob o inconsciente coletivo em relação aos benefícios/poderes que as mercadorias podem proporcionar aos indivíduos. Assim, os profissionais percebem o quanto as crianças acabam muitas vezes sendo influenciadas pelos apelos da mídia, propaganda e *marketing*, que tornam os produtos muito mais atrativos e promovem, além da satisfação do alimento, muitas vezes pouco nutritivos, momentos de descontração e brincadeira.

A ideia de que todos os desejos podem ser satisfeitos rapidamente também é transmitida às crianças, que expressam isso no comportamento consumista. Os profissionais da atenção primária (MFC1°, ACS1°) citaram a percepção de que a sociedade atual desperta muitos desejos nas crianças, que os pais tendem a suprir, mesmo que isso represente problemas para saúde de seus filhos. Santos e Rabinovich (2011) relatam que as dinâmicas familiares atuais influenciadas pela cultura do consumo interferem na alimentação e na sociabilidade infantil de modo inadequado. Essa forma de organização social, pautada nos interesses individuais, foi descrita por Lipovetsky (2005), concebendo um movimento pós-moderno de narcisismo coletivo. O isolamento do ser social e a valorização dos interesses do ser individual envolvem uma concepção de que os desejos

peçoais prevaleçam, o que pode resultar, segundo o autor, em um esvaziamento dos movimentos sociais que buscam atingir, fundamentalmente, objetivos coletivos. Tal sociedade tende a seduzir os indivíduos pelos meios de comunicação, que podem isolar as pessoas, diminuindo o contato social. O vazio descrito por Lipovetsky (2005) consiste em uma ausência de sentido provocada pelo enfraquecimento das estruturas sociais que historicamente se ocuparam da instituição de normas e regras.

Alguns dos profissionais entrevistados neste estudo (ACS1°, MFC1°, NUT2°, END3°) percebiam que a dificuldade na imposição dos limites também é um fator de forte influência negativa na adesão ao tratamento. A fragilidade dos pais perante seus filhos, até mesmo no momento da consulta, conforme descrito por uma profissional da atenção terciária (END3°), pode revelar a apatia descrita por Lipovetsky (2005) provocada pelo excesso de possibilidades. Nesse sentido, essa profissional considerava a falta de fontes de investimentos para além da aquisição de produtos como uma explicação para o consumo exacerbado de alimentos. Assim, o baixo nível cultural de grande parte da população pode provocar uma tentativa de “alimentar a mente” através do ato de comer.

Três dos profissionais entrevistados (MFC1°, NUT2°, NTO3°) também destacaram que atualmente as famílias estão configuradas de modo bastante diversificado, o que provoca uma divisão nos cuidados com as crianças. Dessa forma, elas tendem a circular por diversas casas, convivendo com distintos cuidadores, que possuem diferentes rotinas. Esse aspecto muitas vezes se torna um entrave no tratamento da criança, pois a dificuldade do profissional consiste em conscientizar, envolver e responsabilizar todos os cuidadores para que o tratamento obtenha êxito. O papel da família no diagnóstico e tratamento dessa doença crônica também foi levantado entre os profissionais (ACS1°, TEN1°, PED2°), que percebiam as dificuldades dos pais em reconhecer o sobrepeso e a obesidade como doença. Isso parece envolver a concepção de que a saúde está ligada ao peso; uma premissa popular que indica que “magreza” é falta de saúde e ganho de peso é ganho de saúde.

Outro fator de extrema importância associado às dificuldades encontradas na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil identificadas neste

estudo diz respeito à falta de motivação para o tratamento indicada por cinco dos participantes (TEN1°, MFC1°, NUT2°, PED2°, END3°). Isso inclui o baixo grau de envolvimento dos pais para o tratamento e a dificuldade em mudar os hábitos familiares. Ainda que as considerações acerca das dinâmicas familiares atendidas sejam o foco de atenção aqui, talvez possa existir uma relação entre a falta de motivação dos usuários e a assistência prestada a eles. Não apareceram ao longo dos relatos dos profissionais referências a suas dificuldades ou carências do sistema de saúde para o tratamento dessa população. Um estudo Canadense realizado recentemente (Robinson e col., 2013), com o objetivo de investigar barreiras e necessidades no manejo dos transtornos alimentares em crianças e adolescentes junto aos profissionais (médicos da atenção primária e psicólogos), identificou déficits na formação destes profissionais. Os profissionais afirmam que sua formação para o diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares é insuficiente. Esse estudo revelou que as dificuldades que aparecem de forma mais expressiva dizem respeito à falta de habilidade dos próprios profissionais na identificação e manejo dos transtornos alimentares e as dificuldades menos expressivas dizem respeito a questões estruturais do sistema, como planejamento e gestão. Chama a atenção no estudo o alerta feito relacionado à importância da autoavaliação dos profissionais no que diz respeito a suas competências, assumindo sua responsabilização no sucesso do tratamento, ao invés de somente atribuir falhas aos usuários. Desse modo, consideramos como uma limitação deste estudo não ter contemplado na entrevista questões que oportunizassem aos profissionais relatarem possíveis dificuldades e inabilidades pessoais para o bom atendimento dessas situações. Também poderiam ter sido abordadas questões relativas à formação profissional, bem como ter sido investigado o quanto os profissionais se sentem preparados para lidar com essas situações. Além disso, nos parece pertinente também possibilitar a escuta dos pais destas crianças, que trariam informações valiosas a respeito do tema. Os dados coletados a partir das entrevistas com os pais poderiam ser triangulados com os dos profissionais para fins de reflexão. De qualquer maneira, essas limitações podem ser re-

vertidas em um novo estudo para aprofundamento das questões apresentadas nesta pesquisa.

Assim sendo, um grande investimento na sociedade, a partir da instituição familiar e das instituições de saúde, mostra-se necessário a fim de tornar as intervenções nesta, e outras questões de saúde complexas, mais eficazes. Essa afirmativa é reforçada por relatos como o da médica nutróloga da atenção terciária, ao fazer uma projeção das condições de saúde de nossas crianças obesas no futuro. Sua prática cotidiana no hospital especializado corrobora com pesquisadores que relatam os resultados da transição epidemiológica vigente, ou seja, cada vez mais os agravos crônicos vêm ganhando espaço e deslocando os recursos para situações de emergência que são em geral mais graves e mais caras ao sistema de saúde como um todo (Mendes, 2011).

Considerações finais

Conforme pode ser observado nos resultados deste estudo, os arranjos e movimentos dinâmicos das estruturas sociais e familiares são fatores determinantes em questões de saúde coletiva como o sobrepeso e a obesidade infantil. O avanço do papel da mulher em direção ao mundo do trabalho parece não ser acompanhado por um movimento significativamente proporcional do papel do homem em direção ao contexto familiar. Os modos de se relacionar focados na satisfação pessoal e no imediatismo também podem contribuir para que as famílias se modifiquem, provocando novas constituições a todo momento, fato este que leva a criança a circular por muitos ambientes, o que pode interferir no processo de cuidado à alimentação e à saúde de modo geral. A ideia aqui não se trata de condenar as mudanças nas estruturas familiares, que são dinâmicas como as pessoas, e pregar a resgate da família tradicional, mas sim de observar a necessidade de que se mantenham os papéis, seja qual for o modo de organização das famílias.

A sociedade capitalista se organiza em torno do consumo como uma maneira de adquirir prazer e satisfação pessoal, aparentemente acreditando que os objetos irão proporcionar a resolução de insatisfações e frustrações. O consumo desenfreado, seja de alimento, medicamento ou outros objetos, reflete os excessos do capitalismo que adoecem a

sociedade. A apatia dos pais, percebida pelos profissionais, paralisa, fazendo com que eles deixem de reivindicar espaços públicos, o que também faz com que os direitos das crianças não sejam respeitados. O resgate da responsabilização em virtude do coletivo pode indicar o caminho de mudanças efetivas no âmbito da saúde das crianças. Os profissionais da saúde também possuem responsabilidade no quadro de saúde atual e devem ser capazes de avaliar falhas estruturais no sistema, bem como suas próprias deficiências profissionais para dar conta de questões tão complexas como o sobrepeso e a obesidade, que envolvem tantas variáveis. Desse modo, é necessário ficar atento às modificações nas estruturas sociais a fim de pensar estratégias para lidar com elas e qualificar cada vez mais a prática assistencial.

Contribuição dos autores

Dornelles foi responsável pela concepção, elaboração, execução, análise, revisão e redação final do artigo. Anton foi responsável pela supervisão, análise e redação da pesquisa. Pizzinato foi responsável pela análise e redação do artigo.

Referências

- BARROS FILHO, A. A. Um quebra cabeça chamado obesidade. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 80, n. 1, p. 1-3, 2004.
- BRASIL. Decreto Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Ementa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/crian%C3%A7aLei8069.htm>>. Acesso em: 10 out. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Ementa. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 30, dez. 2010. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/legis/portaria_4279_2010_diretrizes_rede_as.pdf>. Acesso em: 3 maio 2013.
- FERREIRA, A. C. D.; VIANNA, R. P. T. Hipertensão arterial em crianças menores de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 251-262, 2008.

- GARCIA, F. D. et al. Avaliação de fatores de risco associados com elevação da pressão arterial em crianças. *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 80, n. 1, p. 29-34, 2004.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm>. Acesso em: 19 set. 2011.
- LAVILLE, C. E.; DIONES, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- LIPOVETSKY, G. *A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. Barueri: Manole, 2005.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. São Paulo: Nova Cultura, 1985.
- MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- NEGRÃO, C. E.; BARRETO, A. C. P. *Cardiologia do exercício: do atleta ao cardiopata*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2006.
- OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Trabalho e família: compartilhar é a melhor forma de cuidar*. Genebra, 2009. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-gender/documents/publication/wcms_106518.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global*. São Paulo: Roca, 2004.
- OLIVEIRA, T. R. P. R.; CUNHA, C. F.; FERREIRA, R. A. Características de adolescentes atendidos em ambulatório de obesidade: conhecer para intervir. *Nutrire*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 19-37, 2010.
- PREHN, D. R. Divisão sexual do trabalho: isso é coisa de mulher? In: ROSO, A. et al. (Org.). *Gênero por escrito: saúde, identidade e trabalho*. Porto Alegre: Edipucrs, 1999. p. 32-70.
- RINALDI, A. E. M. et al. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 271-277, 2008.
- ROBINSON, A. L.; BOACHIE, A.; LAFRANCE, G. A. "I Want Help!": psychologists' and physicians' competence, barriers, and needs in the management of eating disorders in children and adolescents in Canada. *Canadian Psychology*, Ottawa, v. 54, n. 3, p. 160-165, 2013.
- SANTOS, L. R. C.; RABINOVICH, E. P. Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 507-521, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO. *Obesidade: diagnóstico e tratamento da criança e do adolescente*. [S.l.]: Associação Médica Brasileira: Conselho Federal de Medicina, 2005. (Projeto Diretrizes). Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/21-Obesiddia.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2014.
- STAKE, R. Case studies. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 1994. p.283.
- TASSARA, V.; NORTON, R. C.; MARQUES, W. E. Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 309-314, 2010.
- ZAMBON, M. P. et al. Crianças e adolescentes obesos: dois anos de acompanhamento interdisciplinar. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 130-135, 2008.

Recebido: 21/06/2013
 Reapresentado: 30/01/2014
 Aprovado: 18/02/2014