

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE
CONTEMPORÂNEA**

LETÍCIA RIBEIRO DA CRUZ SANTOS

**SITUAÇÕES FAMILIARES NA OBESIDADE
EXÓGENA INFANTIL DO FILHO ÚNICO**

Salvador
2009

LETÍCIA RIBEIRO DA CRUZ SANTOS

**SITUAÇÕES FAMILIARES NA OBESIDADE
EXÓGENA INFANTIL DO FILHO ÚNICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Família na Sociedade Contemporânea

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Pedreira Rabinovich

Salvador
2009

UCSAL. Sistema de Bibliotecas

S237 Santos, Letícia Ribeiro da Cruz
Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único._
Salvador: UCSal. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação, 2009.
117 f.

Dissertação apresentada à Universidade Católica do Salvador, como
requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Família na
Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Pedreira Rabinovich

1. Obesidade infantil – Filho único 2. Dinâmica familiar - Obesidade -
Infância I. Universidade Católica do Salvador. Mestrado em Família na
Sociedade Contemporânea II. Título.

CDU 613.25-053.2:316.356.2

LETÍCIA RIBEIRO DA CRUZ SANTOS

**SITUAÇÕES FAMILIARES NA OBESIDADE EXÓGENA
INFANTIL DO FILHO ÚNICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Família na Sociedade Contemporânea

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Pedreira Rabinovich

APROVADO EM: 23 /10 /2009

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Elaine Pedreira Rabinovich
(Universidade Católica do Salvador)

Prof. Dr. Crésio de Aragão Dantas Alves
(Universidade Federal da Bahia)

Profa. Dra. Ceneide Maria de Oliveira Cerveny
(Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

Salvador
2009

Dedico este trabalho ao Divino criador da vida plena em presença e ausência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por Seu amor que nos constringe.

Aos meus pais, Ivanildo e Athenée, de quem recebi o presente da vida.

Às amadas filhas, Liege e Lorena, preciosas heranças e minhas grandes mestras.

À Wilobaldo por tudo que vivemos.

À Profa. Dra. Elaine Pedreira Rabinovich, pela sua co-participação, não só neste trabalho, mas na minha história. Sua existência me faz acreditar ainda mais na vida.

Às famílias participantes desse estudo, pelo ensino e aprendizado que produziram.

À querida Ana Luiza Paz com quem aprendi o sentido da palavra amizade.

Ao querido Ivã Rego Santos, por sua colaboração e comunhão.

Ao amigo e mestre espiritual Amauri Cardoso pela escuta amorosa ajudando-me a dar vida às idéias.

Aos professores e funcionários do Curso de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, pelo sustento pedagógico e administrativo.

A todos os amigos e parentes, que participam da minha história, e de alguma forma contribuíram para que este trabalho pudesse ser realizado, minha sincera gratidão.

Saudade é um pouco como fome. Só passa quando se come a presença. Mas às vezes a saudade é tão profunda que a presença é pouco: quer-se absorver a outra pessoa toda. Essa vontade de um ser o outro para uma unificação inteira é um dos sentimentos mais urgentes que se tem na vida.

Clarice Lispector

RESUMO

A obesidade tem crescido em todo o mundo, manifestando-se em todas as idades e grupos socioeconômicos, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a reconhecer a obesidade infantil como um dos mais relevantes problemas de saúde pública. As consequências da obesidade no século XXI podem assumir um grande impacto na auto-estima das crianças, e graves riscos na sua saúde física e mental. Este é um trabalho qualitativo elaborado com o objetivo de aprofundar a compreensão da dinâmica familiar de filhos únicos obesos na infância. Oito famílias participaram do estudo: quatro crianças (dois meninos e duas meninas) representaram os grupos sócio educacionais alto e baixo. Crianças selecionadas pertencentes a faixa etária entre 7 e 10 anos com avaliação nutricional para obesidade: IMC acima do percentil 97. Para tanto, foram utilizados os seguintes instrumentos no domicílio: entrevista semi-estruturada com os pais; e com todo familiar: aplicação do teste projetivo Scenotest e avaliação nutricional. A análise apoiou-se na teoria das configurações vinculares (Berenstein e Puget). Os resultados apontaram para dinâmicas familiares envolvendo contextos abrangentes de natureza social, cultural e histórica da sociedade, que parecem favorecer ambas as condições: a obesidade infantil e a de filho unigênito. A situação familiar contemporânea, com ênfase no individualismo, influencia para que elementos sociais tornem-se prevalentes em nível familiar e íntimo. Dessa forma, a criança pode vir a encontrar, logo ao nascer, condições propiciadoras para que a vinculação básica com a figura materna não se processe de modo pleno, ocasionando deslocamento de parte do que não recebe para a satisfação no alimento. Além disto, a cultura do consumo interfere no modo e tipo de alimentação oferecida, de ludicidade e de sociabilidade infantil; assim como, ao estreitamento das possibilidades vinculares: intrapessoais, interpessoais, transpessoais, acresce-se o fato de não ter irmãos. Nessa perspectiva esse estudo mostrou que: se nem todo filho único é obeso e se nem todo obeso é filho único; essa condição pode ser facilitadora da primeira, na medida em que a situação sócio-cultural-histórica da sociedade de consumo hipermoderna, parece direcionar na família, ambas as condições.

Palavras-chave: Obesidade infantil - Filho único. Relações Familiares.

ABSTRACT

Obesity has grown around the world, thus manifesting itself in all ages and socio-educational groups, which led the World Health Organization (WHO), to state that obesity is one of the most important public health problems. The effects caused by overweight in children in the twentieth century can cause a great impact on their self-esteem and also serious risks to their physical and mental health. This study aims to deepen the understanding of the family dynamics of obese only children in their childhood. By using a qualitative methodology, the sample for this study included eight families from two social-educational class groups: four children (two girls and two boys) represented both the high and low social-educational groups. Children whose age ranged from 7 to 10 years, with a nutritional evaluation for severe obesity: body mass index (BMI) > 97 percentile. To reach that, these instruments were used at their houses: a not fully structured interview with their parents; and with the whole family both the projective Scenotest and a nutritional evaluation were applied. The analysis was based on the psicoanalysis of link configurations (Berenstein and Puget). Its results pointed out to that family dynamics involving through contexts of society's social, cultural and historical nature seem to favor both conditions: childhood obesity and only child. The contemporary family situation, with emphasis in individualism, influences in such a way that social elements become prevalent in family in intimate level. Therefore, the child can face, as soon as he is born, influencing conditions for the basic link with the mother figure making it not full. As a result, the lack of link drives the child's satisfaction to food. Besides, the culture of consumption interferes with the way and kind of food offered, the ludic behavior, and the child's social skills; furthermore, it interferes with the decrease of possibilities links: intrapersonal, interpersonal and transpersonal, in addition to the fact of not having siblings. From this perspective, this study showed that if not every only child is obese and if not every obese child is an only child, this latter condition can be a facilitator for the former one as the socio, cultural and historical conditions of the hypermodern consumption society seem to lead both conditions inside the family.

Keywords: Childhood obesity - Only Child. Family Relationships.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
1.1.	A problemática	6
2	ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	11
2.1.	A Obesidade	11
2.2.	Participação da Família e Ambiente na Etiologia da Obesidade Infantil	12
2.3.	Participação do Vínculo Mãe e Filho na Etiologia da Obesidade Infantil	14
2.4.	Sociedade Contemporânea e Obesidade Infantil	14
2.4.1.	Estigma, obesidade e o Corpo	17
2.5.	Família e Obesidade	19
3	A PSICANÁLISE VINCULAR E A OBESIDADE INFANTIL.....	24
3.1.	Família e Subjetividade	24
3.1.1.	O Espaço Intrasubjetivo.....	27
3.2.	O Espaço Intersubjetivo.....	29
3.3.	O Espaço Transubjetivo.....	30
3.4.	Obesidade Infantil e Teoria Vincular	32
4	OBJETIVO GERAL.....	35
4.1.	Objetivos Específicos	35
5	MÉTODO	36
5.1.	Participantes da Pesquisa.....	37
5.1.1.	Crítérios Adotados para Inclusão dos Participantes da Pesquisa	38
5.1.2.	Crítérios Adotados para Exclusão dos Participantes da Pesquisa	38
5.1.3.	Crítérios Éticos	39
5.1.4.	Outros critérios	39
5.2.	Procedimentos e Coleta de Dados	39
5.2.1.	Dados Antropométricos.....	39
5.2.2.	Scenotest.....	40
5.2.3.	Procedimento da aplicação do Scenotest.....	41
5.2.4.	Entrevista semi-estruturada com os pais	42
5.3.	Análise dos Dados	43
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
6.1.	Análise das Entrevistas Segundo Categorias e Nível Sócio-Educacional.....	46
6.1.1.	Filho único.....	48

6.1.2. Dinâmicas familiares	52
6.1.3. Dinâmica do casal.....	56
6.1.4. Obesidade infantil.....	59
6.2. Análise Dos Casos	66
6.2.1. A porta e o “lugar desocupado”	67
6.2.2. “Meu Bebê”	71
6.2.3. A supressão do outro e a sociabilidade.....	74
6.2.4. O fazer com o outro	77
6.2.5. O “rei” da família	81
6.2.6. A família que não tem lugar no mundo	84
6.2.7. O pai que não está.....	87
6.2.8. Mãe e filha: “relação onde não passa nem uma gilete”	90
6.3. SÍNTESE	94
7 CONCLUSÃO.....	99
8 REFERÊNCIAS	100
9 APÊNDICES	110
9.1. Apêndice A.....	110
9.2. Apêndice B	112
9.3. Apêndice C	113
10 ANEXO	117
10.1. Anexo A.....	117

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Material da caixa do Scenotest.....	41
Figura 2 – Scenotest Lorenzo, foto final.	68
Figura 3 – Scenotest Flávia, foto final 1.....	72
Figura 4 – Scenotest Flávia, foto final 2.....	72
Figura 5 – Scenotest Nelson, foto final.	74
Figura 6 - Scenotest Tatiane, cena final 1	78
Figura 7 – Scenotest Tatiane, cena final 2.....	78
Figura 8 – Scenotest Danilo, cena final.....	83
Figura 9 - Scenotest Georgia, cena final 1.....	85
Figura 10 - Scenotest Georgia, cena final 2.....	85
Figura 11 – Scenotest Igor, cena final 1.	88
Figura 12– Scenotest Igor, cena final 2.	88
Figura 13– Scenotest Emily, cena final 1.....	91
Figura 14 – Scenotest Emily, cena final 2.	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Idade, sexo e classe sócio-educacional das crianças participantes.....	37
Quadro 2 – Dados Antropométricos e avaliação do estado nutricional	45
Quadro 3 – Síntese das entrevistas classificadas segundo gênero e classe sócio-educacional alta.	46
Quadro 4 – Síntese das entrevistas classificadas segundo gênero e grupo sócio-educacional baixo	47

LISTA DE SIGLAS

ABEP	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS
CID	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IMC	ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
IOTF	INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
POF	PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES
PNAD	PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS
PNDS	PESQUISA NACIONAL SOBRE DEMOGRAFIA E SAÚDE
UCSal	UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION

1 INTRODUÇÃO

Aprofundar a compreensão das situações familiares na obesidade infantil do filho único é um retrato do diálogo entre a minha experiência clínica como psicóloga e nutricionista na cidade do Salvador Bahia, Brasil, entre os anos de 1984 e 2009. O tema tomou consistência através do relato da observação de outros profissionais da equipe multiprofissional de saúde, identificando as dificuldades comuns em lidar com a obesidade infantil, apontando para a abordagem do problema no contexto sócio-familiar. A partir desse percurso, um dos pontos emergentes dizia respeito à crescente demanda em consultório de famílias com filhos únicos em busca de orientação sobre a maneira mais adequada de como enfrentar a obesidade infantil. Na narrativa desses pais, surgia a necessidade de serem escutados na confluência de diversas vozes, enfocando a maior visibilidade do filho único obeso e a angústia por estar susceptível ao olhar dos outros através de críticas ou censuras por pessoas da família extensa ou quaisquer outras pessoas.

1.1. A problemática

A epidemia da obesidade na sociedade moderna e globalizada tem se espalhado a níveis alarmantes em todas as faixas etárias em todas as populações. O grande destaque é a sua prevalência que tem crescido a níveis alarmantes em todas as populações, de forma que o sobrepeso e a obesidade entre a população infantil são indicativos de efeitos danosos à saúde de adolescentes e adultos obesos no futuro. Devido à magnitude dessa epidemia, deve-se dar ênfase especial às medidas preventivas infantis já que o tratamento em crianças constitui-se num melhor prognóstico do que em adultos (FISBERG, 2005).

A obesidade infantil é considerada a doença nutricional que mais cresce no mundo, e a de mais difícil tratamento. É uma doença crônica, rica em complexidade, com etiologia multifatorial com variáveis biológicas, psicológicas, sociais e econômicas e sociais a qual envolve também aspectos ambientais e genéticos. Pode ser explicada nos hiperfágicos por alterações culturais, emocionais, regulatórias e metabólicas (FISBERG, 2005). É de difícil tratamento, de alta morbidade e mortalidade, cujo risco aumenta progressivamente de acordo com o ganho de peso (HERCOVICI, 1997) resultante do desequilíbrio crônico entre a ingestão e o gasto energético. Ocasiona conseqüências biológicas e psicossociais, identificadas em todas as faixas etárias (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005).

A prevalência da obesidade infantil tem aumentado consideravelmente a nível mundial, sendo considerada uma epidemia em algumas áreas e em ascensão em outras. Os dados do International Obesity Task Force (IOTF) para a World Health Organization (2003) relatam, que cerca de 10% dos indivíduos entre 5 e 17 anos estejam acima do peso, situando que entre 2 a 3% são obesas. Assim, esse relatório expressa que o número de crianças obesas no ano 2000 seria da ordem de 155 milhões de crianças com excesso de peso e de 30 a 45 milhões obesas em todo mundo (IOTF 1990-2002).

No Brasil, o modelo da prevalência mundial está se reproduzindo, como identificado em 2002 e 2003 na segunda etapa da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada em 2006 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que encontrou excesso de peso em 40,6% da população adulta pesquisada. Assim como na faixa etária pediátrica, a prevalência de sobrepeso em crianças e adolescentes da faixa etária de seis a dezoito anos oscilou no Brasil entre os anos de 1975 e 1977 de 4,1% para 13,9% em diversas regiões (GUIMARÃES et al, 2006). Na região Nordeste do Brasil, onde a desnutrição infantil outrora ganhava bastante destaque, o estudo desenvolvido pelo IBGE em 1996, denominado Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), revelou 2,7% de crianças pré-escolares com sobrepeso.

No estado da Bahia, os índices também denotam grande preocupação: encontrou-se 9,3% de crianças com sobrepeso e 4,4% com obesidade. (OLIVEIRA, 2003). Mais especificamente em estudo realizado por Leão et al. (2003) com escolares em Salvador (BA), em idade entre 5 e 10 anos, verificou-se que as crianças pertencentes à escola particular apresentaram 30% de prevalência de obesidade, enquanto as de escola pública, 8%.

A marca do individualismo é um dos elementos que ocorrem em paralelo à diminuição do tamanho das famílias. Neste sentido, nas famílias contemporâneas, em que as crianças e os jovens têm ocupado um lugar de centralidade, esta lógica também contribui para a diminuição do número de filhos por casal (HERTWIG; DAVIS e SULLOWAY, 2002). A ênfase na individualização se manifesta nos arranjos dos hábitos e nos fazeres da família, como, por exemplo, a criança dispor de espaços próprios desde o seu nascimento dentro de um paradigma de que necessita de tais lugares para o seu desenvolvimento: um território para si, seu quarto, no interior do qual ele arquiteta suas próprias regras. (SINGLY, 2000).

O Brasil já se tornou uma nação de filhos únicos, a exemplo do que ocorre na França, Itália, e na Espanha. Nos últimos dez anos no Brasil, houve um aumento na frequência de famílias com apenas um filho. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (PNDS), pelo Ministério da Saúde, a média de filhos por mulher brasileira caiu de 2,5

para 1,8 entre 1996 e 2006. Cerca de oito em cada dez famílias brasileiras têm apenas um filho, sendo a média nacional de 1,1 filho por casal: sendo esta menor que a média europeia (1,5) que é uma das mais baixas do mundo. (IBGE, 2002). Nesse contexto, a renda é apontada pelo como fator determinante do tamanho das famílias, estabelecendo-se uma relação entre o número de filhos inversamente proporcional à renda familiar. Sendo no meio urbano, uma família com renda per capita até 1/4 do salário mínimo em média, 5 pessoas enquanto uma família com renda per capita de mais de 5 salários mínimos, em média, 2,7 pessoas. (IBGE, 2001). Assim, o número de filhos tem diminuído, sobretudo, nas classes média e média-alta, construindo-se um paralelo entre as mudanças dos dinamismos familiares decorrentes da inserção da mulher no mercado de trabalho, conduzida por reivindicações de uma maior liberdade, realização pessoal e por necessidades de orçamento familiar. (PETRINI, 2007).

No mundo vários autores como Wang et al.,(2007) têm associado os fatores de risco envolvendo o tamanho da família em escolares ao sobrepeso e à obesidade em países como o Japão, China e Europa. O risco relativo da obesidade de um filho único é de 2,2 vezes maior do que de uma criança que vive em uma família de quatro filhos JACOBY et al. (1975). A influência do ambiente familiar é fator determinante do prognóstico da obesidade em crianças e adolescentes em aspectos como a educação, idade dos pais, e o tamanho da família. A criança com o filho único apresenta 19,4% de chance de ser obeso; 2 filhos: 13,4%; 3-4 filhos: 8,2% e 5 ou mais: 8,8% (KAUFMAN, 1999).

Wang et al.(2007), analisando 7959 estudantes no Japão, concluem que filhos únicos estão mais propensos a ser obesos, especialmente meninas. O tamanho da família é inversamente proporcional à obesidade infantil. Assim, quanto maior a família, menor o risco de obesidade infantil. Deste modo, o filho único possui o risco de desenvolver obesidade no período da infância 1.5 vezes maior do que a criança numa família com dois irmãos e 2.2 vezes maior do que a criança numa família com 4 crianças (RIPPE, HESS, 1998). Um estudo na Itália (ZONTA SGARAMELLA et al., 1980) conclui que os três maiores riscos para a obesidade infantil são: número de pais presente; idade da mãe e filho único. Em Feira de Santana (BA) da zona urbana, foram avaliadas 699 crianças, de 5 a 9 anos, de ambos os sexos, em 10 escolas da rede de ensino público e privado e a obesidade foi identificado como fator de significância estatística, a fatores como: pertencer ao nível de renda familiar e escolaridade alto, estudar em escola privada, possuir eletrodomésticos e utilizar computador. No presente estudo, o *odds ratio* (1,5) e o IC (95%), p (0,02) indicaram ser unigênito como variável independente capaz de determinar sobrepeso e obesidade infantil (OLIVEIRA et al, 2003).

Em pesquisa com crianças brasileiras sobre os vínculos familiares, os irmãos têm sido apontados como os membros mais “estáveis” da família, devido à instabilidade da vida familiar, onde na modernidade o número de divórcios e de famílias reconstituídas tem aumentado (RABINOVICH, MOREIRA, 2008). Neste sentido, o filho único deixa de poder contar com um importante aliado, o irmão. Na mesma direção, Guimarães et al. (2006) encontraram que um fator de risco para a obesidade infantil na infância é o tamanho da família no que diz respeito ao número de irmãos, uma vez que com famílias com maior número de crianças, as brincadeiras e as atividades físicas são mais frequentes.

Quando na família há apenas um filho, ele recebe todo o investimento dos pais. A opção pelo filho único parece responder a um ideal de proporcionar aos filhos a melhor educação, o acesso quase irrestrito aos bens culturais, simbólicos e materiais, dentre outros motivos.

A dinâmica familiar da criança filha única obesa pode configurar uma complexificação da teia biopsicossocial familiar. Para Kehl (2003), quando os pais estão ausentes por motivos variados como divórcio, trabalho, viagens, pode emergir uma dificuldade de autoridade na família. Para reparar sua falta em casa, muitas mães ou cuidadores, permitem que os filhos comam sem moderação. Na atualidade, os sistemas familiares encontram-se em situações de emaranhamento configurados por conflitos nas relações entre mãe, filho (a) e pai, estes vivenciam o prolongamento da simbiose do desenvolvimento vincular mãe e filho (a) na primeira infância. O pai por sua vez apresenta distanciamento na relação com o filho e encontra-se fragilizado como figura de autoridade. A tentativa de aproximação pode se traduzir em uma permissividade alimentar e em dificuldade em colocar limite em seu filho. (SOCIEDADE, 2008).

No Brasil e no mundo há uma escassez de dados disponíveis sobre o entrelaçamento do tema da obesidade e filho único. Em um trabalho metodologicamente próximo ao presente estudo, Mishima (2007) realizou no Brasil, São Paulo, uma pesquisa com cinco (5) crianças obesas e suas famílias, utilizando como instrumentos as entrevistas semi-estruturadas com os pais e a aplicação do teste projetivo CAT. Apoiando-se na teoria desenvolvida por Winnicott, conclui que a figura materna das crianças obesas estudadas não foi capaz de proporcionar a seu filho um ambiental favorável à integração suficiente do bebê, e a presença de uma figura paterna não foi capaz de atender à satisfação das necessidades da criança bem como apoiar a díade mãe-filho, favorecendo ao materno exercer sua função. A conclusão desta pesquisa revelou que um ambiental desfavorável à integração do bebê resultará em prejuízos na sua capacidade de simbolização, e na expressão da sua capacidade de criatividade e estilo de ser

peçoal. Restando à criança buscar o apoio concreto da realidade externa (alimento) como forma de se relacionar com o ambiente e aliviar seu desconforto emocional.

No que se refere à obesidade segundo as classes sociais, nos países desenvolvidos, existe uma relação negativa entre o alto nível sócio econômico. No que diz respeito aos países em desenvolvimento, encontra-se uma relação positiva entre alto nível sócio econômico e obesidade (FISBERG, 2005). Confirmando a pesquisa anterior, em escolares de Salvador (BA) os dados apontam para uma relação direta entre obesidade e alto nível sócio-econômico (LEÃO et al, 2003). Como em outros países em desenvolvimento, o Brasil atravessa um período de transição epidemiológica que se define por uma transformação no perfil dos problemas relacionados à saúde pública onde a realidade atual transcorre em uma transição que vem associada a modificações demográficas e nutricionais, que tem demonstrado um aumento epidêmico da obesidade em substituição à desnutrição, esta apresentando índice cada vez menor; sendo observado assim, um maior avanço na dinâmica da transição nutricional na faixa etária adulta do que a pediátrica. No entanto, é importante ressaltar que nesse contexto, onde se encontra altas prevalências nas taxas de sobrepeso e obesidade na população, segundo dados do ano de 2004 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), cerca de 40% dos brasileiros se encontram em situação de insegurança alimentar (LAMOUNIER; PARIZZI, 2007).

Assim, na chamada "transição nutricional", estabelece-se um antagonismo contemporâneo das configurações nutricionais entre a desnutrição e a obesidade no Brasil. Essa dinâmica diz respeito à coexistência de mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas complexas da desnutrição e da obesidade, atingindo o conjunto da população. A transição nutricional diferencia-se em época e em intensidade, considerando o segmento socioeconômico considerado (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

2 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

2.1. A Obesidade

A obesidade pode ser definida como uma situação complexa do corpo, na qual o excesso de tecido adiposo se acumula de tal forma a poder possibilitar o comprometimento da saúde (LEÃO, 2003, FISBERG, 2005). Essas palavras encobrem o peso da complexidade etiológica que conduzem à obesidade infantil (KOPELMAN, 2000). Sobre o tema, existem diversas classificações. Na versão mais recente do Código Internacional de Doenças, encontra-se a obesidade em quatro divisões entre elas: “obesidade devida a excesso de calorias” e “obesidade induzida por drogas” (OMS, 1998).

Na literatura, são utilizados os termos: excesso de peso e obesidade infantil. O termo excesso de peso é recomendado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); e obesidade pelo Ministério da Saúde (MS) e OMS. Optou-se, nesse estudo, pelo termo obesidade (OMS, 2004).

A obesidade pode ser classificada de acordo com a hiperplasia e a hipertrofia dos adipócitos (RODRIGUES, 1998), ou ainda no aumento tanto no tamanho, quanto no número dos adipócitos (obesidade hipertrófica-hiperplásica). A obesidade do tipo hiperplásica se manifesta na infância, originada pela elevação do número de células adiposas no organismo o que aumenta a dificuldade da perda de peso e promove uma tendência natural futura à obesidade. Quanto à obesidade hipertrófica, esta pode se manifestar ao longo de qualquer fase da vida adulta, e é causada pelo aumento do volume das células adiposas (SOARES; PETROSKI, 2003).

A hiperplasia dos adipócitos pode ser definida como um processo que se inicia em torno da trigésima semana do desenvolvimento de uma criança e prolonga-se durante os dois primeiros anos de vida. Este é um período extremamente importante na capacidade de multiplicação celular frente a um excesso ponderal; além disso, quanto mais precoce o início da obesidade, maior será o número de adipócitos, podendo chegar a um número semelhante ao do adulto, mesmo em crianças na faixa etária de até 18 meses. A redução de peso nessas crianças associa-se a uma diminuição no tamanho das células, mas não em seu número, o que explicaria a má resposta ao tratamento em elevado percentual de indivíduos que iniciaram sua obesidade na infância e adolescência. Após essa idade, o número permanece estável até os 8 a 10 anos, quando na puberdade volta a ter um aumento rápido; tanto no tamanho como no

número de células, sendo mais intenso nas meninas do que nos meninos. Apesar da hiperplasia ser um processo peculiar de épocas mais precoces da vida, esta também pode ocorrer na vida adulta. Já com relação à hipertrofia celular, existe um aumento relevante durante o primeiro ano de vida e, posteriormente, permanece constante (RODRIGUES, 1998).

Na gama de fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade, há um destaque à escassez de alimentos quer intra ou extra-uterina. Essa exposição poderá configurar um estado de desnutrição e tendendo posteriormente à obesidade; outro fator importante é o novo padrão alimentar e comportamental contemporâneo e urbano. Este prioriza o consumo de alimentos industrializados e favorece a um estilo de vida com menor gasto calórico. (LAMOUNIER; PARIZZI, 2007). Outros fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade como: o diabetes materno, o ganho excessivo de peso materno durante a gestação, pequeno risco para a idade gestacional (PIG) e maior risco para idade gestacional (GIG), além de aleitamento materno de curta duração com introdução precoce de alimentos de elevado teor calórico.

A importância do estudo da obesidade infantil reside na probabilidade da sua permanência na faixa etária adulta, pois segundo dados americanos situam-se em torno de 16% além de determinar a sua relevância por ampliar o seu caráter preventivo por abranger desde a sua gênese, seu percurso neonatal, alimentar e relativo à família. (FISBERG, 2005). Somando-se a representar fator de risco para o aparecimento de dentre outras doenças crônico-degenerativas, o diabetes mellitus tipo 2 inclusive na faixa etária adolescente. Assim a intervenção na faixa etária abaixo dos 10 anos ou na adolescência, promove um efeito redutor da severidade da doença do que intervenções idênticas realizadas na idade adulta; uma vez que os pais podem influenciar os filhos na sua dieta e atividade física, tendo em vista serem necessárias poucas alterações na ingestão calórica para a obtenção de modificações significativas na condição de obesidade. (DAVIS, CHRISTOFFEL, 1994; TROIANO; FLEGAL, 1998).

A obesidade possui ainda duas formas de classificação: Endógena ou Primária, cujas causas indicam tumores, distúrbios endócrinos e as síndromes genéticas; e Exógena ou Nutricional resultante de causas advindas da falta de equilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico, sendo responsável por cerca de 95% dos casos (FISBERG, 2005).

2.2. Participação da Família e Ambiente na Etiologia da Obesidade Infantil

Sobre a etiologia da obesidade exógena, a literatura aponta que existe relação com a hereditariedade familiar, pois quando uma criança possui um dos pais obeso, tem 50% de chance de desenvolver obesidade. Essa chance eleva-se para 70% quando ambos os genitores são obesos. Na família, quando um filho não possui nenhum dos pais obesos, tem somente 10% de chance de desenvolver a obesidade no futuro (PLOURDE, 2006). É importante ainda ressaltar, que as crianças portadoras de obesidade exógena são frequentemente mais altas que as eutróficas e, não raro, apresentam os primeiros sinais de puberdade um pouco antes das crianças de mesma idade.

No entanto, o crescimento mundial da obesidade não pode ser abordado apenas pelo componente genético da doença ou por outras doenças endócrinas. A pandemia de obesidade deve-se as mudanças de hábito de vida uma vez que alterações genéticas não ocorreriam em tão curto espaço de tempo. Não é tarefa simples avaliar qual a real influência do papel da genética na etiologia da obesidade; e qual a relevância da contribuição dos fatores ambientais, uma vez que, além da genética, pais e filhos costumam partilhar dos mesmos hábitos alimentares, atividade física e fatores relacionados à cultura à qual pertencem (GARN et al., 1976). Portanto, é relevante destacar a associação de fatores genéticos, psicológicos e socioambientais como fatores etiológicos da maioria dos casos de obesidade infantil (SOCIEDADE, 2008).

Sobre os modos de consumo alimentar na sociedade contemporânea tem se percebido a relevância deste fazeres na etiologia da obesidade infantil. Suplicy (2002) e Veiga (2002) compartilham da opinião de que são relevantes fatores etiológicos da obesidade: comportamentos extremamente sedentários, comer velozmente alimentos de baixo valor protéico e a influência dos meios de comunicação incentivando a ingestão alimentar ininterrupta e de forma exagerada. Em concordância, um estudo para avaliar o estado nutricional de 164 crianças índias, os autores concluíram haver baixa taxa de desnutrição atual e de obesidade, nas crianças do Parque Nacional do Xingu (Fagundes; Fagundes-Neto; Oliva, 2002). Assim, a incidência de obesidade seria um fato contrário à tendência da população mundial, mostrando que uma dieta variada na ausência de sedentarismo e de modismos da vida industrializada, como fast food e produtos alimentares industrializados diminui o risco de obesidade (MELLO, 2002).

No âmbito das causas ambientais, Bouchard (2003) considerou elementos como a condição econômica, ordem de nascimento, tamanho da família, estado conjugal, ajuda dos pais, situação de apoio social, como fatores que podem exercer influência direta na dinâmica alimentar e na atividade física infantil.

Sobre a dinâmica ambiental familiar em indivíduos geneticamente predispostos Campos (2005), destaca esse fator como prevalente na etiologia da maioria dos casos de obesidade exógena. Tendo como peculiaridades a ingestão excessiva de alimentos (consumismo), os hábitos sedentários, o complicado relacionamento familiar (relações psicoafetivas alteradas, distúrbio no vínculo mãe filho) e hábitos alimentares inadequados (substituições de refeições por lanches, precoce introdução à alimentos sólidos).

2.3. Participação do Vínculo Mãe e Filho na Etiologia da Obesidade Infantil

O vínculo mãe/filho exerce um papel importante conjuntamente com aspectos genéticos e ambientais. Desde o nascimento o ser humano depende de um outro, para que venha suprir suas necessidades básicas, essa tarefa cabe geralmente à mãe (SPADA, 2005). “O vínculo mãe/filho é inato, uma vez que a espécie humana só existe em virtude da sua presença” (NÓBREGA, 2004). As diversas necessidades de um bebê, como fome, sono, cansaço ente outras, apresentadas a uma mãe descuidada, podem ser apenas interpretadas como fome, sobretudo porque ao ingerir alimento ocupando o aparelho bucal a criança é obrigada a parar de chorar. A criança em sua imaturidade psíquica pode associar as diversas frustrações às suas necessidades à ingestão alimentar. “A criança então aprende com a mãe que o alimento é a solução para todos os conflitos, angústias, ansiedades e dores”. As conseqüências dessa dinâmica é o desencontro da criança com a “falta” (NÓBREGA, 2004; CAMPOS, 2005, p. 58).

Crianças obesas poder ter a crença que há associação entre consumo alimentar com o alívio de desconfortos emocionais, obtendo assim uma redução da tensão (SPADA, 2005). Destacando assim, nesse contexto, a importância da qualidade do vínculo entre mãe e filho (a). Para tanto, alguns fatores na relação familiar são relevantes: nível baixo de satisfação conjugal, ocorrência de gravidez indesejada, desagregação familiar, ausência de apoio familiar, vida infantil com baixo nível de satisfação (SOCIEDADE, 2008).

2.4. Sociedade Contemporânea e Obesidade Infantil

Em um mundo em que o conceito de normalidade tem sua definição baseada em um conceito estatístico, as alterações do nosso corpo são encaradas como segregação ou preconceito pela sociedade. Trata-se assim, a obesidade como uma “doença” não aceita

socialmente e, nessa perspectiva, o aspecto emocional está a maioria das vezes associado como causa ou consequência da obesidade (LEMES, 2005).

Boltanski (1979) e Queiroz (2000), a partir do sociólogo Bourdieu, analisam a influência da cultura e das classes sociais na relação do indivíduo com seu corpo. Ambos ressaltam a forma pela qual o corpo sofre influências da cultura, sendo manifestação e expressão de símbolos representativos da estrutura social em que se vive. Igualmente, no processo descrito pelo psicólogo social Ciampa (2001) quanto à individualidade, o sujeito expressa-se também corporalmente, posto que o corpo comunica e concretiza a subjetividade que, como um todo, é construída no social.

Na tentativa de compreender a dicotomia da sociedade moderna entre disponibilidade da abundância e comedimento, esse estudo optou-se em discorrer por meio da perspectiva de Lipovetsky e Charles (2004), que contribuem de maneira valorosa no cerne das nossas preocupações centrais: que tange à compreensão do paradoxo entre a cultura do excesso e o louvor da moderação no qual o mundo “hipermoderno,” “hiperconsumista” e “hipernarcísico” encontra-se inserido.

Considerando que Freud (1914-1980) introduziu o narcisismo como conceito, vários são os autores que apontam para o narcisismo na nossa época: Lasch (1983), Severiano (2007) e Kernberg (1979). Autores tais como: Bauman (2001), Roudinesco (2003), Costa (2004), têm buscado compreender o indivíduo na sociedade contemporânea.

A utilização do conceito de narcisismo é extensa com o fim de buscar compreender as várias situações, nas quais o indivíduo se demonstra insuficiente e escasso demais para administrar sua própria vida psíquica. Por conta dessa realidade, as assim chamadas novas psicopatologias, como os transtornos alimentares severos, a adição por drogas e outras, parecem relacionar-se ao descomedido narcisismo e individualismo em que vive a nossa sociedade (ÁVILA, 2007).

Os indivíduos exacerbam a valorização ao extremo a sua própria condição como seres únicos e procuram avidamente extrair benefícios do consumo, da civilização e de mercadorias. O consumo indiscriminado mercantiliza até a vida em si. Assim, consomem-se as sequelas que a nossa época vem trazendo: violência social, o desemprego, o subemprego, a hiperatividade, a indiferença e o cinismo se tornaram suas marcas registradas. Desse modo no indivíduo, as patologias a cada dia tornam-se mais rigorosas (ÁVILA, 2007). Nesse sentido Lipovetski e Charles (2004, p. 83-84) afirmaram:

Assim, o indivíduo se mostra cada vez mais aberto e cambiante, fluido e socialmente independente. Mas essa volatilidade significa muito mais a

desestabilização do eu do que a afirmação triunfante de um indivíduo que é senhor de si mesmo. Testemunho disso é a maré montante de sintomas psicossomáticos, de distúrbios compulsivos, de depressões, de ansiedades, de tentativas de suicídio, para nem falar do crescente sentimento de insuficiência e autodepreciação. [...] Quanto menos as normas coletivas nos regem nos detalhes, mais o indivíduo se mostra tendencialmente fraco e desestabilizado. Quanto mais o indivíduo é socialmente cambiante, mais surgem manifestações de esgotamento e panes subjetivas.

A ética da prevenção e da previsão são elementos que impulsionam as escolhas. Há uma exacerbação na intensidade dos prazeres instantâneos, de onde advém a possibilidade dos excessos e exageros, dentre estes, identifica-se a compulsão alimentar, ocorrendo como consequência a obesidade ou mesmo outros transtornos alimentares. Nesse viés, cabe refletir sobre a dificuldade enfrentada nos relacionamentos familiares no âmbito dos pais colocarem limites aos filhos, em meio a uma realidade social em que não há espaço de tolerância à falta, angústia, aflição, limites, erros ou frustrações. Além disso, o espaço – recluso – em que o indivíduo hipermoderno vive, possibilita a exacerbação da sua individualidade, e promove um empobrecimento da capacidade organizadora que o coletivo exercia sobre o individual, gerando assim uma fragilidade vincular humana na sociedade hipermoderna (MENDES; PARAVIDINI, 2007).

Na nossa sociedade não se consegue evitar os conflitos de interesse sem guerra; o humano desaprendeu a dialogar, fruto de uma exaltação à individualidade que permitiu que se transformasse - o outro - num objeto de consumo. Assim, a origem do crescimento e enriquecimento humano advém de uma relação com o outro é a chamada troca permanente de humanização, que na atualidade tem se deformado para uma postura de desconsideração da humanidade do outro. Ávila, (2007) defende a tese de que o vínculo é que gera o humano, e dessa forma, as reconstruções vinculares podem resgatar as interações saudáveis quando esta se mostra de contorno violento.

A globalização, por sua vez, acaba por ter um efeito perverso sobre o fenômeno em pauta. Globalização aqui será definida como o fenômeno moderno de homogeneização cultural e político, que por meio do qual promove uma supressão das fronteiras nacionais mundiais (GREENBERG; MD; FAAP, 2003). Associado ao poder formador de opinião da mídia, esse fenômeno contemporâneo tem revolucionado intensamente os valores, os fazeres, as formas de lazer e as relações sociais (familiar, trabalho) na sociedade (LAMOUNIER; PARIZZI, 2007).

O estilo de vida globalizado e os novos modelos econômicos de poder adotados pela civilização contemporânea como o consumismo, sedentarismo e a alimentação

industrializada, tem construído um ambiente desfavorável à existência saudável. O momento presente da história da humanidade, e a enorme velocidade com que se dissemina a informação, padronizam modos de vida com transformações de comportamentos semelhantes em todo o mundo, criando uma sociedade “obesogênica” (RODRIGUES; BOOG, 2006).

Uma ampla literatura tem apontado para aspectos da vida moderna: a sociedade de consumo, engendrando uma cultura da aparência e a cultura consumo (CHARLES, 2004); a fragilidade dos vínculos devido à rapidez das mudanças e à sua volatilidade (BAUMANN, 2004) a abundância levando ao desperdício; a promoção do fútil e do poder do extraterritorial. O culto ao corpo seria uma consequência desse avanço a um individualismo e narcisismo crescentes (LAMOURIER; PARIZZI, 2007).

Muitas mudanças aconteceram e o homem teve que lidar com elas, e também encontrar novos meios para absorvê-las. Estamos diante de uma nova era, pois surgiram novos laços sociais e também novos sintomas. As psicopatologias contemporâneas encontraram novas formas de apresentação, e, por conseguinte, necessitamos articular a formação da subjetividade e o próprio psiquismo como tal, sob diferente enfoque. Nesse sentido que o corpo e os afetos (intensidades) vêm readquirir seu lugar de importância. (MENDES; PARAVIDINI, 2008, p. 104).

A obesidade na sociedade contemporânea tem sido considerada como um distúrbio da solidão e da falta de valorização no exercício do cuidado nas relações interpessoais (LAMOURIER, PARIZZI, 2007). As mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares vêm contribuindo de forma relevante para esse rápido aumento da prevalência de obesidade na infância. Estudos demonstram que a inatividade física das crianças está diretamente relacionada ao aumento da obesidade (TREMBLAY, WILLMS, 2003), assim como o tempo que uma criança passa assistindo televisão e em atividades como os jogos eletrônicos (TREMBLAY, WILLMS, 2003; STALLMANN-JORGENSEN et al, 2007). Crianças que assistem 5 horas ou mais de televisão por dia têm 5 vezes mais chances de se tornarem obesas do que crianças que assistem até 2 horas de televisão por dia. (GORTMAKER et al., 1996). O papel formador de opinião da mídia permite determinar sentidos, com o poder abrangente de projetando e legitimando os mesmos, fornecendo credibilidade ao noticiário de consumo de alimentos. (SERRA, SANTOS 2003).

2.4.1. Estigma, obesidade e o Corpo

Lerner e Gellert (1969) citado por Ogden (1998/1999) visando avaliar a percepção dos padrões corporais aplicaram um teste projetivo em crianças entre cinco e dez anos, estas eram

solicitadas a avaliar cinco figuras de meninos (1 - obeso; 2 - deficiente; 3 - desfigurado na face; 4 - com antebraço esquerdo amputado; 5 - com tala na perna e muletas). Os resultados apontaram que as crianças atribuíram adjetivos mais negativos às figuras de crianças obesas. A conclusão dos pesquisadores é de que a enfermidade física era vista pelos sujeitos como inevitável e sem a responsabilização da criança. Diferentemente a obesidade foi avaliada como se as crianças obesas fossem responsáveis por sua própria situação corporal, sendo culpabilizadas e caracterizadas como de caráter preguiçoso, fraco e glutão.

Sendo vários os estudos que revelam a estereotipia em relação aos indivíduos obesos, verifica-se que na cultura ocidental a pressão para ser magro é bastante intensa: os indivíduos são lembrados constantemente, através dos meios de comunicação social, que a forma ideal do corpo deve ser extremamente magra. Ora, as reações e atitudes da sociedade em relação à obesidade refletem nas atitudes dos indivíduos obesos, que apresentam um auto-conceito comprometido (LEMES, 2005).

Ser dono de um corpo imperfeito, fora dos padrões de magreza na contemporaneidade é sinônimo de uma pessoa de caráter preguiçosa, relaxada e que não possui autocontrole sobre os próprios impulsos. Esse atravessamento imposto pela sociedade, por um corpo perfeito, pode causar sofrimento psicológico àqueles que não conseguem seguir os ditames sociais.

Nesse contexto, Puhl e Latner, (2007) revelam em vários estudos aspectos que relacionam a estereotipia e estigmatização em relação às pessoas obesas, indicando assim fatores preponderantes que indicam que, na cultura ocidental, os indivíduos são constantemente bombardeados através dos meios de comunicação social contemporâneos sobre imagem corporal ideal deve ser extremamente magro.

No contexto da sociedade, alguns pacientes obesos, sobretudo os mórbidos optam por protegerem-se de agressões verbais e não-verbais mediante um comportamento de retração do contexto social. O olhar das pessoas rotulam e diferenciam as pessoas obesas, e em particular as crianças, levando-as a situações de sofrimento social como trocar de escola, não adesão a práticas esportivas por um fraco desempenho ou evitar mostrar o corpo até mesmo desistindo de ir à uma festa por falta de vestuário adequado. Todas essas situações conduzem a criança a restringirem o seu contexto social situando o obeso, muitas vezes em situações de dificuldade na conexão do prazer nas relações sociais, mas conseguindo prazer através da comida. (LEMES, 2005).

Associando a atividade física a aspectos psicológicos na obesidade, mostra que a intensidade sob a qual os obesos sentem o seu peso corporal é maior do que os demais indivíduos. Eles sentem que o seu corpo cansa e apontam dificuldade em alguns movimentos,

sendo considerado para eles impossível, seja por razões anatômicas ou devido ao grande esforço necessário para a atividade física. Esta percepção a cerca das atividades físicas se devem em grande parte à qualidade destas, geralmente pouco lúdicas e repetitivas de forma que não envolve a criança nem a estimula; já que a maioria dos movimentos de uma ginástica não faz parte do repertório diário da criança. O excesso de peso para criança também é um problema, pois é na realidade sentido como um verdadeiro incômodo no exercício da maioria das suas atividades diárias, bem como saltar ou correr, e tal acontecimento promove um sentimento na criança de inferioridade em relação às outras crianças, uma vez que a mesma observa-se menos ágil do que as outras crianças do seu meio social assim percebem o excesso de peso como algo indesejável. (MELLO; LUFT; MEYER, 2004; PUHL; LATNER, 2007).

A atitude discriminatória da obesidade infantil na sociedade contemporânea causa conseqüências na saúde física e psicossocial da criança obesa. Essas atitudes encontram-se espelhadas nos comportamentos e reações das pessoas obesas, as quais apresentam uma tendência a fazer declarações de caráter depreciativas acerca de si mesmos além de apresentarem sofrimento psicossociais como baixa auto-estima, levando a desde a insatisfação generalizada, depressão, dificuldade nos relacionamentos interpessoais e até mesmo comportamentos suicidas, revelando assim um agravamento no comprometimento em torno do seu auto-conceito. Dessa forma, o estigma na construção do “ser obeso” pode mediar inúmeras conseqüências na saúde física e emocional e podem perdurar mesmo depois da perda de peso da criança, ou seja, recuperando sua eutrofia. A situação da obesidade infantil deve afetar futuras gerações, estas seguirão uma tendência globalizada de crescimento da obesidade. Essa nova lógica de problemas na saúde é de ampla abrangência biopsicossocial e em verdade são situações geradas pela estrutura de poder que a própria sociedade construiu, onde se transbordam excessos e impedem a vida humana saudável. (PUHL; LATNER, 2007; SOCIEDADE, 2008).

2.5. Família e Obesidade

“A família é um conjunto de sujeitos que se relacionam e se sentem efetivamente relacionados, o que acarreta conseqüências para o processo de subjetivação” (BERENSTEIN 2007).

Sarti (2004) refere-se à família pobre não como um núcleo, mas sim como uma rede com ramificações, onde a situa num lugar de rede de parentesco abrangente possibilitando a existência do sistema de trocas necessário à manutenção da comunicação e dos vínculos

sociais. No Brasil, a família em geral também pode ser pensada como uma “rede” abrangendo a idéia de pensar a nossa sociedade como uma sociedade do tipo relacional (RABINOVICH; MOREIRA, 2008; PETRINI, 2005; VALVERDE, 2003).

As transformações econômicas e sociais (MORICI, 2007; PETRINI, 2007) nas últimas décadas têm repercutido sobre as mudanças de estilo de vida familiar. Dessa maneira, a família pós-moderna têm-se ajustado à contemporaneidade, originando em consequência inúmeros fatores que se inter-relacionam, como: o movimento industrial e de urbanização; o aumento das opções de oferta da diversidade cultural; o individualismo; o envelhecimento da sociedade; a redução da vida das pessoas no contexto familiar; a mulher no mercado de trabalho em face das suas aspirações profissionais e as pressões comuns que levaram 70% das mães a engrossarem a força de trabalho (WALSH, 1998). Ajuda-nos a compreender que enquanto na modernidade as relações familiares eram governadas pela figura paterna, observa-se uma mudança na organização familiar referente ao espaço que a mulher vem se apossando seja na família ou na sociedade contemporânea (MENDES, PARAVIDINI, 2007).

A queda nas taxas de natalidade no Brasil é contínua desde os anos 60. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2007), a proporção de famílias unipessoais no Brasil cresceu de 8,3% em 1997 para 11,1% em 2007. Em outro estudo, nesse mesmo período cresceu a proporção de famílias do tipo monoparental (com a presença de apenas um dos cônjuges) de 19,2% para 21,8%, o que é coerente com os dados do registro civil sobre o aumento das separações conjugais. Desse modo, no Brasil mais adultos estão morando sós e seus filhos permanecem com seus pais vivendo parte das suas infâncias em famílias monoparentais.

Do ponto de vista emocional, a obesidade pode ser concebida como um sintoma que utiliza o corpo como linguagem única e pessoal para declarar mal-estar psíquico, dor, dentre outros desenhos de sofrimento. (LOLI, 2000). Um sintoma é também compreendido segundo a Psicanálise das configurações vinculares, como uma interpretação da encarnação do mito familiar no sujeito. O significado etimológico da palavra no grego *symptoma* quer dizer coincidência, acontecimento. O autor Berenstein (2007) situa os sintomas, os lapsos e os sonhos como expressões no sujeito da “alteridade” do inconsciente.

Na atualidade, a demonstração da passividade infantil frente aos avanços tecnológicos somados ao poder da mídia na sedução para o prazer dos alimentos não saudáveis, parece ratificar Santos, (2003) “[...] uma adaptação à globalização que alterou profundamente os valores, costumes, relações com o trabalho, a vida familiar e o lazer [...]” De fato, nas relações familiares, segundo Lamourier e Parizzi (2007), os pais empregam o melhor dos seus

esforços em atingir melhores patamares na sua vida profissional e material, para manterem seu poder de consumo e alcançarem, em um mercado de trabalho, patamares cada vez mais competitivos, mais exigentes de produção e eficácia. Ocupados com as obrigações pragmáticas cotidianas, grande parte dos pais vivem uma relação de pequena comunicação e convívio com os filhos, numa realidade familiar em que os pais assumem com a criança obesa uma atitude de economia de afetos. Nesse contexto, a família sem noção das suas escolhas alimentares, ingere alimentos hiper lipídicos e hiper calóricos que estão mais associados a comportamentos repetitivos, pois têm o poder de ativar no indivíduo mecanismos de recompensa em relação aos com alto teor de proteínas e fibras, colaborando para o processo da obesidade (LAMOUNIER, PARIZZI, 2007).

Por isso, destacam-se no âmbito dos fatores familiares, associados à obesidade, os referentes aos conflitos familiares encobertos, o estabelecimento da rigidez de regras na família, relações caracterizadas por fixarem e manterem a dependência entre a família assim como as separações como fator precipitante da obesidade infantil (SPADA, 2005). Analogamente, no âmbito da exigência familiar, a baixa disponibilidade de informações do meio ambiente da criança obesa pode ter o poder de contribuir para a auto-avaliação negativa do comportamento da mesma, conduzindo-a a pensar, que o seu comportamento não está de acordo com o que os outros esperam dela. (CAMPOS et al, 1996). Estudo com 1.136 escolares na Grécia independente de gênero ou status sócio-educacional associam de forma significativa a obesidade infantil a situações familiares de divórcio, vivenciadas pela criança. (YANNAKOULIA et al, 2008).

Segundo Puhl, Latner (2007) as crianças obesas são estigmatizadas, no ambiente escolar, na sua vida de relação interpessoal, e provavelmente os pais são os primeiros agentes desse processo. Em algumas famílias, isto é até encorajado e se adia o ingresso da criança no mundo adulto; assim, a obesidade pode proteger os limites ou fronteiras da família. Para esses autores, a obesidade pode contrabalançar conseqüências psicossociais como auto-estima baixa, depressão, insatisfação corporal, ou pode estar a serviço do sentimento de culpa. Assim como nesse contexto representar, um modo de escape ante a tensão constante do ambiente familiar ou do meio externo. Pode ser assim uma situação real que se une a conflitos internos. Finalmente, concluem não existir um padrão único para caracterizar a dinâmica familiar das crianças obesas.

No estudo sobre obesidade infantil, os autores Mello Filho e Burd (2004) concluíram que as crianças apresentam dificuldades em lidar de forma simbólica no âmbito das suas

experiências de procrastinar satisfações e nas relações sociais usufruir prazer, além do que foi identificado pelos autores, dependência materna e auto-estima diminuída.

O problema alimentar é mais um distúrbio sintomático que entidade nosológica, expressando à seu modo, uma espécie de perturbação da personalidade da criança (GRUNSPUN, 2003). No que concerne a aspectos psicodinâmicos, a maioria das mães das crianças obesas assumem um comportamento dominador e superprotetor, num contexto onde a criança não acessa “a falta”. Além disso, observa-se um envolvimento emocional intenso entre a criança obesa e um dos pais (comumente a mãe), sendo que este apresenta uma preocupação exagerada com o bem-estar físico do filho, empanturrando-o de alimentos e superprotegendo-o contra perigos físicos. Em meio a esses desencaixes, esses contextos podem assumir uma abrangência tal que desde cedo essa criança pode apresentar passividade e dependência (CAMPOS, 2005).

A autora Simone Weil (1993) no sentido de entender a relação mãe - filho como espaço de expressão da afetividade e localizá-la como antagônica à violência, que percebe nas palavras de Túcides: “Sempre, por uma necessidade natural, todo ser exerce todo o poder de que dispõe.” Essa é a lei natural da vida. “Os filhos são como a água” sempre ocupam todo o espaço disponível. Mas Deus não, senão só haveria Deus e não haveria mundo. Os pais às vezes, ocupam todo o espaço disponível. Contudo ao escolherem voluntariamente amar, os pais optam por não exercerem todo o poder de que dispõem com os filhos, para não os “impedirem de existir,” para não os esmagarem com sua “presença.” Na expressão da atitude de acolhimento e compreensão do outro na sua insuficiência, no viés, a sintonia fina da dimensão ao acolhimento do outro no seu desenho único como pessoa. Poderia nos dirigir o questionamento a uma possível explicação sobre a não retirada da mãe na sua relação de díade com o filho: o poder. (COMTE-SPONVILLE, 2007). Nesse sentido, Berenstein contribui explicitando a diferença do poder como verbo e como substantivo. No que constitui a lógica do poder no entendimento como verbo, o autor descreve a idéia no âmbito da abrangência das ações e da vivência em torno da experiência emocional que acontece no espaço humano da pluralidade. Quando essa ação de poder assume as características de estabelecer a sua existência plural em um determinado lugar e tempo, assume a conotação de um substantivo. “Caso haja associação com “exaltação” e “engrandecimento” o excesso assume o significado de anulação vincular mediante o processo de destituição do outro e o desvirtualiza em um objeto. (BERENSTEIN, 2007).

A família é o fundamento do primeiro ambiente de aprendizagem e podem desenvolver estilos de vida direcionados ou não ao bem-estar. As figuras parentais constituem

modelos e reforçam de distintas maneiras as atitudes da criança e seus hábitos frente ao alimento (GARN, 1976) e à atividade física e conseqüentemente, nos pesos das crianças.

Do ponto de vista biológico, a idade pré-escolar constitui-se numa fase favorável da aprendizagem de comportamentos, além da inter-relação com a família. Assim é necessário avaliar os estilos de vida familiar, especificamente hábitos alimentares e atividade física e sua influência desta faixa etária sobre o desenvolvimento do excesso de peso e de obesidade. (EPSTEIN, 1996). No que concerne à relação entre o peso dos pais e de seus filhos, Rodrigues (1998) em seu estudo, verificou uma positiva correlação entre o IMC dos filhos e o materno, uma vez que o IMC em 98% das mães pesquisadas foi verificado o percentual de gordura corporal elevado para a ponto de corte da eutrofia. Cerca de 90% das crianças obesas do estudo, possuíam parentes próximos (pais e/ ou avós) obesos (ACCIOLY, SAUNDERS e LACERDA, 1998).

Baseado nos elementos acima apontados, e com o objetivo de compreender de forma multidimensional o processo da obesidade infantil, é necessária a abordagem do aspecto sócio-psicológico. Considerando o estudo da dinâmica familiar da obesidade infantil, intermediada pelo valor simbólico da alimentação no contexto criança – pais – família uma das vertentes teóricas que dialoga com qualidade é a ótica psicanalítica (MULLER, 1999).

3 A PSICANÁLISE VINCULAR E A OBESIDADE INFANTIL

Considerando a importância da contribuição dos distintos vieses multiprofissionais, psicoterapeutas, psicanalistas, pesquisadores, nutricionistas, antropólogos, médicos e toda a equipe multidisciplinar de saúde muitas vezes assumem papéis complementares. Considerando o funcionamento psicológico, a dinâmica alimentar, familiar e social contemporânea, faz-se imprescindível uma perspectiva psicológica que dê conta de dinâmicas mutuamente implicadas em níveis individuais, relacionais e sociais. Neste item, o presente trabalho tem seu suporte teórico na Psicanálise das Configurações Vinculares, dos psicanalistas argentinos Berenstein (2007) e Puget (2003).

A contribuição inovadora do estudo da dinâmica familiar concebe o vínculo familiar como um fazer “entre” os sujeitos, mediante o qual se tornam sujeitos “outros” sem por isso deixar de integrar essa família.

“Esse fazer se produz no presente: trata-se de apresentações, isto é, de novidades que se dão a partir desse ‘entre nós’ enquanto presenças e que só surgem da experiência vincular e não fora dela.” (BERENSTEIN, 2007, p. 22).

O inconsciente seria o próprio vínculo que, ao e por subjetivar, escapa à esfera consciente das pessoas vinculadas.

“A concepção de subjetividade vincular implica que um sujeito se torna outro com o outro, donde ninguém é centro nem de si mesmo nem da relação” (BERENSTEIN, 2007), mas ambos se produzem como sujeitos a partir de determinadas relações de poder que ocorrem nos vínculos.

3.1. Família e Subjetividade

A família surge de uma estrutura familiar inconsciente, de um conjunto de lugares e de vínculos e da maneira particular em que estes são investidos. Nasce também de qualidades solicitadas por modelos e ofertas identificatórias individuais, familiares e culturais, tanto de vínculos atuais quanto transgeracionais. Neste caminho, a estrutura familiar inconsciente, isto é o conjunto de lugares do parentesco, deverá fazer espaço ao que sobrevive “sem ter lugar,” o modo de Berenstein designar o novo quando este se apresenta.

As pessoas de uma família têm a peculiaridade de ocupar lugares chamados de parentesco, cujos nomes são transferidos para a pessoa: o lugar do pai denomina o sujeito que

se chama pai, precisamente por cumprir, ou não, as funções que resultam de estar nesse lugar, assim como a mãe e o filho. Para Berenstein, há um quarto lugar, refere-se ao lugar do representante da família materna, ou avunculado conforme descrito na antropologia (BERENSTEIN, 2007).

Os “lugares” supracitados estão relacionados e têm uma base inconsciente. Contudo, Berenstein se opõe à noção de lugar como representação, resultado do registro do que ocorreu no passado, e a propõe como imagem instituída de si mesmo por um conjunto social e/ou vincular. Assim, a representação compreende tanto como se inscreve e elabora a relação quanto o pertencimento inconsciente dos sujeitos ao conjunto.

Para o autor, os saberes, com suas descrições predicativas, não dão lugar à diferença que permite o surgimento da singularidade na constituição do sujeito. O mesmo ocorre quanto à noção de tempo que remete à idéia de uma origem. A origem é uma marca estabelecida após o ocorrido, sendo uma característica marcada pelos outros. Nossa origem, por exemplo, é o resultado de um dizer de nossos pais e de nossa comunidade (BERENSTEIN, 2007). Na família, assim como na ordem social, as origens ajudam a estabelecer uma continuidade entre um presente e um passado ao qual se atribui um sentido estruturante.

O conceito de uma subjetividade não estabelecida de uma vez e para sempre, e a idéia da origem como único ponto de partida dá lugar a um movimento que permite admitir outros pontos de partida, que darão lugar a outras origens possíveis. “Descentramento do um, do único, do central.” (BERENSTEIN, 2007). Assim, de uma visão estrutural – cada sujeito em seu lugar e um lugar para cada sujeito – o vínculo faz tornar outro com outro, e os lugares adquirem sentidos mais móveis.

O objeto de estudo desse trabalho remete à história da obesidade infantil no espaço ocupado pelo simbolismo da história dessa criança como pessoa; especificamente ao seu contexto como criança, à sua teia familiar e ao âmbito de sua abrangência social. Ao analisar a história de uma criança com obesidade, a sua história ainda latente constitui-se um elemento básico para a singularidade da construção do corpo da criança. Em um momento do desenvolvimento infantil onde o aparato psíquico encontra-se incapaz de elaborar, o corpo pode se tornar eleito para expressar emoções que não podem ser simbolizadas.

Berenstein (2007) estabelece a distinção entre “problemas familiares” e “situações familiares” para enfatizar que, uma situação ao ser constituída como problema, já implicaria em uma normatização, ou seja, em um padrão de cujo afastamento constituir-se-ia em um “problema”. Onde pode-se definir “situação da obesidade infantil do filho único” como um espaço familiar sócio-histórico em que a obesidade resulta de uma interação dinâmica entre

vários níveis em que a criança, sua família, seu grupo sócio-educacional e seu momento histórico estão inseridos.

De fato, o ponto de vista central da teoria vincular consiste em sua compreensão da estrutura familiar como contendo elementos inconscientes. Enfoca como proposta da contemplação da criança obesa, em um fecundo e permanente câmbio com o meio, numa abrangência dinâmica e numa ininterrupta criação na sua existência em três mundos psíquicos: intrasubjetivo, intersubjetivo e transubjetivo (BERENSTEIN, 2008).

Puget e Berenstein, (1994) refletiram acerca da história pessoal do indivíduo como espelho da abrangência da teia relacional, cujos resultados podem ser detectados por meio da observação da estrutura identificatória e dos vínculos. A abordagem contemporânea apóia que o individual abrange o coletivo e vice-versa um não se faz sem o outro (BERENSTEIN, 2007).

Puget e Berenstein (1994) articularam um modelo de aparelho psíquico no qual se organizam zonas diferenciáveis às quais chamam de espaços psíquicos. Situam o espaço intrasubjetivo, o intersubjetivo e o transubjetivo, que inscrevem marcas e representações que elaboram diferentes dinâmicas e que têm origem no início da vida.

O espaço intrasubjetivo é o que corresponde ao intrapsíquico na teoria clássica e abrange as fantasias, desejos, imagos, representações, fantasias, a pulsão e as relações de objeto. Constituem-se no espaço do mundo interno, nas representações do corpo e do intrínseco funcionamento mental do mundo intrapsíquico.

No espaço intersubjetivo, estão o sujeito e os outros, aqueles com quem o indivíduo tem alguma relação de intimidade, espaço rico em “representações do eu corporal.” (CORREA, 1998). Nesse lugar, as relações são materializadas numa realidade, onde o indivíduo vivencia o amor, o ódio, a ternura, e a irritação dos outros em relação a ele, e a dele em relação aos outros. Concebe-se a estrutura familiar inconsciente como modelo de intersubjetividade, com a existência de mitos, acordos e pactos inconscientes importantes. É nesses espaços intersubjetivos que se constitui o sentimento de pertença.

O espaço transubjetivo, é o sócio-cultural, o macro contexto é onde cada sujeito estabelece relações com os valores, ideologias, crenças e a própria história. São espaços onde são constituídas as relações com a sociedade à qual o indivíduo pertence, a partir da experiência estabelecida com a participação das figuras parentais, exercendo a mãe o papel de porta-voz da cultura (BERENSTEIN, 2007).

A idéia central é que esses espaços psíquicos têm cada um a sua abrangência, constituindo o sujeito desde a sua origem mais remota até a sua plena inserção na cultura.

No espaço intersubjetivo, a definição de pertencimento ao vínculo refere-se a uma estrutura inconsciente de caráter narcisista que une duas entidades de forma estável e duradoura no sentido do tempo. Em sentido bidirecional, significa “relação entre outros,” no formato atual como descreve Berenstein (2007), o qual entende o conceito de pertença como o investimento do sujeito na construção do sentimento de pertencimento aos objetos internos, a uma família, a um contexto social e que constrói com uma marca um lugar de identidade oriunda do contexto social. É na realidade, um sentimento do outro de que “eu pertenço”, intrinsecamente inerente à condição de ser.

A consideração do relacional ou vincular se estende ao entendimento dos grupos como uma configuração de vínculos, uma relação entre sujeitos. O vínculo é uma zona de encontro entre dois ou mais sujeitos, uma estrutura inconsciente, que os liga numa relação de presença, constituindo-os como sujeitos do vínculo. Mas, como a estrutura vincular é inconsciente, seu registro dá-se apenas pelo sentimento de pertença do sujeito, que designa a ocupação de um lugar na estrutura vincular. A pertença não é definida a priori, e precisa ser constantemente reconhecida pelos outros, assim como renovada pelo próprio sujeito. Este necessita justificar sua ocupação do lugar na estrutura vincular, e o faz a partir de investidas simbólicas possessivas, mantendo seu status de presença e também de investidas simbólicas referenciais, acreditando compartilhar representações, fantasias, objetivos e sonhos/projetos com os outros sujeitos vinculados (BERENSTEIN, 2008).

3.1.1. O Espaço Intrasubjetivo

Berenstein, psicoterapeuta da família desde os anos 1970, influenciado pelas teorias de Melanie Klein e de Donald Winnicott - enfatiza o mundo intrapsíquico. No entanto, em sua teoria encontra-se uma lógica que não se situa em um sistema dividido entre sadio e doente: localiza os componentes da família sem divisão, inserindo-os em lugares da família dentro de uma unidade do tecido familiar (BERENSTEIN, 1998). É nesse contexto sem fragmentação que situa-se a criança na família, como expressão de um sintoma de um processo de elaboração de conflitos, em uma tentativa de reestruturação e comunicação simbólicas, oriunda de diversos espaços inconscientes, numa situação de obesidade.

É importante lembrar que o ser humano se constitui em um ser social por meio de um permanente encontro com o outro. Em um primeiro encontro humano sem palavras com a mãe, o autor teoriza que na mente do bebê serão registrados fundamentos da sua construção que o constituirão como sujeito. Esse encontro é de suma importância, e seria impossível

minimizá-lo, uma vez que o sujeito é em função da existência da mãe. Sua sobrevivência se constitui no corpo desta mãe, ainda que lhe seja oferecido leite materno ou outro tipo de alimento. Assim, no contexto da relação que se produz entre mãe e bebê, “o contato emocional parece ser para a mente tão necessário e consistente como o alimento material para o corpo” (BERENSTEIN, 2007, p. 118).

Nesta relação, mãe e bebê experimentarão um tecer colorido, tingido por condições envolvendo a sexualidade, a repressão, e ainda na crença materna em como a relação com o bebê pode ser construída verbalmente. Em 2007, Berenstein se remete à importância da “presença presencial” na relação mãe/ bebê e a descreve situando o tempo em que a mãe amamenta o seu filho, e aloca o peito na boca do bebê. Esse é um momento em que a mãe oferece uma parte de seu corpo e a sua fabricação de um produto biológico especificamente elaborado para aquela criança, degustado no contexto de suave contato de pele.

A amamentação proporciona um contato físico e íntimo entre a mãe e o filho, e é um espaço essencial na criação do elo que os une. É através desse primeiro contato com sua mãe que o bebê estabelece as suas primeiras relações com o mundo. A comunicação se manifesta a nível sensorial e é vivida de forma simultânea e complexa, é o denominado “conforto”. O bebê para mãe constitui-se como uma âncora, este pode se sustentar em termos de “tensão, calor, cheiros e prazer.” O olhar, somado ao seu conjunto abrangente, é também a gênese da vinculação, e designa uma ligação de afeto específica de um indivíduo ao outro. Na elaboração dessa oferta de si mesmo, a mãe se doa em forma de alimento para o corpo do bebê, numa vivência em que o contato com a pele da mãe, desperta os sentidos do bebê. Por meio de movimentos reflexos, o bebê busca o seio e se agarra a ele com força. Nessa doação, a mãe acrescenta ingredientes preciosos de si, a esse alimento, como o seu desejo, a sua sexualidade, temperada com as formas pessoais de contato maternas, aspectos como o horário, a frequência e um conjunto de recursos que compõem o “dever ser” de uma mãe e de um bebê. No ato de amamentar figuram os modelos identificatórios apropriados pela mãe em sua história de vida, assim como os conflitos infantis e adolescentes com a sua própria mãe, as imposições sociais, a visão de mundo e o apoio que encontra nos outros ao seu redor (BERENSTEIN, 2007).

Nesse contexto é vivida a tão importante relação mãe-bebê, que é uma via de mão-dupla: uma vivência, em que se instala em um momento de encruzilhada, e em que se entrecruzam elementos essenciais como dar alimento por intermédio da mãe e de alimentar-se do ponto de vista do bebê. Essa encruzilhada trata-se de um ponto crucial em que mãe e bebê, na vivência desse trabalho de estarem juntos, elaboram um encontro de natureza “efêmera”

que imprimirá marcas de um “lugar”, de uma “representação”, de um “espaço” e de um “tempo.” O bebê e a mãe se encontram separados e também se sentem como tal. Nesse ambiente, mãe e bebê encontram-se frente a um trabalho a ser executado nesse encontro, no qual o vínculo é produzido e a criação de uma subjetividade inédita, ligada ao sentido de constituir ambos: mãe e bebê como sujeitos. “O vínculo é o inconsciente em sua maior densidade: é o que dá pertinência e estabelece uma descontinuidade contínua ou uma continuidade descontínua entre os - eus - o qual não é percebido pela consciência” (BERENSTEIN, 2007, p. 120).

O fazer desse trabalho conduzirá a outros trabalhos e à produção de subjetividade, pois segundo Berenstein (2007, p. 73): “É na família onde as marcas das faltas produzem déficit, onde os excessos produzem fixação, e o que será desprezado em sua qualidade traumática produzirá a enfermidade final.”

No que concerne à função paterna, Berenstein (1996) revela a importância da interdição paterna somada a um olhar amoroso, exercida no contexto da relação com o filho e no corte que auxilia este a seguir sua própria história.

3.2. O Espaço Intersubjetivo

A família é considerada o útero da intersubjetividade. Berenstein refere-se aos vínculos na família como: vínculos de sangue e vínculos de aliança, que podem se manifestar a partir de dois espaços: o que tem por base o parentesco, ou seja, o espaço vincular em que está inserido o núcleo familiar e seus componentes; e o espaço referente aos outros sociais e não familiares, onde se encontram as raízes inconscientes do pertencimento social, a ideologia, os valores da classe social e econômica a que pertencem, e as produções relativas ao eu e à família.

A intersubjetividade que antecede a existência do sujeito origina-se no espaço das trocas familiares. A intersubjetividade constitui o sujeito e este é alterado por ela. Seu conceito central, implica em “ir sendo sujeito” e em “ir pertencendo” aos diversos mundos e determinar quais são os seus valores, ética, modelos e modos de funcionamento (PUGET, 2003).

A presença de maneira objetiva é um acontecimento, uma qualidade inerente ao outro direciona-se ao outro de uma maneira tão forte, que insere uma marca no outro, marca esta que modifica o sujeito. O vínculo demanda uma relação de presença e, portanto estabelece-se

na presença do outro. “Um pai ausente é diferente de um *“pai que não está,”*, pois, se o primeiro marca a subjetividade e obriga a simbolizá-lo dada a sua não presença, o segundo marca um tipo de vínculo, pois o lugar do que não está é o de uma ausência fortemente impregnada de uma presença esperada.” (BERENSTEIN, 2001, p. 95). Os pais “Sem tempo, não apresentam disposição para o convívio com os filhos. Um dos aspectos antropológicos que mais caracterizam as relações contemporâneas é o fenômeno do declínio do convívio.” (LAMOUNIER, PARIZZI, 2007).

A realização da presença (ou ausência) na família configura-se no ato de conversar. (BERENSTEIN, 2001). Dessa forma, Lamounier e Parizzi (2007) enfocam a obesidade no âmbito das relações interpessoais, especialmente como produto da precariedade do valor dedicado ao espaço intersubjetivo na qual é produzida num contexto de isolamento, solidão e desvalorização dessas relações. Numa situação contemporânea onde o atravessamento da lógica da hipermodernidade, do consumo, do mercado de trabalho, se impõe por meio da presença da realidade transubjetiva, distorcendo intensamente as relações com o trabalho, o lazer, os costumes e os valores no íntimo da vida familiar da sociedade contemporânea.

3.3. O Espaço Transubjetivo

Dentro de uma tradição da terapia familiar, Granjon (1990) situa a questão da herança do conteúdo – o que é adquirido ou aquilo que impõe a transmissão na essência da vida psíquica individual e familiar e que está, desde o momento primitivo, inscrito nos lugares e nos fundamentos da psique de cada um de seus membros do grupo. A transferência forçada, imposta para cada indivíduo desde o seu nascimento, originada de quaisquer espaços, faz da criança o elo de uma cadeia geracional e a destina a um lugar que lhe é ofertado pela família que a acolhe. Herdeira da trama que se teceu e daquilo que se silenciou nos laços da aliança de seus pais, a criança que se favorece do investimento narcísico dos seus pais, garante o prosseguimento do contexto e parece produzir a aquisição de sua própria subjetividade. Interagindo nesse contexto, a criança oportunizará a sua existência, estabelecendo-se psiquicamente como sujeito do inconsciente e sujeito da família e da sociedade.

A criança representa um sujeito do grupo sócio-cultural ao qual pertence e como sujeito social, interage e constrói na elaboração dos modos de arranjo das configurações vinculares da sua família. Na contemporaneidade, valores como individualidade, prazer, imediatismo, são transmitidos, e nessa transmissão Kaes (1980) percebe a importância do

modo de transmissão desses valores – a transmissão se constitui no próprio ato de transmitir ou não os conteúdos psíquicos.

Na relação familiar existe um caráter simbólico subjacente à sua estrutura, conforme preconiza Berenstein (1996, 1998a, 2007b) na abrangência do que diz respeito ao modo como a família se organiza no que se refere aos costumes, no processo de nomear, e nas manifestações do inter-relacionamento dos aspectos inconscientes. A estrutura inconsciente gera os significados para todos esses elementos, que seria o próprio vínculo, que ao e por subjetivar, escapa à esfera consciente das pessoas vinculadas, gerando dinâmicas familiares em diversos arranjos e formatos. Desse modo, o indivíduo encontra na família o lócus da sua construção como sujeito, onde é traçada a sua subjetividade. (BERENSTEIN, 2007).

Em 2004, Berenstein analisa o tema: “Genealogia da interferência” onde oportunamente destaca os aspectos analíticos, direcionando-os à idéia de associar a interferência a um fenômeno que ocorre nas interações humanas e se qualifica como um impedimento. Apresenta-se como uma dificuldade que surge e atravessa a história da dinâmica da relação entre “dois” de uma maneira intromissora, que perturba a interação humana num momento quando não é desejada, “afetando-a quando não deveria fazê-lo.” Dessa forma, o autor considera a interferência como realidades provenientes do ambiente “exterior.” O que antes denominava “realidade social”, atualmente denomina de “espaço público.” Em 1987, entendia existirem vários tipos de interferências, dentre elas, uma que denominava de “invasão da realidade social.” Nessa realidade, o referido autor, alargou a abrangência do conceito de interferência na direção de assinalar a magnitude do poder em engatilhar o “pensar,” os “valores,” as “crenças” no íntimo de cada família e pessoa. (BERENSTEIN, 2008)

Assim, pode-se considerar a abrangência dessa “interferência” como um atravessamento que acomete a criança e a família como uma “presença da realidade social”. Antropologicamente vive-se uma época em que a cultura contemporânea da sociedade situa a alimentação em um lugar central, num espaço de objeto catalisador, num lugar que tem produzido uma sutil imposição da sua presença. As “interferências” se relacionam de forma extremamente íntima com a imposição, que se congrega com o poder da realidade externa (BERENSTEIN, 2008). Chamar de “externa” essa realidade, determina lugares de abrangência e de influência. Para tanto, se faz relevante compreender melhor a cultura da sociedade contemporânea e como essa abrangência participa de maneira íntima na dinâmica familiar, nos níveis intrapsíquico e interpssíquico.

A sociedade contemporânea vive novos tempos, onde sociólogos como Bauman, (2001) descrevem a modernidade com noções de globalização, consumo, individualização, estilos de vida e outras, para situar a “modernidade líquida.” Conforme destaca a psicanalista Puget, (2007) a globalização instaura um novo “modo de pensar” no qual a diversidade se articula em um denominador comum: a eficácia e o manejo da competitividade direcionada ao rendimento econômico. Nas últimas décadas, a rapidez, o imediatismo e o consumismo têm se refletido na vida de todos, especialmente das crianças em desenvolvimento e no manejo das situações advindas deste contexto macrossocial.

Na mesma direção, Juan Vasen, (2007) psicanalista argentino, faz um relato denominado: Que ferramenta é possível colocar em jogo quando uma criança não brinca? – em que associa o comer compulsivo à ausência da capacidade lúdica. Este caráter lúdico derivada da incapacidade da produção do prazer por si próprio, longe da demanda do outro. Compreendendo esta dinâmica familiar no contexto da sua prática clínica com crianças obesas, em que a geladeira e a despensa são como o corpo materno, que se encontra sempre disponível.

A criança, no percurso de sua estruturação, participa do jogo presença/ausência do outro. A criança só percebe o espaço do mundo como um campo a ser explorado quando sente que existe uma morada e lugar tanto no seu corpo, como no interior do corpo de sua mãe. Quando a criança não tem noção de um espaço que pode ser habitado por ela, a mesma trava uma batalha intensa com o objetivo de encontrar um lugar que a acolha.

3.4. Obesidade Infantil e Teoria Vincular

Cada época histórica gera um tipo de subjetividade e de vínculo familiar. Em nossa época, a linguagem do sucesso e da eficácia é significativa. Tanto o sujeito quanto a família estão impregnados da necessidade de obter resultados, talvez como modos de uma subjetividade, individual e familiar, produzida no capitalismo.

A esse período histórico, se agrega a orientação dada pela imagem, donde as pessoas deverão se mostrar como uma “boa família” para que os outros a vejam como tal, de maneira que o sujeito se mostre como normatizado e parte de um conjunto mais abrangente também normatizado.

Sucesso, eficácia e aparência (a imagem de si) são propostas do imaginário social como oferta identificatória para a subjetividade. Bulimia, anorexia, drogas, pílulas, excitantes,

calmantes, tudo isto são reflexos de ser eficaz e ter sucesso são sofrimentos desta época (BERENSTEIN, 2007). Neste sentido, a obesidade também o seria, embora na direção oposta.

Quanto ao vincular em seu contexto inter e transubjetivo, entende-se que a criança não apenas está vinculada à sua realidade familiar, mas surge imersa em um “conjunto” de uma forma contextualizada. O espaço dessa construção é o grupo familiar onde interagem diversas formas de vínculo (PUGET, 1999). Nesse espaço que simultaneamente antecede a existência da criança, e é alterada por ele, a realidade intersubjetiva é experimentada de uma maneira primária pela criança, objetivando a experiência de vivenciar o lugar de trocas vinculares, investimentos narcísicos e de separação e individuação (MAGALHÃES, FÉRES-CARNEIRO, 2004).

Na nossa sociedade atual, onde a criança obesa é considerada doente, e os outros membros da família sadios, essa situação definem espaços e lugares. A perspectiva de olhar para a família e contemplar o espaço familiar que cada membro ou a família toda ocupa – encontra-se submetido a inúmeras variáveis de elevada importância, dentre elas a de ordem econômica.

Esse espaço interno e externo, mensurável e subjetivo, permite a reflexão sobre a organização inconsciente da família, a partir da transubjetividade, mas simultaneamente, oferece instrumentos da dinâmica como o mundo interno familiar, por meio de uma dupla vinculação subjetivada. (BERENSTEIN, 1998).

O tipo de comunicação na família estabelece uma oposição entre sadios e doentes, eutróficos e obesos. A criança comunica através de sua obesidade.

A mãe, antes de encontrar o seu filho, encontra um corpo, e esse corpo poderá ser sonhado, desejado, ou não, mas unicamente pelo processo de libidinização que a criança poderá se tornar um filho. O nascimento de um bebê implica num risco na relação e assim, o momento do encontro da mãe com o bebê ao nascer sempre será um enigma. (AULAGNIER, 1994, p. 117 apud HORSTEIN)

Por isso, pode-se pensar que esse encontro orgânico da mãe com um bebê, marca sobretudo as mães, ou os pais, mais do que o próprio filho; e no contexto da sua história de obesidade, é em primeiro lugar a sua mãe que o olha como obeso ou não. Dessa forma, pode-se evidenciar o vínculo que o exclui primeiramente do contexto familiar.

A relação família e psicopatologia vêm sendo analisada através de duas formas: de um lado a psicopatologia sendo associada aos vínculos primários estabelecidos com a criança desde seu nascimento; de outro, como resultado de um processo contínuo de interação e vinculação com a mãe, pai e irmãos. A teoria psicanalítica nos indica que a estruturação da

personalidade ocorre através da introjeção de modelos de identificação primários e de vinculação afetiva desenvolvidos nos três primeiros anos de vida da criança (PACHUK, FRIEDLER, 1997).

Por outro lado, a psicopatologia do desenvolvimento preconiza que a existência de vínculos primários negativos não é por si só, determinante no surgimento de sintomas psicopatológicos na criança. A relação estabelecida em família, na forma como se constituem os vínculos pais-filhos e entre irmãos, na atualidade, podem vir a favorecer situações de risco e de proteção para o surgimento de sintomas e transtornos psicopatológicos.

Assim, o desenvolvimento desse tema, tem como pressuposto que o sintoma da obesidade infantil se apresenta num atravessamento na configuração do mosaico familiar como um produto contemporâneo, associado a transformações sócio-econômicas e ideológicas.

4 OBJETIVO GERAL

Aprofundar a compreensão das relações familiares de filhos únicos portadores de obesidade exógena na infância.

4.1. Objetivos Específicos

- a) identificar o papel da família e de seus membros na etiologia e atitude frente à obesidade infantil do filho único;
- b) conhecer o relacionamento no contexto sócio familiar de obesidade infantil do filho único;
- c) sugerir possibilidades de tratamento em um grupo específico de famílias soteropolitanas.

5 MÉTODO

Para alcançar o referido objetivo, optou-se pela pesquisa qualitativa, pois segundo a literatura, esta análise é bastante relevante quando o tema investigado é complexo, uma vez que permite identificar como as pessoas a obtém, o que fazem com ela e em que sentido agrega em suas vidas, dessa forma evidencia-se uma maior preocupação em obter resultados compreensivos do processo do que resultados apenas mensuráveis.

Segundo Ludke (2000), a pesquisa qualitativa, mais usada nas ciências humanas, busca uma compreensão subjetiva da experiência humana, das suas emoções, pelos sentidos e significados, pela busca dos afetos, percepções, interligações, ilogismos, com a coleta de dados ricos em descrições de pessoas, situações, acontecimentos, vivências sendo que a análise busca compreensão e significados, e não evidências.

Para Lincoln e Guba (2005), a pesquisa qualitativa apoiada na psicanálise que delineou a abordagem teórico/metodológica do estudo, foi considerada na sua relação intersubjetiva. O conhecimento é uma forma de compreender e de interpretar o mundo nos termos de seus atores sociais. Estes, pois, são instrumentos da pesquisa e entre eles se inclui o pesquisador, que também é parte do mundo pesquisado.

Definido o tipo de pesquisa, o percurso metodológico inicialmente realizou o levantamento da literatura para diagnosticar e coletar informações sobre o assunto proposto, em seguida fez-se o fichamento deste material para posteriormente começar o trabalho de redação. A revisão de literatura proporcionou o embasamento teórico necessário para dar suporte ao desenvolvimento de todo o trabalho, bem como para analisar os dados coletados, conforme será abordado.

A revisão bibliográfica coletada parece sugerir que esse tema é ainda pouco estudado no Brasil, indicando um procedimento metodológico de abordagem do tipo exploratória.

No que se refere ao procedimento de coleta e análise dos dados, no enfoque qualitativo, o desenho é aberto, sendo que a análise e interpretação dos dados estão no próprio do pesquisador, que tem o papel de integrar aquilo que é dito e quem o faz. Assim, é ele quem dá significado à informação e forma a unidade do processo de investigação. Por esse motivo, a análise de dados foi sendo realizada de forma simultânea à coleta, e não ao final desta, como acontece na abordagem quantitativa. Esse fato dá demonstrações de uma relação dialética, na qual há uma interação contínua entre coleta e análise, entre investigação e intervenção, na qual cada uma se constrói e é construída pela outra.

5.1. Participantes da Pesquisa

Participaram da amostra 8 (oito) famílias soteropolitanas com filhos(as) únicos(as) obesos(as) na faixa etária entre 7 a 10 anos, pertencentes a 4 (quatro) famílias de classe sócio-educacional média alta e 4 (quatro) de classe sócio-educacional baixa: Lorenzo, Flávia, Georgia, Igor, Emily, Danilo, Nelson e Tatiana - assim distribuídas:

Classe sócio-educacional baixa		Classe sócio-educacional alta	
Idade	Sexo	Idade	Sexo
7 anos	F	8 a 3 m	F
7 a 2 m	F	8 a 10 m	F
8 anos	M	10 a 3 m	M
8 a 4 m	M	9 anos	M

Quadro 1 – Idade, sexo e classe sócio-educacional das crianças participantes.

As famílias da amostra foram soteropolitanas, selecionados em consultórios e escolas por escolha intencional, tendo como critério os sujeitos mais significativos para o entendimento das interações familiares, bem como as famílias participantes das entrevistas foram voluntariamente indicadas por profissionais da área de saúde e por professores. Sucedendo-se o agendamento por telefone da entrevista domiciliar, priorizando a preferência de cada família.

Para definir o segmento sócio-educacional das famílias, usaram-se os critérios estabelecidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP) segundo o levantamento socioeconômico realizado em 2005 com cerca de 11 mil famílias brasileiras. Tal classificação inclui a utilização do critério de avaliar o total de pontos numa escala de nove itens em que cada família se classifica, como a escolaridade do chefe da família, tipo e número de bens no domicílio, características da residência, profissão, ocupação, padrão de renda e de consumo, instituída com o objetivo de otimizar a conexão entre a renda familiar com a pontuação total. Quanto à possibilidade da ausência em um ou mais itens da escala, nos valem os valores atribuídos por meio de regressões das demais informações sobre o item inexistente. A Classificação ABEP inclui na sua categorização oito classes decrescentes de poder aquisitivo (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E). As classes A1, A2, B1 e B2 foram nominadas como: classe sócio-educacional alta e as classes C1, C2, D e E como: classe sócio-

educacional baixa. Nessa oportunidade ainda, utilizou-se a comprovação adicional em considerar a discriminação efetiva do Critério de Classificação Econômica Brasil em relação ao poder de compra entre as diversas regiões brasileiras. Assim como pela natureza da pesquisa qualitativa adotou-se por orientação da ABEP 2008 informações adicionais das famílias, incluindo itens como lazer, hobbies e características de personalidades coletadas. As informações foram obtidas mediante observação à domicílio e nas entrevistas semi-estruturadas com as famílias.

5.1.1. Critérios Adotados para Inclusão dos Participantes da Pesquisa

- a) O estado nutricional das crianças. As crianças foram avaliadas mediante a aferição dos dados antropométricos (peso e estatura) que foram cuidadosamente aferidos segundo preconiza o Ministério da Saúde do Brasil (MS) (BARROS, et al, 2004). Em seguida, realizou-se a plotagem em gráfico dos dados aferidos, distribuindo-os em percentis e escores z (desvios-padrão) do IMC segundo idade para sexo (5 a 19 anos). A avaliação nutricional para crianças com IMC entre P. 85-94% é considerada como sobrepeso, aos valores acima do IMC \geq P. 95% obesidade. E obesidade grave como IMC \geq P. 99% para idade e sexo. Para os escores z considera-se como obesidade os valores situados acima do + 2 escore z e como obesidade grave valores acima do +3 escore z do IMC. Para tanto, como referência, utilizou-se os instrumentos segundo proposta da OMS (2004) e OMS (2007).
- b) famílias formadas por casais, cujos orçamentos e as responsabilidades da casa eram compartilhados entre os cônjuges;
- c) de qualquer confissão religiosa;
- d) ser filho único biológico do casal.

A participação nas entrevistas foi voluntária, após conhecimento do termo de consentimento informado e esclarecido (Apêndice A)

5.1.2. Critérios Adotados para Exclusão dos Participantes da Pesquisa

- a) famílias que possuem criança filha única por óbito de outro filho;
- b) famílias com filho único adotivo;
- c) famílias com filho único portadores de doenças crônicas;

- d) crianças com má formação ou enfermidades que dificultariam ou interfeririam a coleta dos dados antropométricos;
- e) presença de alergias ou restrições alimentares;
- f) problemas crônicos que interfeririam na ingestão de alimentos pelas crianças.

Esses critérios de exclusão foram adotados para melhor caracterizar a dinâmica familiar, objetivando uma distinção mais clara entre as famílias participantes.

5.1.3. Critérios Éticos

Foram explicados aos pais, no contato telefônico, os objetivos da pesquisa, conforme já relatado. Quando contatados pessoalmente, esta lhes foi relatada mais detalhadamente, sendo então pedido autorização e consentimento por assinatura no Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (Apêndice B). O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da Universidade Católica do Salvador (UCSal) (Anexo A).

5.1.4. Outros critérios

A avaliação nutricional dos adultos (pais) foi também empregada como instrumento para aprimoramento da investigação da obesidade exógena nas famílias estudadas. Para tanto, foram utilizados os parâmetros para a aferição dos dados antropométricos segundo preconiza o Ministério da Saúde (MS) (2004) e classificação do IMC segundo critérios da OMS (2004) para adultos, cuja avaliação como sobrepeso é definida por um IMC = 25 kg/m², a pré-obesidade por um IMC entre 25,0-29,9 kg/m² e a obesidade por um IMC maior ou igual a 30 kg/m².

5.2. Procedimentos e Coleta de Dados

5.2.1. Dados Antropométricos

Os parâmetros antropométricos foram aferidos no domicílio da família, sendo explicada à mesma, a razão para esse procedimento, e mediante concordância, foi utilizada para mensuração do peso uma balança de precisão modelo Clara 803 eletrônica portátil que

possuía capacidade de 150 quilogramas e precisão de 100 gramas composta de plataforma, mostrador com indicador digital, no qual indicava o peso e mecanismo para ajustar o nivelamento. A balança foi colocada em local plano e todos os componentes da família tiveram seu peso aferido com uso de roupas leves e sem o uso de sapatos. Os pesos das pessoas foram obtidos, aguardando o indicador digital aferir o valor registrado no *display*, que permanecia por alguns segundos para a devida anotação.

A estatura foi mensurada, em nosso estudo, através do antropômetro Seca, modelo 214 com base móvel. Por se tratarem de pessoas da faixa etária superior a dois anos de idade, foi aferida com a pessoa em posição vertical ereta, pés descalços, dentro da base inferior do antropômetro com os braços estendidos e pendentes, calcanhares unidos, pontas dos joelhos em contato, cabeça ajustada ao plano de Frankfurt e em inspiração profunda. No momento da aferição foi utilizado um esquadro colocado rente à cabeça e realizada a conferência no indicador de medidas para devida anotação. Essas orientações para as aferições antropométricas são preconizadas pelo Ministério da saúde, publicadas em seu manual. (BARROS, et al, 2004)

5.2.2. Scenotest

O teste foi elaborado por Gerdhild Von Staabs em 1938, tendo sido alterado e ampliado por Cervený (1982), que consiste em um instrumento de avaliação, onde através da sessão familiar, pode-se perceber algo que acontece no cotidiano de uma família. Este teste fornece indicadores do tipo de interação que existe entre seus membros, o tipo de ambiente físico em que vive a família, quais as normas, condutas e limites explícitos e implícitos presentes no grupo familiar. Importante sinalizar que o uso deste teste foi como um instrumento a mais para avaliar de forma ampla a dinâmica e a relação existentes entre os membros da família: como se relacionam entre si, e de que forma se relacionam com o ato de comer e com o alimento.

Segundo Cervený (1982), a observação da rede de comunicações é um dos aspectos mais importantes no sentido de oferecer uma visão da estrutura do grupo familiar. Por essa razão, esse recurso é precioso no psicodiagnóstico familiar, uma vez que permite observar a rede de comunicações operante tanto no nível verbal como no não-verbal. Considera a eficiência das mensagens não-verbais, destacando que se os dois tipos de mensagem entrar em conflito, os conteúdos verbais são praticamente desprezados. Dessa forma, levanta a hipótese

de que, no comportamento social humano, utiliza-se o canal não-verbal para negociar atitudes interpessoais e o canal verbal primariamente para transmitir informação.

O material que compõe o *Scenotest* consiste em uma caixa com bonecos articulados de figuras humanas, peças de madeira para construções diversas, personagens simbólicas, representações de natureza e objetos variados, através dos quais a família poderá representar situações cotidianas vinculadas à dinâmica familiar relacionada à obesidade infantil do filho único (Figura 1).



Figura 1 – Material da caixa do Scenotest

5.2.3. Procedimento da aplicação do Scenotest

O material da caixa do *Scenotest* foi organizado no espaço domiciliar, onde a criança foi convidada a se sentar. Aos pais não foi orientado em qual lugar deveriam sentar a fim de

observar o lugar que cada um escolhia: mais próximo à criança, mais perto da caixa, mais afastado da mesma, ou perto de quem. O observador se sentou no mesmo nível da criança.

O tempo médio despendido para a montagem variou em torno de 30 a 60 minutos, para incluir a montagem e os procedimentos de comentários dos pais acerca do teste realizado. Solicitou-se previamente a autorização escrita aos pais por meio da assinatura do termo de consentimento esclarecido. Este detalhava os procedimentos da pesquisa e esclarecia quanto a gravação da comunicação verbal, a produção de imagens digitais da montagem da casa e a anotação dos principais detalhes pelo aplicador.

A montagem da casa através do *Scenotest* retrata de uma maneira bastante espontânea como a família é vista pelos filhos e a dinâmica do grupo familiar, assim como se processam alguns aspectos interativos da família.

5.2.4. Entrevista semi-estruturada com os pais

A escolha pela entrevista de caráter exploratória deve-se ao fato desta tratar-se de uma ferramenta primordial da pesquisa qualitativa, devido a sua eficácia por agir diretamente sobre o problema em questão. Para tanto, as entrevistas foram realizadas a domicílio, após as famílias terem sido contatadas por meio telefônico. Nessa oportunidade, foram descritas detalhadamente os objetivos da pesquisa.

Cada integrante da família foi cumprimentado pelo primeiro nome, conforme conhecimento estabelecido no nosso contato telefônico, uma vez que a experiência nos tem demonstrado que, dessa maneira, estabeleceu-se um relacionamento mais rápido e eficiente.

As entrevistas com as mães e os pais, segundo prévio consentimento, foram agendadas e realizadas em domicílio, gravadas e posteriormente, transcritas e analisadas.

O roteiro (Apêndice C) foi elaborado a partir da prática da observação de famílias no relacionamento profissional. Consiste em um relato livre de como as famílias percebem a criança e a si próprios e sua relação com ela e a sociedade, seguida de questões complementares. O roteiro serviu apenas como suporte para nortear o entrevistador na entrevista com os pais, cuja finalidade é servir como ferramenta de ampliação, de abertura, e de aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2004).

Em seguida, realizou-se um estudo piloto enfocando uma criança, com a finalidade de afinar os instrumentos e avaliar a sua eficácia. E por fim, por meio do agendamento do

encontro devolutivo foi realizado um encontro com os pais e a criança em que foram expostos, de modo interativo, os resultados encontrados.

5.3. Análise dos Dados

Os casos foram analisados da seguinte maneira: após transcritas as entrevistas e o Scenotest, foi realizada uma primeira análise. Nesta, foram descritos os principais aspectos de cada entrevista e as possíveis dinâmicas a eles associadas. Uma vez analisados os oito casos, procedeu-se a uma segunda análise, desta vez separando os principais eixos de cada entrevista, utilizando assim o método de análise por categorias.

A seguir, estes elementos foram ordenados em quadros para cada entrevista, segundo as seguintes questões norteadoras de análise: Concepção; características do filho (segundo os pais); dinâmica familiar; obesidade (segundo pais); dinâmica alimentar; fazeres (a criança sozinha, ou com os pais); aspectos especiais; e a descrição fenomenológica da construção do Scenotest, por cada família, que constará no capítulo de resultados e discussão. Sendo assim, elaborado um segundo quadro, condensando-se o conteúdo, o que fez com que apenas três categorias descritivas emergissem para o procedimento da análise: filho único; dinâmica familiar; obesidade infantil. Sendo essas, as três categorias condutoras da análise das entrevistas.

Os instrumentos foram analisados individualmente, buscando a sua complementaridade, tanto para avaliar as suposições aventadas quanto para criar um quadro analítico comum.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados avaliou a relação entre os elementos quantitativos e qualitativos obtidos nas entrevistas, no *Scenotest* e em observações etnográficas, identificando elementos comuns e diferenciais entre as histórias das crianças e seus contextos sócio-familiares, assim como as forças que incidiram de forma representativa em suas trajetórias de vida. Assim, com o fim de preservar a identidade, foram eleitos nomes fictícios para os sujeitos das famílias.

O quadro 2, refere-se aos resultados dos dados antropométricos e ao diagnóstico nutricional das famílias.

O primeiro momento de análise consistiu em reiteradas leituras e reflexões sobre as entrevistas, o *Scenotest*, e da observação de todo o processo. Na segunda etapa, os resultados foram agrupados e sintetizados segundo cinco categorias de análise: Filho único, Dinâmica Familiar, Obesidade (segundo os pais), Dinâmica alimentar, Atividades sociais e físicas. Os elementos das entrevistas pertinentes a estas cinco categorias foram colocados em um quadro. Sua subsequente análise conduziu à condensação deste quadro em uma apresentação simplificada com apenas três categorias ou núcleos norteadores da análise: filho único, dinâmica familiar e obesidade infantil. Este resultado está apresentado no Quadro 3 e 4, dividido em dois apenas em função de uma maior visibilidade gráfica: um referente às quatro crianças do grupo sócio-educacional alto e o outro às quatro crianças do grupo sócio-educacional baixo. A seguir, serão apresentados os resultados conjuntamente à sua discussão, em torno dessas três categorias. Seguindo-se inicialmente uma descrição do *Scenotest* de cada criança, ilustrada pela foto final do teste projetivo. Seguindo-se, uma subsequente análise individual dos aspectos mais salientes de cada um dos oito casos procura relacioná-las à literatura a fim de enfatizar algumas das dinâmicas familiares encontradas. Para finalizar, será apresentada uma síntese analítica geral do *Scenotest* de cada criança, ilustrada pela foto final do teste projetivo. E concluindo, uma síntese analítica geral.

Nome* *modificado	Idade (anos e meses)	Peso (Kg)	Estatura (cm)	IMC	Diagnóstico Nutricional
Nelson	10 a 3 m	67,2	1,52	29,08	Obesidade grave
Sandra	33a 5m	53,6	1,59	21,20	Eutrófico
Ricardo	33a 7m	72,0	1,72	24,33	Eutrófico
Danilo	7 a 9m	34,0	1,26	21,41	Obesidade grave
Dandara	47a 6m	72,0	1,69	25,20	Pré-obesidade
Cássio	53a 5m	78,0	1,68	27,63	Pré-obesidade
Emily	8a 10m	60,0	1,48	27,39	Obesidade grave
Sumaia	49a 11m	79,0	1,66	28,66	Pré-obesidade
Sérgio	51a 2m	73,0	1,71	24,96	Eutrófico
Tatiane	8a 3m	59,3	1,39	30,69	Obesidade grave
Suzana	48 a 3m	63,0	1,59	24,91	Eutrófico
Cássio	56 a 10m	79,3	1,63	24,84	Eutrófico
Lorenzo	8a	51,6	1,30	30,53	Obesidade grave
Márcia	38a 5m	49,0	1,53	20,93	Eutrófico
Fausto	44a 8m	64,8	1,65	23,80	Eutrófico
Igor	8a 4m	52,6	1,46	24,67	Obesidade grave
Iara	36a 2m	69,0	1,68	24,44	Eutrófico
Ronaldo	33a 6m	83,0	1,70	28,71	Pré-obesidade
Geórgia	7a	47,3	1,27	29,32	Obesidade grave
Cristina	34a 5m	68,0	1,65	24,97	Eutrófico
George	35a 7m	65,0	1,70	24,49	Eutrófico
Flávia	7a 2m	41,3	1,23	27,29	Obesidade grave
Thaís	34a 5m	54,3	1,52	23,19	Eutrófico
Paulo	45a 2m	70,0	1,69	24,50	Eutrófico

Quadro 2 – Dados Antropométricos e avaliação do estado nutricional

Conforme descrito anteriormente, os oito casos foram agrupados seguindo as questões norteadoras em questões sintéticas que decorreram de quadros anteriores (Quadro 3 e 4).

6.1. Análise das Entrevistas Segundo Categorias e Nível Sócio-Educacional

IDENTIFICAÇÕES	FILHO ÚNICO	DINÂMICA FAMILIAR	OBESIDADE INFANTIL (Segundo pais)
Masculino N	Filho único por opção da mãe aos 32 anos. “Gravidez não planejada. Porém bem aceita. Parto cesáreo, tranquilo. Filho inteligente, alto potencial criativo, perspicaz, não sabe jogar futebol, dificuldade de relacionamento, lúdico, roeu unhas, algumas vezes um pouco inseguro ou retraído, ansiedade após a separação dos pais.” (mãe)	Amamentação mista ao seio até os dois anos e dois meses. “O trabalho do pai dele obrigou a família a diversas mudanças de cidade. Como família, optamos por um isolamento social.” “Quando separei, comecei a trabalhar.” A mãe observa a iniciativa da criança em melhorar as notas escolares A família alimenta-se em frente à TV. A mãe controla a compra de doces, mas durante a entrevista o filho come doce.	Filho chato pra comer. Obesidade: “distúrbio” após a separação dos pais. Quanto à obesidade: “tudo vai caminhando para a normalidade.” Não gostava de leite de lata, tomava iogurte na mamadeira. Refeições em casa, mas às vezes, no fim de semana, fora de casa.” (Mãe).
Masculino D	Concepção aos 38 anos com pais já sem esperanças; a notícia da gravidez mais significativa que o parto. Filho único por questões de saúde materna. Pai não desejava adoção. “Filho asmático, alérgico, perspicaz, sonhador, inteligente, vencedor, chantagista, lúdico, talentoso para artes, medroso, rei, se relaciona bem, comprador, obediente”. (Mãe).	Amamentação exclusiva ao seio por 9 meses. Por 2 anos e oito meses mista. Mãe: “relação paterna: de amizade.” Relação materna: “de carinho.” Identidade materna associada à maternidade. Comida saudável em casa Pai abastece a dispensa com alimentos calóricos. Família associa lazer com alimentação e dia de extrapolar.	Mãe situa a obesidade do filho como momentânea e o estado nutricional do filho como sobrepeso. Distingue: “estar gordo, de ser gordo”. Existem apelidos indesejados pela família relacionados à obesidade. Aguarda o equilíbrio da obesidade através do crescimento da criança.
Feminino E	Concepção aos 40 anos, desacreditada pelos pais. Filho único por questões de saúde da mãe, mas pai revela desejo por apenas um filho. “Ansiosa, baixo limiar de irritabilidade, preocupa com afazeres, sozinha, roia unhas, determinada nas escolhas quanto à alimentação/vestuário.” (Pais).	Leite materno ao seio exclusivo por 4 meses e mista por 8 meses. (sic). “Limites, conversas e castigo pelo pai.” Refeição e TV apresentam divergência entre os pais. Associam lazer com alimentação. Marketing influencia alimentação da criança. Divergência entre os pais quanto à determinação nas escolhas da criança principalmente quanto à alimentação e ao vestuário. Recasamento dos pais entre eles. A família evita comprar coisas que engordem. Empregada muito antiga obesa. Associa a obesidade à quantidade da dieta. Revela o trato familiar recente para substituir o chocolate por frutas e verduras.	Pais: “Início da história da obesidade desde a gestação.” Hereditariedade quanto à Diabetes Mellitus. Apelidos associados à obesidade. Esperança dos pais relativa à eutrofia na adolescência. O vestuário apresenta-se como alerta para a criança acerca da sua obesidade. Hereditariedade familiar para obesidade
Feminino T	Concepção aos 41 anos. Filho único por questões de saúde. “Observadora, ansiosa, estressada, não mente ciumenta, aberta a relacionamentos, observadora, medo do escuro.” (Pais)	Amamentação ao seio exclusiva por 6 meses e até 2 anos mista. Pai: “Mama até hoje se deixar.” Pais: filha apegada ao pai. Dorme com a foto dele. Nunca notaram complexos. Querida e amada pelos pais. É o sentido da vida dos pais. “Comida em casa é saudável.” “Mas come-se muito.”	Mãe situa a obesidade do filho como: “Fofinha. Nunca engordou. Um pouquinho gordinha.”

Quadro 3 – Síntese das entrevistas classificadas segundo gênero e classe sócio-educacional alta.

IDENTIFI CAÇÕES	FILHO ÚNICO	DINÂMICA FAMILIAR	OBESIDADE INFANTIL (Segundo PAIS)
Masculino R	Gravidez desejada e planejada pela mãe aos 30 anos. Gravidez indesejada pelo pai. Nascimento tranquilo. Pai: nunca desejou filhos. Filho único: mãe: “por desejar dar o melhor para o filho.” “Comilão, era muito doente, muito inteligente, gosta de Lan house e vídeo game, sem queixas na escola, faz as tarefas sozinho, teimoso, chantagista, bom filho.” (Pais).	Amamentação exclusiva ao seio por 6 meses e por 7 anos mista. Associação entre doenças do filho e falta do pai. A família passou a viver junta a um ano atrás. Relação de “teimosia” e “chantagem” com a mãe. Relação de “obediência com o pai.” Lazer da família: Assistir TV e ir à praia.	“Começou a engordar aos 2 meses. Vomitava muito, diagnóstico de refluxo. Muito comilão. Gosta de comer coisas que não deve. Pressão alta.” Proposta de cirurgia de redução de estômago. Perda de roupas. Pais situam a obesidade do filho como: “Forte bem desenvolvido.” A família evita comprar coisas que engordem. Filho vem comendo menos (repetindo menos o prato).
Masculino I	Gravidez não planejada aos 27 anos. Filho único por opção econômica dos pais. “Egocêntrico, tudo que existe é em torno dele...” (Mãe).	Não foi amamentado por infecção perinatal. Disputa o espaço com o pai em casa e rejeita a presença deste, mas se relaciona bem com outros familiares. Come muito rápido, pede pra repetir “é compulsivo”, e a avó e mãe cedem para cessar os pedidos. Baixo nível de adesão à dieta. Mãe esconde comida do filho. (sic).	Mãe escuta o filho em suas preocupações sobre o próprio corpo no futuro e tem diversos apelidos relacionados à obesidade. Hereditariedade na família (tios) para obesidade. Mãe se sente culpada pelos médicos pela obesidade do filho e atribui obesidade do filho à alimentação compulsiva. “Difícil de perder peso.”
Feminino, GE	Concepção desejada aos 27 anos. Filho único: opção dos pais. “Carismática, não é agressiva, ela tem medo de polícia.” (Mãe)	Amamentação ao seio mista até dois meses de vida. A filha representa a centralidade da vida para a mãe. Segundo a mãe, o pai não quis participar da entrevista, mesmo presente no domicílio. Acompanhamento da alimentação da criança pela mãe de forma irregular. Manifesta desejo por acompanhamento multidisciplinar para obesidade da filha.	Início da história da obesidade aos 3 meses. Segundo a mãe, a ingesta da filha é insuficiente. Situa a obesidade da filha como: “gordinha” e como uma preocupação. Avó dissocia a dieta da obesidade. Mãe refere o desejo de eutrofia da filha quando crescer, e ingesta total diária da criança insuficiente. Solicitação de alimentação preferencialmente por biscoitos, sucos e salgadinhos.
Feminino, F	Gravidez não planejada aos 31 anos, mas desejada. Filho único: “por desejar dar o melhor para ela.” Bom relacionamento familiar. “Rói unhas. Compreensiva.” (Mãe)	Amamentação ao seio mista por 9 meses. Pais separados. Pai permissivo à filha. Mãe muito apegada à filha: “a filha representa tudo.” A criança utilizada escada como ponte para a comunicação com a vizinha. Associa lazer à alimentação. Refeições em frente à TV.	Mãe avalia o estado nutricional da filha como: “Fofinha”. Existem apelidos familiares relativos à obesidade. (sic).

Quadro 4 – Síntese das entrevistas classificadas segundo gênero e grupo sócio-educacional baixo

Os elementos oriundos das entrevistas foram analisados segundo uma concepção que considera a família como um conjunto, com o objetivo principal de olhar para a criança como um todo, e não fragmentá-la em decorrência da obesidade.

As categorias escolhidas - filho único, dinâmica familiar, obesidade infantil - não esgotam a temática. No entanto, foram utilizadas como guias norteadores da apresentação dos dados e como forma de ordená-los, mesmo que com isso se percam elementos qualitativos. Estes serão em parte, recuperados a seguir, na apresentação individual dos casos.

Igualmente, a separação em categorias ocorre apenas para fins expositivos e para melhor entendimento da complexidade contextual de elementos que se inter-relacionam. Desse modo, embora a categoria filho único decorra mais de elementos transubjetivos – sociais, culturais, históricos e econômicos, ela está intrinsecamente ligada à categoria dinâmica familiar em que predominam os elementos intersubjetivos, ou seja, as relações vinculares entre os membros familiares.

Finalmente, na categoria obesidade infantil o enfoque será maior, na criança em sua vida cotidiana, seus elementos intersubjetivos imersos, evidentemente nas outras categorias, que fazem parte do fenômeno da obesidade.

6.1.1. Filho único

A categoria analítica “filho único” se apresentou como a de nível mais geral, estando aqui representada como: filho totalmente inesperado; gravidez não planejada e instabilidade conjugal.

a) Filho totalmente inesperado: grupo sócio-educacional alto

“Eu não podia ter filhos, quando eu fiz 38 anos engravidei e no dia que soube que estava grávida, fiquei mais feliz do que no parto.” (Dandara, mãe de Danilo).

“A Emily, ela veio quando eu nem esperava mais, né? apesar de desejar muito, não tinha mais esperança que ela viesse. Depois de algumas cirurgias tratamentos e tudo... Já tinha desistido, aí apareceu a Emily.” (Sumaia, mãe de Emily).

“Suzana mesmo com 41 anos sempre teve vontade de engravidar. A notícia veio aos 6 meses de gravidez... Não tinha barriga, não tinha nada, não tinha dor, não tinha enjôo.” (Cássio, pai de Tatiana).

Dos oito casos estudados, três resultaram de concepção tardia a partir de 40 anos, todos de mães do grupo sócio-educacional alto que não esperavam mais ter filhos por estarem desenganadas desta possibilidade. Deste modo, esses nascimentos resultaram inesperados e de mães e pais desesperançados.

Esta é uma dinâmica que marca o filho único no que tange à sua estrutura vincular de inúmeras maneiras: por ser não esperado; por figuras parentais que têm um estilo de vida já determinado e cuja adaptação a um neonato pode ser difícil; por mães e pais que podem não ter tido uma “maturação” para uma abertura às mudanças que a gestação e nascimento ocasionariam em suas vidas. De fato, o período pré-natal e as experiências primárias da criança, assim como o posterior desenvolvimento, têm sido apontados como fatores responsáveis por doenças crônicas como obesidade entre outras. (KUH, BEN- SHLOMO, 2004).

Estes mesmos pais declararam optar por um filho único devido à saúde materna e à faixa etária, visto que a gravidez ocorreu de maneira tardia:

“Num tenho mais idade pra ter outro filho e nem Suzana.” (Cássio pai de Tatiana).

“Emily já foi de alto risco, e num dá mais pra arriscar outro filho.” (Sumaia, mãe de Emily).

“Não tenho mais condições de saúde pra ter outro filho.” (Dandara mãe de Danilo).

Assim nesses casos, é o filho em si que emerge como exceção e não o fato de ser único.

b) Gravidez não planejada: grupo sócio-educacional baixo

“Gravidez não planejada. Porém bem aceita.” (Márcia, mãe de Georgia).

“Gravidez indesejada pelo pai.” (Márcia, mãe de Lorenzo).

“Gravidez não planejada.” (Cláudia, mãe de Igor).

“Gravidez não planejada, mas desejada.” (Márcia, mãe de Flávia)

“A gravidez não foi planejada, mas ele foi desejado.” (Cláudia, mãe de Nelson).

Dentre o nosso universo de estudo, cinco (5) nascimentos resultaram de gravidez não planejada quatro (4) deles pertencentes ao grupo sócio-educacional baixo. Nóbrega (1996) relata que a presença da ambigüidade de sentimentos quanto à maternidade no estabelecimento do vínculo mãe- filho tem a possibilidade de estabelecer conflitos que podem situar-se como gênese da obesidade infantil.

Em quatro casos (Georgia, Igor, Flávia e Lorenzo – os quais serão descritos no item a seguir), representando todas as famílias pertencentes ao grupo sócio educacional baixo, as famílias, ao optarem por um filho único, apresentaram justificativas em termos de exigências de ordem econômica:

No momento não, porque ele (o pai) tá sem trabalhar, tá pequena... eu não tenho a minha casa... aqui é a casa de minha mãe... Num dá certo com o problema que ela tem... dois filhos, ta muito difícil... eu vejo a dificuldade que eu passo com uma... pra passar com duas, num dá não. No momento minha cabeça num quer nem um. (Cristina, mãe de Georgia).

“As coisas estão difíceis.” (Cláudia, mãe de Igor).

“Por desejar dar o melhor para ela.” (Márcia, mãe de Flávia).

Conforme apontado na introdução, a urbanização, a globalização, a situação econômica, a situação de saúde dos pais e a sociedade de consumo afetam diretamente a taxa reprodutiva populacional, ocorrendo em vários países um decréscimo desta taxa. Segundo dados do PNAD - IBGE (2007), o número de mulheres com apenas um filho subiu de 25,8% para 30,7%. As famílias soteropolitanas entrevistadas apontam para a ocorrência do mesmo fenômeno, embora de modo ainda emergencial.

c) **Filho único e instabilidade conjugal**

Em dois casos (Nelson e Lorenzo), as mães justificaram o impedimento para ter um outro filho, por questões relativas à guarda em situação de um possível divórcio:

“... [...] eu via assim: uma coisa era um filho e com dois filhos pra separar, alternativa pra eu voltar a trabalhar, tava vendo que era a separação.” (Sílvia, mãe de Nelson, grupo sócio-educacional alto).

A justificativa por um filho unigênito encontrada por Márcia mãe de Lorenzo, além de incluir o tema divórcio, foi bem mais abrangente, incluindo a educação, situação econômica, a saúde da criança e a incerteza sobre o futuro, em função da violência social, do desemprego, do subemprego que são realidades na sociedade contemporânea:

Mas assim, a gente já ta num mundo, que eu acho que um filho na vida de um casal é suficiente e segundo, ta dando certo até hoje, estamos juntos, mas amanhã ninguém sabe... Um só você carrega, e dois? Outra coisa também, o futuro da gente, a gente não ta conseguindo dar futuro prá um quanto mais prá dois. Quando eu vejo essas mulheres na rua com 3, 4 filhos eu fico assim analisando, vou ali no

posto na emergência eu fico assim olhando uma mulher com 3, 4 filhos, eu fico assim olhando o custo de vida que a gente tem hoje, prá sustentar 3, 4 bocas. Eu acho assim, que um filho é suficiente. Porque eu vou dizer que hoje a gente tá junto, mas amanhã a gente não sabe. Aí vai discutir com quem vai ficar com quem deixa de ficar. E com 3? Educação? Porque neguinho acha que educação é só dar comida, comida, comida. Prá mim educação não é só comida. Educação prá mim é... Uma boa alimentação, um bom colégio, um bom lazer, um bom remédio prá dentro de casa, prá saúde. (Márcia, mãe de Lorenzo - nível sócio educacional baixo)

Esta mãe descreve os elementos que a levaram ao filho unigênito, definindo os seus conteúdos subjetivos: instabilidade econômica e relacional; conflitos entre o casal e guarda do filho; insegurança quanto ao futuro e projetos de vida; dificuldades econômicas ligadas à saúde, educação, alimentação e ao lazer.

[...] “Tudo é dele”. Até uma coisa que agente for comprando pra mim, ele acha que é dele. [...] Não sei se é porque é filho único, que quando a gente vai comprar uma coisa, a gente diz: né? “Vai comprar pra fulano.” (Cláudia, mãe de Igor).

Essa mãe deste modo aponta a cultura do consumo como já constituindo a subjetividade da criança. Assim estas mães retratam como a sua condição subjetiva é “informada” e transformada pelo processo que Berenstein e Puget (1997) denominam transsubjetividade.

Portanto, a categoria *filho único* pode ser interpretada como a tradução subjetiva de uma opção contemporânea estruturada em termos macro-sociais, históricos, sociais e econômicos. Embora a casuística seja pequena, ressalta o fato da diferenciação para tal opção associada ao grupo sócio-educacional: na classe alta, motivos alegados de saúde e idade; identificados no grupo sócio-educacional baixo, principalmente fatores econômicos. Finalmente, comum a todos os casais, a insegurança quanto ao futuro parece estar atuando fortemente no presente, direcionando projetos de vida.

Dentre as famílias, seis coabitavam no mesmo domicílio. No caso de Lorenzo desde o seu nascimento, apenas no último ano o casal vem coabitando no mesmo domicílio. Ou seja: durante sete anos, os pais estiveram separados. Em um caso (Nelson), os seus pais encontram-se divorciados:

“... depois da separação... É... eu percebi que Ele começou a ter essa ansiedade, né, assim com uma ansiedade... muito doce... doce... doce... sem controlar... Então... é... começou a engordar.” (Cláudia, mãe de Nelson).

“Mas o problema dele como a psicóloga já disse, era falta do pai. Por que não morava junto na época.” (Márcia, mãe de Lorenzo).

Na amostra estudada, nos casos de Nelson e Lorenzo, a relação entre a obesidade infantil numa vivência das crianças em situação de divórcio e separação, esta foi observada como fator independente de situação sócio – educacional.

6.1.2. Dinâmicas familiares

Na categoria *dinâmica familiar*, o enfoque será nos elementos intersubjetivos envolvendo os pais e a criança. Embora se tenha observado a presença de outros membros familiares, nosso estudo evidenciou a maior força da dinâmica envolvendo esses três membros.

a) Pai: Presença e ausência

Foram identificadas várias dinâmicas familiares associadas à obesidade infantil do filho único. Uma delas se refere à presença ou ausência da figura paterna.

Nos oito casos estudados, pode-se constatar que, em seis deles, o pai e a mãe da criança residem no mesmo domicílio e apenas dois deles não vivem juntos. Nesse contexto é importante destacar que a ausência da figura paterna não está necessariamente vinculada à presença física do pai no domicílio. Dos oito casos estudados, quatro pais (Georgia, Igor, Flávia e Nelson), não exercem a função paterna manifestando desinteresse pela criança, podendo ocorrer também o inverso (o pai não habitando com a criança, mas presente). Por exemplo: No caso da família de Georgia, o pai da criança mesmo presente no domicílio, a esposa não desejou nem convidar o pai de Georgia, para participar da entrevista, expressando a omissão do mesmo no meio familiar. Assim, observa-se pais exercendo papéis omissos diante do grupo familiar, distantes ou demonstrando baixo nível de interesse quanto à sua participação no cotidiano familiar.

Através de atitudes, a maioria dos pais parece influenciar não apenas na origem da obesidade, mas de maneira enfática na manutenção da obesidade infantil (SPADA, 2005).

“Lorenzo apresentou várias doenças: “desmaio, refluxo, febre” (sic)” “e de dois meses em diante, foi que ele começou a engordar. [...] Mas o problema dele, como a psicóloga já disse era pela falta do pai. [...]” (Márcia, mãe de Lorenzo).

Esses casos confirmam o estudo de Mishima (2007) no que tange ao contexto da dinâmica da função do papel da figura paterna na gênese da obesidade infantil. Este se apresenta frágil no apoio à díade mãe-filho e incapaz de atender à satisfação das necessidades da criança.

Contudo, nem sempre a figura paterna apresenta essa dinâmica. Em dois casos, o pai é presente, mas não exerce a função paterna: no caso de Danilo, o pai exerce papel de amigo com o filho, segundo a mãe descreve: “relação com o pai de amizade” (Márcia, mãe de Danilo). Em outro caso (Emily), observou-se que é o pai quem se ocupa da criação da filha.

Pode também ocorrer a presença da figura paterna, como constatado em outros dois casos (Tatiana e Lorenzo).

Assim, em metade das famílias (Emily, Lorenzo, Danilo e Tatiana), há uma presença paterna, que atua de modo diferencial, o que mostra que o estudo de Mishima (2007) não contemplou todas as possibilidades.

Além disto, dois pais (nos casos de Lorenzo e Emily) passaram a se ocupar dos filhos – um, devido a retornar a conviver com a mãe, o outro, por se aposentar. Ambas as crianças apresentaram indícios de uma possível melhora no quadro da obesidade.

Compreendendo a dinâmica da ausência e da presença na relação intersubjetiva, a alteridade “produz efeitos”, define e impacta o outro com a sua presença. A dinâmica vincular demanda uma relação de pertencimento e, portanto, estabelece-se na presença do outro.

Um pai ausente é diferente de um “*pai que não está*”, pois se o primeiro marca a subjetividade e obriga a simbolizá-lo dada a sua não presença, o segundo marca um tipo de vínculo, pois o lugar do que não está é o de uma ausência fortemente impregnada de uma presença esperada. (BERENSTEIN, 2001, p. 95).

Assim, na família de Danilo, o pai Cássio, ao exercer o papel de “amigo” do filho em situações familiares como a de “abastecer a despensa de alimentos calóricos,” (segundo revela Cláudia, a mãe), estabelece-se como um “pai que não está.” O papel da figura paterna, frente à imposição da realidade estrutural de poder na transsubjetividade, revela uma situação do que é socialmente a realidade de presença (ou ausência) paterna na família. Nesta dinâmica, pode emergir a situação da obesidade infantil, quando o pai parece se sentir culpado e ausente fisicamente da família: por trabalhar fora o dia todo e por cada vez mais optarem por

conquistas maiores no mercado de trabalho, inertes na lógica consumista contemporânea, situando assim o fenômeno do declínio do diálogo e do convívio na família. (LAMOURIER, 2007). Desse modo, o pai tenta se aproximar do filho por meio de um diálogo representado pela permissividade alimentar, como no caso de Danilo, alterando a saúde vincular familiar como sintoma de uma época.

Estes dados apontam para a importância da figura paterna na gênese e manutenção da obesidade, principalmente porque a sua presença parece re-organizar o ambiente familiar, favorecendo o manejo da obesidade infantil.

b) Mãe: Dinâmica do aleitamento materno e apego materno

“(...) Mamou até sete anos, faltando três dias pra completar sete anos, ele mamava ainda.” (Márcia, mãe de Lorenzo). Amamentação ao seio exclusiva por seis (6) meses (sic).

“Mama até hoje com oito (8) anos, se deixar.” (Cássio, Pai de Tatiana).

Todas as crianças do estudo foram amamentadas ao seio de forma não exclusiva por mais de 6 meses exceto Georgia, cuja dieta consistiu em leite artificial. No entanto, quatro crianças aleitaram após os dois anos de idade. Embora estudos dentre esses, Balaban e Silva (2004) confirmem o efeito protetor do aleitamento materno ao seio exclusivo em relação à obesidade tanto na desnutrição quanto na obesidade observa-se essa dinâmica de prolongamento da amamentação.

Amamentar até sete (7) anos, por exemplo, evidencia a dificuldade de separação mãe/criança. A amamentação, nesse contexto, pode representar um empecilho para a criança realizar uma elaboração psíquica adequada. Rabinovich e Carvalho (2001) observaram que o desmame tardio estava associado a um desajuste no casal. Na relação mãe/ bebê, o desmame, para Berenstein (2001), traduz-se como o momento da criança elaborar a simbolização da perda do peito e da sua mãe. Necessita, para isto, da existência do vínculo entre mãe e bebê, configurando-se o imperativo do estar da figura materna e da impossibilidade de sua ausência. Esta é uma via de mão dupla, pois cabe à mãe também vivenciar a ansiedade da criança.

Para Simone Weil (apud COMTE-SPONVILLE, 2000), a relação mãe- filho é um espaço de expressão da afetividade antagônica à violência. Aponta que os pais, ao ocuparem o espaço/ lugar do filho, não o estão amando, “os pais optam por não exercerem todo o poder de que dispõem com os filhos, para não os impedirem de existir,” para não os esmagarem com

sua “presença” Neste sentido, no desmame tardio haveria um jogo de poder mais do que um amoroso e uma não retirada da mãe na sua relação de díade com o filho.

Baseada em nossa casuística, apontam-se duas dinâmicas imbricadas no contexto mãe-filho.

- **Mãe intrusiva:** mãe que não respeita os tempos e os desejos da criança, portanto, não é sensível às necessidades ligadas ao desenvolvimento.

Seria o caso em que o uso do poder se sobrepõe ao do amor, seja por ansiedade materna, super-proteção ou auto-imagem narcísica projetada na criança ou outro.

A “invasão” de mães foi observada durante a aplicação do *Scenotest*, dando ordens ao filho, considerações, corrigindo-o. Esses comportamentos, associados a um desmame tardio, reforçam a interpretação de que a mãe invade o mundo interno do filho ocupando esse espaço, e a criança passa a ocupar o espaço externo pela obesidade. Esse quadro se associa também a um aumento de dependência que parece ser alimentada pela mãe e pela própria criança.

Mello Filho, Burd, et al (2004) concluíram que as famílias com crianças obesas dão ênfase à lealdade da mesma ao sistema familiar ao qual estão integradas em detrimento de sua própria autonomia. A obesidade auxilia a criança na manutenção dessa lealdade, constituindo-se como uma barreira aos relacionamentos e atividades fora das fronteiras familiares. Na família de Flávia, por exemplo, as fronteiras entre ela e sua mãe pareciam difusas, estabelecendo nessa dinâmica familiar uma fusão entre mãe e filha. A obesidade possa ter a função de atrapalhar o estabelecimento da diferenciação de Flávia, no contínuo dessa lealdade à mãe.

Em um dos casos (Flávia) – Chamou-nos a atenção, um ambiente familiar com características de superproteção e intrusão materna, impossibilitando a criança a lidar com suas experiências de forma mais simbólica do que corporal, cuja dinâmica configura uma condição emocional regredida. (NÓBREGA, 1996).

- **Mãe fusionada:** aquela que não se separou da criança.

Uma mãe está fusionada com o seu filho quando a criança é uma extensão narcísica de si própria, não tendo existência por ela mesma para a mãe.

Tassara (2006) no seu estudo em famílias com obesidade infantil situa a existência da fusão entre mãe e filhos associada ao distanciamento do pai e à ocorrência do emagrecimento como vivência da identidade familiar. Conforme Vasconcellos, (2005), em seu estudo com mulheres

que foram submetidas à cirurgia bariátrica, apoiada na teoria de Lacan (1999), mostrou que não ocorreu uma separação dessas mulheres adultas em relação às suas mães: continuaram parte de suas mães, sem a posse de seu corpo. A cirurgia visava, simbolicamente, tal separação por meio da recuperação do corpo. A cirurgia e o emagrecimento representam seu desejo de ter acesso a um corpo de mulher, significando um acesso à própria subjetividade.

Em nossos casos, há três meninos obesos com desmame tardio e apenas uma menina. No entanto, a dinâmica descrita por Vasconcellos, (2005) pode se aplicar também a meninos. Segundo esta autora, e também Berenstein (1996), não teria havido a “interdição”, uma atribuição da denominada “função paterna”: instituir o simbólico por meio da separação da “natureza”, ou seja, da união mãe/bebê. Sem a “interdição”, mãe e criança não se diferenciam entre si. Esta “ausência de um si próprio” estaria representada; ou nos termos de Berenstein (2001) apresentada na forma da ocupação de espaço do obeso e da ingestão alimentar como modo de lidar com o vazio da angústia por não haver um “si próprio.”

Encontrou-se no caso de Igor em que a criança ocupa literalmente o lugar na cama do pai. Onde, a criança permanece no leito do casal, sendo o pai “expulso” deste.

Se o pai tiver longe, ele tem saudade, liga e tudo... Mas quando tá dentro de casa... Fica dizendo: não sei por que você tá aqui... Falando assim, sabe? Ele só sente falta, quando ta longe...quando ta dentro de casa...e aquele lance...ele acha que quem tem que dormir na cama comigo é ele. O pai dele tem que dormir no quarto dele. Aí fica aquela disputa... Quem chegar primeiro... Deita... Aí termina às vezes que eu tenho que deixar os dois deitado na cama, e dormir no quarto dele, ou num colchão ou coisa assim. Ele acha que o espaço é dele [...]. (Cláudia, mãe de Igor).

6.1.3. Dinâmica do casal

Neste tópico será focalizada a dinâmica do casal, destacando: o trabalho dos pais e a sociabilidade.

a) O trabalho dos pais

“O trabalho do pai dele obrigou a família a diversas mudanças de cidade. Como família, optamos por um isolamento social. Quando separei, comecei a trabalhar.” (Sílvia, mãe de Nelson)

O trabalho é um dos principais organizadores da vida familiar, não apenas porque representa o meio de subsistência, como também porque se associa ao modo de vida da família.

Nas famílias dos oito casos estudados, dois estavam desempregados, um aposentado, um reinicia uma carreira profissional, um opta por trabalhar em casa pelo filho e três encontram-se empregados.

A vida atual dos casais passa por diversas instabilidades, como descrito pela mãe de Nelson. Uma delas está ligada ao tipo de ocupação. O caso mais paradigmático foi relatado por uma arquiteta cujo marido foi constantemente transferido de cidade devido ao trabalho, isolando ela e o filho em uma redoma, com consequências para a sociabilidade de ambos. Com a separação, a mãe retorna ao trabalho, o filho apresenta distúrbio alimentar e escolar, mas com o re-equilíbrio materno, o menino parece também estar se estabilizando.

No caso de Lorenzo, a mãe trabalha como faxineira ausentando-se durante longos períodos da casa. Com a re-aproximação do casal, é o pai quem se ocupa do filho que também parece reagir positivamente a isto.

No caso de Danilo, a mãe, uma profissional orgulhosa do seu fazer, abandona-o com o nascimento do filho e passa a trabalhar em casa em conjunto com o marido.

Dois pais estão desempregados (Georgia e Lorenzo). Outro aspecto observado refere-se à questão de moradia (Georgia) na qual a família reside em casa de parentes.

Vivenciando a dinâmica laboral numa sociedade regida pelo consumo, o filho único se encontra castrado muitas vezes pela escolha (ou não) pelos seus pais da perda ou comprometimento da qualidade dos vínculos: sejam fraternos, por situações familiares oriundas do trabalho dos pais (ou da sua ausência) e da sociedade em geral que por sua vez não é mais regida por ideais coletivistas.

No contexto da família contemporânea conforme preconiza Santos (2003), as relações de trabalho, vizinhança e parentesco são cada vez mais privatizadas.

Portanto, o modo de subsistência, a realidade sócio-econômica e a redução do convívio social ao contexto familiar se refletem diretamente na dinâmica do casal e devem ser apontadas como um elemento a ser considerado na dinâmica da obesidade infantil, embora presente também em inúmeras outras problemáticas.

b) Sociabilidade do filho único

“Não tem facilidade de formar grupos não. Sozinha, solitária.”

“[...] ela sempre teve uma dificuldade de... de... assim... entrosar de agrupar. Por ser filha única eu acho. (Sérgio pai de Emily).

”[...] Quando acaba a semana de provas, ela abre uma escada e sobe, pra por cima do muro conversar com a amiguinha que é vizinha. E ficam conversando horas...” (Márcia mãe de Flávia).

“Aqui não tem meninos da idade dele.” (Dandara, mãe de Danilo).

[...] “Tudo é dele” “Até uma coisa que agente for comprando pra mim, ele acha que é dele [...]. Não sei se é porque é filho único, que quando agente vai comprar uma coisa, agente diz, né? Vai comprar pra fulano.” (Cláudia, mãe de Igor).

Bannis et al (1988), em seu estudo acerca do meio ambiente com 30 escolares obesas, revela o nível deficiente de sociabilidade dessas crianças: apresentam mais problemas de comportamento e baixa percepção pessoal do que comparadas com as crianças eutróficas. Na dinâmica familiar encontrada na família de Nelson, pode-se perceber:

“Dificuldade de relacionamento” “faltou muito estimular a brincadeira de rua, o convívio dele com outras crianças”. [...] Então foi sempre Eu, ele e Tom. Muito nós 3, nós 3, nós 3, nós 3” “Mas nada muito de estar com amizade. Eu acho que a gente com isso, se fechou muito, só nos três.” (Sílvia, mãe de Nelson).

Esta dinâmica pode ser entendida face aos conceitos de espaços intra, inter, trans. A família contemporânea vive uma vida de “hiperindividualização” como na família de Nelson. Esse processo enfraquece os vínculos humanos que são estabelecidos, alimentados e vivenciados no espaço do diálogo que vem se estabelecendo no meio familiar de modo fragmentado.

Nos nossos casos, a criança obesa recebe apelidos, o que a marca de modo pejorativo:

“Geralmente o pessoal só chama ele de gordo. O pessoal pergunta: cadê o gordo? Ele num vem não? Eles só chamam o gordo, o gordo.” (Cláudia, mãe de Igor).

“Meu gordo, minha coisa linda, minha coisa fofa...” (Dandara, mãe de Danilo).

“Baleinha fora água... (por isso) “Ela ficou sem comer, mas depois eu a convenci.”(Tháís, mãe de Flávia).

“Na escola, os colegas ficam “chamando Emily de gorda [...] ela fica irritada.” (Sérgio, pai de Emily)

“Lorenzo num gosta nem de falar...” (Márcia, mãe de Lorenzo sobre os apelidos relativos à obesidade da filha).

A interação interpessoal sempre é intermediada pela imagem refletida, que tanto alimenta a auto-percepção quanto a valoração de cada um dos parceiros. O apelido, assim, ajuda a estigmatizar a criança obesa, influenciando no seu modo de se relacionar com o outro.

Portanto, a categoria dinâmica familiar indica principalmente a mãe com dificuldades em reconhecer a identidade da criança, o pai ou ausente e/ou ausente em relação à mãe, e dificuldade de sociabilidade infantil diretamente decorrente do modo de vida dos pais.

6.1.4. Obesidade infantil

a) Dinâmica alimentar

Partindo do princípio de que a obesidade infantil exógena é identificada como responsável em 95% dos episódios, e que a etiologia desses casos surge em função da nutrição inadequada, do sedentarismo e de problemas nutricionais (FISBERG, 2005), destaca-se a importância da presente discussão.

O estilo urbano contemporâneo marcado pelo sedentarismo, impacto dos meios de comunicação e modos de consumo, configurado pelo poder econômico e sócio-educacional, podem ser tipificados pela dinâmica familiar alimentar da família de Danilo. Esta família construiu um mosaico de configurações dos papéis alimentares da criança pela figura materna, paterna, pela avó, e pela gênese do relacionamento alimentar entre Dandara e Danilo, como será destacado a seguir.

No contexto familiar, a mãe descreve o papel que exerce nessa família, deslindando especificamente as suas atitudes e desejos em alimentar o filho de uma forma a atender não apenas aos seus desejos, mas também deixar transparecer para si mesma e para os outros o fato de assim exercer o seu papel de “boa mãe” ao oferecer qualidade na alimentação do filho e da família:

A alimentação aqui em casa, só entra alimentação natural [...] Dani toma suco na hora do almoço, Dani come verdura... é feito um cardápio pra semana e todos os dias é feito arroz e salada, e ...então é um dia carne, um dia peixe . O preferido dele é peixe... Preferencialmente salmão, né Dani?? Rssss grelhado... [...]. (Dandara, mãe de Danilo).

Segundo a mãe, a avó interfere nesta dinâmica alimentar:

“[...] Ele come assistindo televisão, porque a avó (elevando bastante o tom de voz) habituou ele a isso na casa dela... porque aqui em casa não...onde ele for ele quer levar uma

televisão...” “ [...] a avó diz que existe pra deseducar... quem educa é os pais.” (Dandara, mãe de Danilo)

No entanto, a mesma descreve assim o dia de “extrapolar:”

[...] Final de semana é liberado pra Danilo: chocolate, batata frita, é... acarajé e refrigerante. Só no final de semana. Final de semana, ele escolhe um dia, que é dia D. Dia de Danilo. É... a gente fez aqui. Eu tenho dia M – que é dia da mamãe... César tem o dia C que é dia de César e ele tem o dia D que é dia de Danilo. Aí nesse dia, ele extrapola tudo...

Ao encontrar dificuldades no desmame, Danilo pré-anuncia o seu espaço como o “Rei da família:”

Danilo mamou no peito 02 anos e 08 meses. 09 meses só peito, sem água, só no peito mesmo. E depois ele viciou e prá mim tirar foi um horror. Eu tirei ele faltando 01 dia prá ele entrar na escola [...]. Eu tive muito tempo pra viver... Eu vivi até os 39 anos, eu estudei fora a minha vida toda, e... hoje em dia a minha vida pertence à Danilo.[...]“[...] mas por Danilo eu larguei de trabalhar [...]”.(Dandara, mãe de Danilo).

Como já apontado anteriormente, esta mãe deixou o trabalho pelo filho, e, pelo relato acima, pode-se ver o “peso” de tal decisão.

Sobre o pai, a mãe relata:

“[...] O pai chegou ontem aqui... num sei que... ele tá doente, e ele chegou com uma “Fanta Uva” (marca registrada) em casa, eu disse: “César, pelo amor de Deus, como é que Danilo vai tomar uma “Fanta Uva”?” e compra batata frita na rua, e enche o armário de merenda...”(Dandara, mãe de Danilo).

Ilustrando os meios de comunicação e o consumo:

[...] Danilo gosta de receber a mesada e ir pro shopping... não sabe lidar bem com o dinheiro.[...]” “[...] O negócio dele é comprar [...] Pede o brinquedo (da promoção da Mc Donald ´s) (marca registrada). Porque na verdade, o que ele come da Mc Donald ´s é o suco de laranja e a batatinha. Porque o resto fica tudo. Ele só quer o brinde... (Dandara, mãe de Danilo).

Considerando a lógica do consumo alimentar, destaca-se a centralização e a hipervalorização que a comida ocupa na família e na sociedade contemporânea brasileira. A “globalização” é, para Berenstein (2007), uma realidade onde a supressão dos limites internacionais proporciona modificações de “valores, significações e ideais” na família conduzindo-a a um “status de consumidor” - lugar onde, numa situação social anterior, as pessoas se situavam como “cidadãos.” (BERENSTEIN, 2007). Nessa mesma lógica, o que a sociedade denomina “*fast food*”, não se restringe apenas à rede de lanchonetes, mas a um

período histórico social cultural contemporâneo, a uma forma-efeito que compõe e comanda os nossos modos de ser e fazer inclusive no âmbito alimentar, da cultura do excesso, do sempre mais da hipermodernidade.

Para Spada (2005), os pais são os primeiros educadores emocionais e nutricionais de seus filhos. De acordo com Lamounier, Parizzi (2007), é na infância que os hábitos alimentares e de atividade física são formados. Assim, este caso ilustra fartamente como os hábitos alimentares e de atividade estão sendo formados e/ou deformados.

De modo semelhante, em outra família de nível sócio educacional alto (Emily), a figura paterna também parece participar da manutenção da obesidade da criança.

Agora desde a semana passada nós fizemos um trato de comer bastante frutas e legumes e verduras e negócio de chocolate vai ser de vez em quando né, Emily? (Sérgio, pai de Emily) Não sei... Eu acho q não vai ter nunca (Emily). No caso do sorvete comigo eu procuro convencê-la a não tomar, eu não suporto. Mas às vezes ela pede, pede, pede e a gente acaba cedendo, mas sempre com restrição. (Sérgio, pai de Emily). Com o pai ela toma mais sorvete porque o dois vão juntos. (Sumaia, mãe de Emily).

Uma possível leitura desse comportamento é que o pai, para participar do “acordo inconsciente” entre mãe/ criança e continuar participando da família (ser aceito nessa fusão materna), oferta os alimentos calóricos que a criança deseja (sorvete, chocolate, etc.).

Além destes aspectos, destaca-se a preocupação dos pais principalmente direcionada à quantidade dos alimentos consumidos pela criança.

[...] Agora... a gente tinha um problema, tem uma empregada que ate hoje ela gostava muito de comer. Passava o dia comendo. E isso ela aprendeu também com ela. [...] por que ela também é obesa né? E era assim, com a Emily aqui fazia os gostos da Emily muito na alimentação... (Sumaia, mãe de Emily).

“O problema é a quantidade que ela come... [...]” “[...] Já é uma coisa chata... Não repita o prato... coma pouco.. Só o supermercado é assim tudo controlado por que se comprar muita coisa queijo essas coisas, ela acaba mesmo...” (Sumaia, mãe de Emily).

Assim, esses achados confirmam que, no comportamento alimentar, os pais apresentam atitudes direcionadas a controlar a quantidade de alimento consumida em detrimento de um direcionamento e investimento em um desenvolvimento de atitudes e hábitos geradores na promoção qualitativa dos alimentos (SPADA, 2005).

Desse modo, as tramas da dinâmica alimentar na família, configuram a sua própria identidade intra e intersubjetiva, inserida em uma dinâmica transubjetiva. Em meio ao conflito dos pais, da interferência dos avôs, da empregada, no tipo de papel exercido pela figura

paterna e materna. Recorda o que Berenstein (2001) insiste em apontar: o que não pode ser mentalizado psiquicamente, dialoga na fala do sintoma na obesidade da criança unigênita.

b) **Atividade física**

Vários pesquisadores como Tremblay, (2003) e Stallmann et al (2007), mostram que a deficiência na atividade física das crianças está diretamente relacionada ao aumento da obesidade bem como o tempo dedicado pela criança a assistir televisão ou em jogos eletrônicos.

“Meu marido anda uma hora por dia, também. Só mesmo Danilo é que tá parado, agora.[...]” “[...]ele não quer.. [...] [...] Mas o único problema dele é que ele adora dançar e pular. Meu problema com Danilo está no computador, porque ele é completamente apaixonado [...]. (Dandara, mãe de Danilo).

“Agora ela é muito parada, num gosta de caminhar, num gosta de atividade física... Num tem outras crianças pra brincar... num tem outro jeito, ela vai engordar mesmo. Num tem outras crianças pra brincar... Num é que ela come, é que ela numa gasta nada...” (Sumaia, mãe de Emily).

“Não, não é muito fã de televisão. Não, ela nem gosta de assistir... E ela prefere o som. Gosta de dançar.” (Cristiane, referindo-se à filha Georgia).

A família é considerada importante agente para a prevenção ou manutenção da criança obesa. Desempenha um importante papel no sentido preventivo de obesidade dependendo da família assumir no dia-a-dia o papel da educação alimentar. (OLIVEIRA et al., 2003). No contexto do dia-a-dia da família situada na realidade contemporânea urbana, observa-se a situação real que discrimina a atividade física nas famílias de nível sócio educacional alto e baixo. Pais de baixo nível social relataram o medo das crianças em sair na rua:

“Ela fala que tem medo quando tem polícia na rua, ela tem medo. Ela fica bastante assustada.” (Cristiane, mãe de Georgia).

A possibilidade de acesso da população de nível sócio educacional baixo à atividade física, seja por questões econômicas, seja por questões de estrutura de lazer e segurança do bairro onde residem, pode ser escassa.

[...] quando eu fui no cardiologista, ele falou que tem que botar ele pra praticar um esporte. Mas o problema todo é que preciso de alguém pra levar. E isso já é gasto, pra uma pessoa pra levar, e tudo, e o salário que agente ganha, num dá pra fazer isso. Tem que pagar escola, plano, tem que pagar condução pra ir levar, ir buscar. Porque eu num to aqui, num tem quem faça isso. Quer dizer, uma natação já é um

custo, um dinheiro extra. Tem que pagar reforço escolar, que eu num tenho tempo pra ensinar. Então tudo é no dinheiro. E aí já fica caro pra mim. E aqui você num acha um lugar apropriado, tudo tem que ser na cidade. Ainda tem que pagar transporte. (Cláudia, mãe de Igor).

“O pai leva o filho para o seu futebol e pra praia. Eu (mãe) pouco saio com ele.”
(Márcia, mãe de Lorenzo)

Além das situações acima citadas, são apontadas pelas famílias situações relacionadas ao estigma social e à não-aceitação social da obesidade infantil:

[...] Ele reclama. Tava botando ele pra caminhar de manhã, mas o problema dele é que as pessoas passam e: Ah!! Gordinho, tem que caminhar mesmo... tá gordinho , tem que perder peso. E aí ele começou a dizer: gente idiota !!!...num sei o que... e aí fica com aquele trauma que tá gordinho, tem que caminhar, e fica com respostas agressivas. (Cláudia, mãe de Igor).

Quanto às famílias de elevado padrão sócio educacional possuem acesso a estruturas de lazer e de atividades físicas ou mesmo condições econômicas para realizá-la, como colocar a filha no jazz:

“Brincar sozinha não, ela gosta de ter o lugar dela... Ela não é aquela menina que gosta de viver na rua andando e indo pra lá indo pra cá. Ela faz jazz.” (Cássio pai de Tatiana).

Outra criança (Igor) mora em bairro sem estrutura para atividade física e Danilo (o rei) não aceita atividade física:

Dani é que tá parado agora. [...]” “[...] ele não quer... ele se matricula na natação,e quando chega no inverno ele tem que sair .. porque ele usa às vezes a asma...pra não ir...ele vai tentar fazer agora o judô..aqui perto, ele vai fazer. Meu problema com Danilo está no computador, porque ele é completamente apaixonado [...]”
(Dandara, mãe de Danilo).

“Ele gosta muito de brincar de bola, correr. Mas ultimamente fica muito na frente do computador jogando.” (Cláudia, mãe de Igor).

Assim, pode-se destacar vários aspectos: a discriminação social da obesidade infantil em si e a reação da criança a ela, não apenas desistindo de caminhar nas ruas por desejar evitar o sofrimento das agressões verbais, como também incorporando os olhares negativos dos outros. A maioria das crianças do nosso estudo não aderiu à atividade física de forma regular; e as causas dos impedimentos variam entre a censura do olhar do outro, as precárias condições sócio-educacionais ou estruturais de lazer, a não aceitação pela própria criança de seu corpo, impedindo-a não apenas de obter os benefícios biológicos da atividade física em si, mas principalmente, da oportunidade de propiciar situações vinculares outras.

c) **Percepção da obesidade infantil na família**

“A mãe se sente culpada pelos médicos da obesidade do filho.” (Cláudia, mãe de Igor).

Dos oito casos estudados, apenas duas famílias reconhecem a obesidade no filho. Na entrevista domiciliar, a maioria dos pais designarem a obesidade da criança como algo sem importância, minimizando, desconhecendo, negando ou terceirizando a obesidade dos seus próprios filhos, como se sentindo culpada pelos médicos e/ou nutricionistas. Muitas vezes, toda a família da criança está envolvida nesse processo de negação.

No entanto, os pesquisadores enfatizam como o ambiente familiar poderá colaborar e propiciar condições na formação do distúrbio alimentar (Oliveira et al 2003), além de acentuar o seu caráter preventivo. Segundo Fisberg, (2005) reconhecer a obesidade infantil qualifica a sua relevância e amplia o seu caráter preventivo caracterizando a sua permanência na faixa etária adolescente e adulta.

Em um dos casos do estudo, Sumaia mãe de Emily, pela sua condição de profissional de saúde, mostrou ter consciência do estado atual de saúde da filha:

“Vejo Emily como obesa, e me preocupo porque na nossa família tem hereditariedade pra diabetes.” (Sumaia, mãe de Emily).

Esses pais, pertencentes ao nível sócio educacional alto, procuram promover diversas opções para atividade física da filha, sabendo da importância da intervenção na faixa etária infantil e cientes de que, como pais, podem influenciar a filha tanto na sua ingestão calórica como na atividade física, comemorando pequenas vitórias na dança da balança.

Dentro do nosso universo de casos, em três (3) dessas famílias os pais acreditam que a obesidade infantil terá resolução espontânea:

“Vai caminhando para a normalidade.” (Sílvia mãe de Nelson).

“[...] Ele está gordo, mas... Danilo não é gordo. Ele está inchado [...]” (Dandara, mãe de Danilo).

“Acredito que com a chegada da adolescência, o peso dela vai equilibrar” (Sérgio, pai de Emily)

“Sobre o distúrbio dele, com ele crescendo, tudo vai caminhando para a normalidade.” (Sílvia, mãe de Nelson).

O pensamento dos pais acerca da obesidade infantil dos filhos é que, com o crescimento da criança, será estabelecida espontaneamente o estado nutricional de eutrofia. A obesidade apresenta graves repercussões orgânicas e psicológicas sendo difícil o seu tratamento. Principalmente quando negada pela criança ou família, ou configurado em expectativas mágicas, as chances para a criança e o adolescente permanecerem obesos e as suas complicações para a saúde são mais elevadas ainda. (FISBERG, 2005) Esse achado confirma o estudo Etelson et al, (2003) e Diaz (2000) envolvendo crianças entre 4 a 8 anos onde os pesquisadores encontraram que os pais, em sua maioria, subestimam o sobrepeso e obesidade da criança, confirmando então a importância da percepção da obesidade pelos pais.

Enfatiza-se assim, a força desta auto-imagem construída socialmente, não apenas na obesidade como em outros quadros de distúrbios alimentares, como anorexia e bulimia, verificada na fala de Georgia e de seus primos:

“Quero ser light quando crescer.” (Georgia, 7 anos).

“Só vai brincar Géo. Porque ela é muito gorda, né?” (Ian, primo de Georgia – 8 anos)

“... É por causa disso... é?” (questionamento formulado por Georgia com sentimentos de dor e tristeza, à aplicadora do teste projetivo).

Flávia revela a sua autopercepção acerca da sua obesidade atual, no modo como se sente discriminada frente às distinções e preconceitos sociais são relatados por meio dos principais sentimentos expostos: dor, tristeza e desamparo trazidos pela pergunta dos primos. Coloca a sua inacessibilidade ao presente modelo social corporal da sociedade contemporânea, e como sujeito desejanste desse modelo.

Esse resultado também foi apontado em uma pesquisa com crianças que intencionou proceder à avaliação da idade em que essas crianças se conscientizam acerca da sua obesidade. Lerner e Gellert (1969), citados por OGDEN, (1999), apresentaram desenhos de diferentes indivíduos de tamanhos diferentes (gordos, magros e “normais”) a um número de crianças pertencendo à faixa etária entre cinco e dez anos, solicitando-lhes a descrição do tipo de cada pessoa. Os autores observaram a associação feita pelas crianças entre os indivíduos de tamanho médio e de qualidades positivas, e aos magros e gordos, qualidades negativas.

Os elementos da auto-percepção infantil e de seus pais acerca da obesidade infantil foram agrupados em situações de negação da obesidade, e expectativa dos pais acerca da eutrofia por meio do crescimento e reconhecimento na obesidade pela criança por meio da discriminação e rejeição social. Foram relatadas situações envolvendo a atividade física e a vergonha em exibir o próprio corpo devido ao olhar negativo do outro.

d) Estado nutricional dos pais

Dentre os fatores de risco para o aparecimento da obesidade infantil exógena, o mais relevante deles, é a presença de obesidade em seus pais, pela soma da influência ambiental e genética (ESCRIVÃO, 2000). Igualmente Strauss e Knight (1999), em seu estudo longitudinal com 2913 crianças na faixa etária de 0 a 8 anos durante um período de 6 anos nos Estados Unidos da América, identificaram a obesidade materna (OR:3.62 [2.65-4.96] como o fator etiológico mais importante para a obesidade infantil.

No entanto, nos oito casos estudados, foram aferidas as medidas antropométricas de todos os pais à domicílio (segundo critérios descritos na seção de métodos) exceto os pais de Nelson e de Georgia (cujos dados antropométricos foram obtidos segundo relato das entrevistadas). A avaliação nutricional seguiu modelo da OMS (2007) segundo faixa etária e gênero, obtendo-se o seguinte diagnóstico: 14 sujeitos eutróficos e 2 sujeitos com sobrepeso. Inexiste, portanto, o diagnóstico nutricional referente à obesidade entre os pais da nossa amostra (Quando 2) dados antropométricos e avaliação nutricional pais.

e) Gênero e grupo sócio-educacional

Embora as crianças tenham sido selecionadas por gênero e grupo sócio-educacional, houveram algumas diferenças quanto à obesidade associadas ao grupo sócio-educacional, mas não a gênero.

No motivo alegado do filho ser único, esteve associado ao grupo sócio-educacional: motivos de saúde no grupo alto e condições sócio-econômicas no grupo de baixo nível.

Do ponto de vista da intervenção, evidentes diferenças se configuram na possibilidade de acesso e uso de possíveis recursos terapêuticos, quer em nível individual quer em nível grupal.

Outra diferença que emergiu foi o maior envolvimento dos pais com crianças de nível sócio-educacional baixo, na aplicação dos instrumentos à domicílio nas famílias (Lorenzo, Flávia e Igor). Provavelmente associado, em parte, ao apontado no fato de a pesquisadora, disponível e indo à sua residência, apresentou-se, provavelmente, aos seus olhos, como alguém capaz de ajudá-los no manejo da situação.

6.2. Análise Dos Casos

Nessa secção, serão apresentados os oito casos estudados, iniciando por um resumo da descrição fenomenológica do *Scenotest* aplicado na família, e seguindo-se a análise dos casos por meio de todos os instrumentos empregados. Cada caso será utilizado como uma ilustração das principais dinâmicas familiares encontradas neste estudo.

6.2.1. A porta e o “lugar desocupado”

Fomos bem recebidos pelo pai da criança, que estende um cobertor no chão da sala para aplicação do *Scenotest*. Nessa manhã de sábado, a mãe encontrava-se trabalhando. Iniciando com a proposta da tarefa, e da autorização para gravar, foi se estabelecendo um excelente contato com a criança. Bastante resoluto Lorenzo empenha-se em empilhar uma imensa pilha de tijolos, e logo em seguida recolocá-los no lugar de origem. Prossegue pegando o sofá, ocupando-se em preencher com alimentos e produtos de higiene todos os espaços internos e externos da geladeira e de móveis pertencentes à cozinha. O pai, no ambiente contíguo, confecciona o almoço e comenta com a aplicadora sobre os modos de brincar e os brinquedos da criança. Chegam à porta da casa vizinhos de Lorenzo, recebidos pelo tio da criança que está na calçada em frente à casa. O silêncio da criança é interrompido por comentários sobre a quantidade de frutas, justificando ser esta a razão de que ele “não teve pessoa.” Os vizinhos retornam e da porta da casa perguntam à criança qual o objetivo do teste. Os vizinhos vão embora, e em meio a um longo silêncio, escolhe os objetos, sem desistência ou hesitação, destacando-se a habilidade com que a criança manipula panelas, garfos, utensílios tão pequenos de cozinha. Durante todo o transcorrer do trabalho de montagem, Lorenzo não solicita a orientação nem dirige comentários ao pai. Mas, por vezes, comenta com a aplicadora sobre o peso dos objetos. O pai controla a interferência dos vizinhos durante a aplicação do teste, exigindo silêncio dos mesmos. A montagem é feita exclusivamente por Lorenzo, que segue a seguinte ordem de construção: cozinha, sala, quarto. Após um longo período de silêncio e do término da confecção do almoço, o pai dirige-se ao quarto do filho e liga a TV. A criança continua a empenhar-se em enriquecer a construção do *Scenotest* de detalhes, trocando por diversas vezes as roupas dos bonecos. Em seguida, comunica a aplicadora ter concluído a sua construção. Ante a pergunta da aplicadora se preferia a pilha de tijolos do início do teste, responde ter achado uma porta. Perguntado sobre o motivo pelo qual a porta foi retirada, responde que a mesma estava representando um grande impedimento. A aplicadora pergunta o motivo da troca de inúmeras roupas dos bonecos. Refere gostar da troca de roupas. Enfim, solicitou-se o parecer da criança sobre o teste, o qual sem hesitação e sem demora, responde referindo-se à sua beleza. Os seis bonecos escolhidos são três femininos e três masculinos. Escolhe dois carros, um vermelho e um azul e uma moto vermelha, colocados mais no centro do teste. É solicitado a identificar os diversos cômodos da casa. O final da execução do teste projetivo é determinado espontaneamente pela criança, quando a construção foi fotografada.

mundo...”. As educacionais: “um bom colégio”. O lazer: “um bom lazer.” Desta forma, Márcia elenca elementos intersubjetivos (vínculos estabelecidos entre os indivíduos), na dinâmica do atravessamento transubjetivo (elementos sócio-culturais).

A este respeito, Berenstein (2007, p. 98) assinala: “Na dinâmica vincular, o interno e o externo, se relacionam segundo a forma de uma dupla inclusão: o vincular está incluído no interno assim como este está no externo,” mostrando a dupla vinculação em que os modelos sociais estão incluídos no pensar e nas íntimas decisões pessoais (intrasubjetivas) e familiares (intersubjetivas).

A mãe relata o início da história da obesidade da criança aos dois meses de idade, sendo o período entre os dois e os sete anos de idade marcado por frequentes situações psicossomáticas (desmaios, refluxo gastro-esofágico e febre). Segundo comentário da mãe: “[...] o problema dele, como a psicóloga já disse, era falta do pai,” situação de saúde vivida pela criança até os sete anos de idade, no contexto da separação parental. Desde o nascimento da criança, embora morasse separado da mãe, o pai fez-se presente principalmente nos momentos em que o filho adoecia. Tendo a opção de morarem juntos ter sido tomada em função da saúde do filho. A reação da criança face a esta separação é percebida pela mãe desse modo: “... E ele era assim, só vivia doente,” expressando organicamente distúrbios emocionais através de sintomas do corpo.

Referente à amamentação, a mãe relata: “Até 7 anos, aqui na formatura dele, que ele parou de mamar... Faltando 2 dias pro aniversário dele.” Segundo Rabinovich e Carvalho (2001), a amamentação prolongada pode ser indicativa de distúrbios na relação conjugal; no caso, devido à ausência paterna. Esta ausência não lhe oferecia oportunidade de se estruturar enquanto sujeito. O seu “nascimento” se dá a partir da presença do pai (BERENSTEIN, 1996).

Devido à natureza da relação vincular, a “ausência do outro real externo” (BERENSTEIN, 2007, p.121) foi representada pela criança, no Scenotest, preenchendo todos os vazios internos e externos existentes na cozinha, reproduzindo simbolicamente a ingestão da comida. A fragilidade do vínculo com os pais produziu na criança uma situação de apego inseguro. Esta insegurança decorre da falta da presença física do pai e da dificuldade da mãe em “dever ser” que se presentifica na obesidade: como se Lorenzo conquistasse sua existência a partir da exibição de um corpo obeso. Sua obesidade denotaria a tentativa de preencher o vazio de vínculos familiares.

Nas demais entrevistas, as crianças comentavam sobre os objetos do teste e sobre a tarefa. Lorenzo, contudo, na execução do teste, parecia fazer um trabalho e não brincar,

devido à sua concentração. Enquanto era aplicado o *Scenotest*, o pai estava presente no ambiente, cozinhava a menos de dois metros. Sua participação no teste projetivo limitou-se ao silêncio e à seriedade expressas durante o longo tempo de execução (1h 10min). “A ação de vincular-se é calada e invisível.” (BERENSTEIN, 2007). Dessa forma, durante a aplicação do *Scenotest*, ocorreu uma comunicação daquilo que a criança não podia dizer em palavras ao pai, num grande silêncio, seguido de um longo e forte suspiro ao final.

A primeira construção feita pela criança no *Scenotest* foi uma pilha de tijolos bem alta, semelhante a uma muralha, que depois foi destruída. No entanto, ao término do teste, a criança refere tratar-se de: “uma porta, a entrada.” Explicando o motivo de sua retirada como sendo a remoção de um grande obstáculo: “tava empatando muito” A porta simboliza o local de passagem entre dois estados, entre dois mundos, entre o conhecido e o desconhecido, a luz e as trevas, o tesouro e a pobreza extrema. Ela tem um valor dinâmico, psicológico; pois não somente indica uma passagem, mas convida a atravessá-la (CHEVALIER e GHEERBRANT, 1991). Essa porta/passagem indica um canal de comunicação entre as realidades externa e interna da criança.

As poucas frases e interações da criança durante o *Scenotest* foram comentários sobre a comida. A primeira se referiu à estocagem de alimentos e produtos, expressando uma ansiedade ligada a uma expectativa de que o que necessita pode faltar (donde comer é uma maneira de estocar). A segunda interação foi, ao achar balas, perguntar se eram “de verdade,” sugerindo indícios de que Lorenzo estava realizando um trânsito entre os mundos intrapsíquico e interpssíquico.

Lorenzo, no momento atual da sua vida, convive com os seus pais eutróficos, inserido num ambiente social favorável, apresentando sinais positivos na sua dinâmica alimentar. “(...) Antigamente, ele comia 3, 4 pães; hoje em dia, se botar 2 pra ele já é suficiente (...)” e nos sintomas no corpo: “Depois que a gente mudou pra Itapuã (...) as doenças dele passaram.” Mostra, deste modo, como “cada nova vinculação traz a possibilidade de inscrever novas marcas e de constituir subjetividade.” (BERENSTEIN, 1998).

No centro do *Scenotest*, Lorenzo escolheu carros e motos (Figura 2) parecendo simbolizar um meio de transporte, uma ponte para o novo. Os três meios de transporte: dois carros e uma moto – podem representar a criança, o pai e a mãe, e um trânsito entre os mundos interno e externo.

Berenstein (2001) diferencia um lugar “vazio” de um lugar “desocupado.” O lugar desocupado implica em uma expectativa de “ser ocupado,” o que parece constituir a principal

dinâmica relacional desta família: a da ocupação com a presença do pai – ligada, no caso, ao sintoma da obesidade do filho.

“A partir da presença do outro, o sujeito pode recuperar significantes perdidos e laços interrompidos. Reside na possibilidade de se identificar com esse outro, reconhecendo o que une e ao mesmo tempo discrimina.” (PUGET, apud HENRIQUES 2007, p.234).

Assim, a atitude recente dos pais de conviverem na moradia, parece estar fornecendo um novo colorido de presença do pai na vida de Lorenzo, e na do casal. Novos fazeres constroem novos laços de vincularidade, ocasionando um movimento no aparelho psíquico em que, além de sua reconstrução, co-existem criação e novos acontecimentos.

6.2.2. “Meu Bebê”

Conforme agendamento da família, fomos recebidos alegremente pela mãe e pela criança, na manhã de sábado. A mãe aponta a sala como o lugar escolhido para aplicação do *Scenotest*. O nosso primeiro contato aconteceu num clima de satisfação e expectativa por parte de F. e da entrevistadora quando, sentadas no chão, é explicada a tarefa: montar a sua casa e família com o material do *Scenotest*. Aparentando vontade de brincar, F. ativamente inicia realizando uma interação dinâmica entre os objetos do teste. Durante todo o trabalho de montagem, F. acata e se submete à intrusão da mãe na construção do teste, solicitando, por vezes, a confirmação da entrevistadora. F. começa pegando o guarda-roupa, mas investe firmemente a sua energia e atenção nos alimentos, direcionando-os rapidamente a estocá-los, com a orientação e aprovação maternas. Atenciosamente, procede a construir a cozinha, o banheiro e o quarto. Em seguida, F. se concentra em erguer uma alta coluna de tijolos (que nomeia de apartamento) ao lado da cozinha, que assiste vigilantemente para que não caia. Na escolha dos bonecos, a fada é a escolha para representar a mãe, a criança por uma figura infantil e a aplicadora por uma figura médica (onde ambas são colocadas em outro cômodo da casa). Pela primeira vez, sem consultas ou interferências externas, constrói o que nomeia de: “as regras das comidas e das bebidas” tendo do lado esquerdo as comidas, as bebidas e do lado direito inúmeros bonecos deitados dentre eles um de blusa preta, o qual Flávia nomeia como seu pai e a si própria em pé, por meio de uma figura feminina. No final da construção do *Scenotest*, a mãe, quando convidada a participar, “estranha” a distância na qual F. se aloca (em outro quarto). À qual F. replica: “Tá quase perto, ó.”



Figura 3 – Scenotest Flávia, foto final 1.



Figura 4 – Scenotest Flávia, foto final 2.

“Bebê Flavinha... [...]”, assim soa o nomear de sua mãe, aos ouvidos da menina de sete anos. Os pais, pertencentes ao grupo sócio-educativo baixo – Paulo e Thais são divorciados. Segundo a mãe, a menina não foi planejada, mas ao ter conhecimento sobre a gravidez, foi desejada. Flávia sempre conviveu com a mãe. Engravidou aos 27 anos, tendo o pai 38 anos. Em relação ao estado nutricional, ambos são classificados como eutróficos.

Em relação ao desejo de ter apenas uma filha, a mãe expõe motivos econômicos: “[...] Porque sempre planejei dar o melhor pra ela, dar tudo pra ela...” Conta que o parto foi normal,

sem intercorrências, sendo amamentada ao seio de forma não exclusiva do nascimento aos 9 meses. Quanto ao desmame: “... foi de repente, ela largou.” A passagem para o alimento sólido foi tranquilo: “Queria comer sempre tudo.”

A mãe, a todo instante, dirigia instruções à filha acerca da construção de forma claramente intrusiva. Os temas trazidos pela criança durante a construção do *Scenotest* estabeleciam a centralidade da alimentação como prioridade em preencher todos os espaços disponíveis para, em seguida, teatralizar a situação nomeada por Flávia no *Scenotest* como: “... As regras das bebidas e das comidas.”. Nesse “lugar”, em que figuras humanas estão de um lado e alimentos de outro, a criança situa a si própria em pé, por uma figura feminina, na fronteira, indicando que alimentos e pessoas estão um no “lugar” do outro. (Figura 3)

Elegeu a mãe como uma fada, colocando-a para dormir sozinha, enquanto ela própria foi representada pela figura com macacão verde, deitada em outro cômodo, e na cama vizinha, a pesquisadora (figura feminina com vestido listrado). (Figura 4)

Como método, o *Scenotest* oportuniza aos pais a participação ou opinião no final da sua construção. Nessa ocasião, a mãe, ao ser convidada a participar, expressa surpresa com a atitude da criança em colocar-se longe da mãe. A mãe diz: “Eu gostei. Botou mamãe na cama sozinha né, filha? Não sei que milagre, ela gosta de ficar... de dormir comigo. Ela pula da cama dela pra minha. Eu boto ela na cama. Quando vejo, ela corre prá minha. Difícil ela dormir sozinha. Só isso que eu vi.”

A que Flávia responde: “Tá quase perto, oh.” No entanto, na expressão da criança identifica-se uma contradição - como uma confissão de imaturidade emocional frente ao poder da dependência do objeto e de sua usurpação. Este consiste em instituir o poder como um substantivo na dinâmica mãe e filha, desvirtuando a relação a ponto de Flávia vir a tornar-se um objeto a serviço da mãe. A contenção da abrangência do poder seria uma expressão do amor materno. (WEIL apud COMTE - SPONVILLE, 2000).

Observa-se nessa dinâmica familiar, a expressão de um conflito entre a vontade de liberdade e a de fusão com a mãe. A expressão da obesidade de Flávia contém e anuncia ainda uma versão de um “acordo familiar” expresso através de dinâmicas regressivas, não sendo permitida a comunicação dos seus conteúdos e significados através da palavra. Assim, dentro da dinâmica familiar de Flávia, o sintoma de obesidade é eleito e sustentado como linguagem do velado, do não dito. (BERENSTEIN, 2007).

Aquilo que Flávia não pode dizer ou simbolizar comunica por meio da construção das imagens, em um contexto de defesa à intrusão da mãe que a mantém como um bebê, não permitindo a sua separação e crescimento.

6.2.3. A supressão do outro e a sociabilidade

A presente aplicação do *Scenotest* foi realizada numa manhã de domingo, quando, na sala, fomos bem recebidos pela mãe da criança. A mãe convida o filho que, com certa demora, responde ao chamado. Com a sua chegada, o nosso primeiro contato aconteceu num aparente clima de rejeição por parte da criança. A entrevistadora propõe a tarefa, convidando a criança a sentar-se no chão, encontrando certa resistência. Nesse momento, a mãe interfere, apresentando argumentos acadêmicos e, principalmente, artísticos para que a criança colabore na execução do teste. Nelson colabora aparentemente contra a sua vontade, e inicia mecanicamente como se tratasse de uma tarefa. A mãe pede licença e dirige-se à cozinha. A criança inicia colocando alimentos dentro da geladeira e do móvel de madeira. Silenciosamente, seguiu-se a construção da cozinha, sala, quarto e banheiro. A essa altura, a criança parecia executar o teste em harmonias simétricas, como uma criação artística. Foram realizadas escolhas apenas de figuras adultas e de um animal. Durante a execução do teste, a criança rompeu o silêncio para comunicar à aplicadora a conclusão do mesmo. Quanto à representação dos bonecos, obteve a seguinte resposta: “Não tenho a mínima idéia.” A mãe retorna à sala, e convidada a participar do *Scenotest*, mostrou-se satisfeita destacando apenas os itens da construção: “*o casal e cachorro*”, sem manifestar intervenções. Finalizando, fomos autorizados a tirar uma foto da casa e da família.



Figura 5 – Scenotest Nelson, foto final.

Nelson, 10 anos, é filho único de pais divorciados: Ricardo e Sílvia. Os pais, na época do seu nascimento, tinham 23 e 22 anos, respectivamente. Segundo a mãe, o casamento “Foi

acelerado pela gravidez de Nelson” e assim, sua concepção foi o motivo da abreviação do casamento dos seus pais. Apesar dessa contingência, a criança foi desejada.

Segundo a mãe, a gravidez, o parto e a amamentação foram tranquilos. Sobre estes, a mãe relata: “Mamou até dois anos e dois meses... e comia tudo, né?” tendo assim descrito a amamentação ao seio de forma não exclusiva.

Durante a infância de Nelson, observa-se a ênfase da mãe na questão da restrição do convívio social da célula familiar como era vivida, envolvendo, desta feita, a dinâmica do trabalho do pai: o mesmo trabalhava viajando e mudava de cidade a cada dois meses. Em meio à constante mudança de cidade, o pai era promovido tanto em “*status*” quanto em remuneração no seu trabalho.

Estão foi sempre eu, ele e Ric. Muito nós 3, nós 3, nós 3, nós 3.” “a gente se fechou muito, só nós três.” “Então a gente foi muito dentro de casa... dando vazão a um outro lado, mesmo sabendo das perdas, né?” “De estar em convívio com outras crianças na rua... andar de bicicleta. Bola de gude, bola de futebol. (Sílvia, mãe de Nelson).

Ressalte-se que, relacionado a essas questões familiares, o contexto de violência urbana também restringia o espaço relacional da criança. “Porque esse não permitir, até mesmo por causa da violência externa”. Foi este mundo domiciliar que a mãe, sendo arquiteta, instituiu ser esse o mundo do filho – entre “arte e dinossauros” e sem vínculos. Assim, os pais ensinaram a Nelson modos de sentir, interagir, apreender e a construir vínculos na sua relação com o universo restrito ao número três. Dessa forma, a imposição da realidade externa pode restringir e engessar os fazeres entre as pessoas e o mundo, que é o nascedouro de presenças, vínculos e subjetividade.

“[...] um lado que deveria ser estimulado pelo convívio em sociedade não foi. Mas ao mesmo tempo foi direcionado muito pra desenho, pra o domínio do traço o expressar de forma gráfica...” (Sílvia, mãe de Nelson)

A mãe não trabalhava, nem estudava na época, por questões conjugais, vindo a ser essa uma situação geradora de conflitos na família. Como parte do mundo social, Sílvia se vê restringida do seu trabalho e das suas relações familiares. Tal situação equivale a ser suprimida como sujeito e, conseqüentemente, de parte da sua subjetividade. Destaca-se assim, existirem perdas da subjetividade por destruições de vínculos, tanto do trabalho como social. (PUGET, 2002). A restrição da vida das pessoas ao contexto familiar leva à produção de um sofrimento gerador de um adoecimento biopsicossocial.

A dinâmica familiar gera ansiedade, principalmente no filho, sentimento que é assinalado pela ocupação do espaço de centralidade da alimentação nas falas e no *Scenotest*. Neste (figura 4), o lugar central do teste foi ocupado por comida. Assim, como foi observado

nos diálogos da criança com a mãe durante a visita domiciliar, todos versando sobre comida (*marsmallow*, massas e almoço). Ressaltando a fala da mãe: “*E ainda comprei... marsmallow [risos]*,” Kathalian (1992) analisa o apego do indivíduo por alimentos açucarados à fixação na fase oral. Assim, no âmbito primitivo da oralidade, o indivíduo experimenta atuar e repetir, inconscientemente, o sentir-se em segurança e amado.

A ansiedade e a conduta do comer excessivo manifesta-se como um “sintoma-comunicação” (SUDBRACK, apud COSTA, et al, 2003), através do qual Nelson tenta comunicar que a ingesta simboliza situações e sofrimentos da sua família, os quais tem dificuldade de compreender e digerir.

Assim pode-se observar situações familiares, que sugerem como o transpsíquico se expressa no vínculo. No entender do psicanalista Berenstein (2002), quando os sujeitos encontram-se despojados do espaço público e se restringem a vinculações consigo e com o seu parentesco familiar próximo, pode haver um excesso, que pode gerar uma tramitação emocional e como a “fronteira” deixou de existir, produza a “tramitação do excesso no corpo”.

É o que parece ocorrer nos casos de crianças obesas com déficit na sociabilidade. Como, neste caso, o fato de ser filho único aparece como um elemento facilitador para que tal ocorresse ao suprimir a criação de vínculos:

“Faltou muito estimular a brincadeira de rua, o convívio dele com outras crianças...” (Sílvia, mãe de Nelson).

Quando a família suprime esse “*outro*,” a situação vivenciada no ambiente familiar generaliza-se para o meio social:

“Ele teve uma dificuldade de relacionamento, na hora do recreio, desde o início, assim...” (Sílvia, mãe de Nelson).

“Mas nada muito de estar com amizade. Eu acho que a gente com isso, a gente se fechou muito, só nos três.” (Sílvia, mãe de Nelson).

Atualmente, Nelson vem sendo acompanhado por um psicólogo, por indicação da escola, devido à questão da sociabilidade:

“Então ele tá ali, na psicóloga”[...] “...a gente colocou ele numa psicoterapeuta” “...estava se diferenciando dos outros colegas, porque vivia muito introspectivo” “...terminava ficando escanteado...” (Sílvia, mãe de Nelson).

A mãe poderia ter mais filhos, mas coloca a situação da escolha por um filho único condicionada à questão da guarda de Nelson em uma possível situação divórcio, o que veio a se concretizar:

“E eu via assim: uma coisa era um filho, e com dois filhos, pra separar?” (Sílvia, mãe de Nelson).

Donde a situação de vida gerava uma insegurança que, por sua vez, criou outra restrição a um outro possível vínculo: o da fratria.

Segundo descreve a mãe, a história e etiologia da obesidade e de situações pedagógicas do filho, aparecem como sintoma ante a separação do casal:

Agora, assim... Depois da separação... É... Eu percebi que ele começou a ter essa ansiedade, né, assim com uma ansiedade... muito doce...doce...doce...sem controlar... Então... é... Começou a engordar... mas sempre fez esporte...(...) o esporte num tava suprindo o que ele tá consumindo...então começou a engordar, né?”na escola: ...perdeu o interesse, praticamente pelos estudos.

A mãe reconhece que cede à maneira alimentar de se expressar do filho. No momento atual da família, Sílvia retomou a sua vida profissional, tem um namorado e Nelson expressa desejar voltar a se re-equilibrar na sua vida escolar.

6.2.4. O fazer com o outro

Conforme agendamento com a família, fomos recebidos pela mãe de T. na manhã de sábado, que aponta o lugar escolhido para aplicação do *Scenotest*. A criança comparece espontaneamente à varanda, onde somos apresentados pela mãe. Sentadas no chão, é explicada a tarefa: montar a sua casa e família com o material do *Scenotest*. Durante todo o trabalho de montagem, Tatiane pede ajuda, sendo correspondida pela mãe, solicitando, por vezes, a confirmação da entrevistadora. A montagem é feita exclusivamente por T. e começa pegando e descartando uma peça do banheiro, mas investe firmemente a sua energia e atenção em alimentos, direcionando-se rapidamente a estocá-los, com a necessidade da orientação e aprovação maternas. Atenciosamente, procede a estocá-los dentro de espaços vazios (geladeira, armários, fogão) e a construir a cozinha. Colocando na sala, a mãe e o pai sentados no sofá, T set aloca no mesmo ambiente dos pais, sentada em outro sofá, em frente às batatas fritas. Nesse momento, a mãe sai da varanda, deixando T em companhia da entrevistadora. Na construção da sala, foram colocados um cachorro e o pica-pau. Na cozinha, T. coloca a empregada. Na hora da escolha dos bonecos, T. escolhe bonecos adultos para representar todos da família. Há um destaque em rejeitar a associação de bonecos que representem velhice com o pai, ou reforcem o sobrepeso da mãe. Procura desenvolver comunicação com a mãe que, com resistência, orienta-a nas escolhas em objetos da cozinha. Pela primeira vez, toma a iniciativa sozinha, sem consultar nem a mãe nem a aplicadora, constrói o banheiro, e introduz o computador no quarto. T. constrói, encena e narra o contexto do *Scenotest*, onde o pai e a mãe saem para andar, e T. fica em casa com a empregada, comendo batata fritas e assistindo TV. Por atender à solicitação de companhia de T., a empregada queima a comida. Na cena final, aparecem o cachorro brincando com o picapau, e a empregada fazendo um bolo. Mesmo convidados, os pais não opinam nem participam do *Scenotest*.



Figura 6 - Scenotest Tatiane, cena final 1



Figura 7 – Scenotest Tatiane, cena final 2.

Tatiane é uma menina filha única de 8 a 1m, pertencendo ao grupo sócio-educativo alto, concebida em meio a um contexto de total desesperança de uma gravidez, onde o conhecimento da sua existência por seus pais aconteceu apenas aos sete meses de gravidez. Na ocasião do seu nascimento, Suzana (40 anos) e Cássio (48 anos), estavam casados há 10 anos. Posteriormente, Suzana se submeteu à cirurgia bariátrica, quando Tatiane estava em torno de dois anos de idade.

No momento, os pais não reconhecem a obesidade da filha:

“Ela ta fofinha, porque ela não é assim não, né, pai?” (mãe), “Não” (pai).

Sobre sua filha única, o pai afirma:

“Eu já não tenho mais idade de estar me ocupando com mais um filho.”

Os pais contam que a gravidez e o parto foram sem intercorrências. Acerca da amamentação, relatam sobre Tatiane:

Pai: Mama até hoje se você deixar. Ela tem loucura pelo peito de Suzana. Loucura. Mamou muito, (uns dois anos) mamou bem e até hoje tem loucura pelo peito de Suzana.

Mãe: Ela fala que sente o cheiro.

Pai: Ela fala que sente o cheiro... de leite.”

Esta situação aparece no *Scenotest*. Tatiane o inicia num contexto de constante solicitação da aprovação e da presença maternas à sua construção: “O que é que é isso?” Pergunta à mãe. “O pão, mainha, é aonde?” Elege como prioridade estocar todos os espaços internos (geladeira, armários e fogão), preenchendo-os com alimentos, indicando um quadro de ansiedade ligada a uma expectativa de que o que necessita pode faltar.

Tem ou uma relação de posse com relação à mãe ou tenta ser o centro da atenção desta. Para isto, solicita tanto a presença quanto a opinião da mãe, podendo se “infantilizar”. Quando não a recebe ou se sente fora do centro, teima e pode se comportar de modo a controlar a mãe. No entanto, ao mesmo tempo, deseja agradar a mãe. O resultado é uma relação “ambivalente” de ambas, em um vínculo não seguro.

Os pais podem estar vivendo sua parentalidade de maneira semelhante ao processo de concepção de Tatiane, como uma presença desconhecida durante sete meses no útero da sua mãe: como uma situação familiar que de alguma forma “não preparou” ou “despreparou para ser mãe.” A mãe não parece sentir que pode realmente expressar o que sente em relação à filha, donde a menina a controla. O mesmo ocorre na relação da mãe com o pai: foi ele quem respondeu às perguntas sobre gestação e parto na entrevista.

Num contexto de dúvida acerca da sua identidade: “Mãe, qual das duas eu sou?,” arma o cenário: “[...] a geladeira fica na frente [...]”, elabora, encena e narra a dinâmica e os seus “lugares” nesse contexto familiar: “ Mamãe... papai... e eu e Fifi (o cachorro).” A criança constrói, narra e encena o momento no qual o pai e a mãe saem para caminhar sozinhos, onde Tatiane parece expulsar a mãe simbolicamente como se sente expulsa por esta, principalmente devido à presença do casal parental. Portanto, há um pai e a uma mãe, unidos, sem espaço para a filha. Tatiane fica em casa, com a empregada, comendo batata fritas e assistindo TV. Por solicitar companhia da empregada, esta queima a comida. Onde pode-se observar necessidades lúdicas, de companheirismo, não satisfeitas.

Nesse contexto, Tatiane escolhe se vincular a três duplas: ao cachorro – que foi doado pela mãe, embora de enorme apego da filha; ao picapau que é descrito como de brinquedo; e à empregada - parecendo atribuir lugares não claros ou uma confiança instável a essas identificações.

Neste momento do *Scenotest*, a mãe se intromete: “É só você? mora sozinha?”. Assim, ao se sentir excluída, Tatiane exclui os pais.

Tatiane mostra como percebe os pais diferentes dela: “mamãe tá muito magra e papai também”. Encena o modo de “fazer junto” e a sua participação na relação parental da seguinte forma: “Mamãe ia caminhar com o papai. [...] Eu vou juntar essas 3 camas, ta bom?” Nessa luta por ter um lugar, mete-se na relação entre os pais, contra o desejo da mãe. Parece não ter ainda encontrado o seu lugar nessa família.

Tatiane conclui o seu enredo teatral do *Scenotest* com duas frases significativas: “Meu cachorrinho tava brincando com meu picapau. A empregada tava lá dentro, tava fazendo um bolo.” E como as imagens mostram: o pai está com a mãe, o pica-pau com o cachorro, a empregada fazendo o bolo e Tatiane com as batatas fritas. (Figuras 5 e 6). Constituem-se, assim, duplas, em uma realidade onde se observa que “Dois é um espaço de produção de subjetividade”, Tatiane escolhe o alimento como dupla que se “cria pelo efeito da presença” (PUGET, 2003) sabendo-se o “fazer juntos” como um dos atributos significativos do vínculo.

“Dois é um espaço de produção de subjetividade que é criada por efeito da presença e se instaura em um complexo jogo de imposição que constitui o encontro.” (PUGET, 2003).

Assim, Tatiane parece descrever no “fazer juntos” dos pais o lugar que os mesmos ocupam na estrutura familiar, constituindo-se no “estar” o instituinte do vínculo. (PUGET, 2007). Desse modo, Tatiane nos ensina a importância do “fazer com o outro” na produção de subjetividade. (PUGET, 2003).

“Diante da obrigação de dar lugar interior ao exterior e à possibilidade de incorporá-lo como algo próprio, o sujeito deverá produzir um trabalho não realizado até agora.” (BERENSTEIN, 2007). Observando-se que, das quatro identificações eleitas por Tatiane (o cachorrinho, picapau, a empregada e o alimento), o alimento parece ser constituído por Tatiane como a representação fenomenológica de um “encontro” (BERENSTEIN, 2001) formador da essência da constituição subjetiva - a opção que ela pode contar como presente para fazer junto com. Dentre as opções identificatórias, no seu mundo de necessidades de “fazer junto com o outro,” ao representar-se em dupla no “estar junto” ao alimento, Tatiane parece significar “estar vinculada”, parecendo assim, buscar desse modo adquirir o seu

“potencial subjetivante,” em meio à situação familiar de “crise de intersubjetividade.” (PUGET, 2002)

Deste modo, Tatiane elabora, narra, e é a autora do seu teatro no *Scenotest*, onde encena e contracena com o seu mundo intersubjetivo no qual, “O atributo central da intersubjetividade deriva do efeito da presença.” (PUGET, 2003).

6.2.5. O “rei” da família

A aplicação do *Scenotest* foi desmarcada três vezes, sendo as tentativas realizadas durante os 5 meses anteriores à sua realização. A aplicadora conhecia por telefone todos os familiares, a trajetória de férias e algumas intercorrências. Ao chegar à portaria, a mãe de Danilo tinha esquecido o agendamento, apesar de confirmado no dia anterior. Depois de um tempo, foi autorizada o acesso ao condomínio. Ao entrar na casa, fomos bem recebidos pela mãe da criança, havendo um ar de expectativa. A mãe chama o filho, que está no primeiro andar. A criança desce a escada sob a atmosfera semelhante à de um rei imponente. O contato aconteceu num clima de rejeição por parte da criança. A entrevistadora propõe a tarefa, convidando a criança a sentar-se no chão, encontrando certa resistência. Assim, é iniciado o artifício de provocar contato com a criança através do mecanismo de montagem e funcionamento do antropômetro e balança digital. Nesse momento, com um semblante de certa condescendência, Danilo inicialmente auxilia, aparentemente, como modo de expressar a sua habilidade com materiais eletrônicos. Mas, após aferidas as medidas antropométricas, a criança exige verbalmente, com autoridade e imposição, a necessidade de executar a tarefa do *Scenotest* sozinho, sem a presença de ninguém. A mãe convida a entrevistadora para a realização da entrevista na varanda. A montagem é feita exclusivamente por Danilo que, antes de iniciar a execução do teste, o associa a um jogo de computador (*The Sims*). Durante a entrevista, com a mãe, a criança comunicou a situação de execução e convocou a mãe e a entrevistadora. Foram realizadas escolhas de figuras adultas e infantis, assim como o término para a execução do teste projetivo foi determinado pela criança.

Danilo é filho único com idade de 8 anos, de pais de grupo sócio-educacional alto. Nasceu estando a sua mãe totalmente desenganada da possibilidade de gerar um filho, tendo ela 39 anos e o pai, 45 anos. Conta a mãe o seu caso ter sido apresentado em “tudo quanto foi seminário de medicina”, após tratamentos na Itália e nos Estados Unidos, com história anterior de vários abortos naturais.

Face à interrupção da menstruação, consultou um renomado especialista em Salvador que diagnosticou um mioma, de modo que estar grávida foi um “susto enorme” e uma “alegria.”

A gravidez foi normal exceto pela perda de cálcio ocasionando problemas na dentição e ter emagrecido “ele me sugou tudo,” e, um ano após, descobriu estar com hipotireoidismo, vindo a engordar desde então.

O que caracterizou esta entrevista foi a dificuldade em realizá-la: por três vezes, foi marcada e desmarcada e, no dia de sua realização, a mãe havia esquecido do combinado.

Outro fato marcante foi o menino ter ordenado, à pesquisadora e à mãe, que o deixassem sozinho realizar o *Scenotest*, no que foi obedecido por ambas, tendo igualmente determinado o seu término.

Portanto, estes são indícios tanto da resistência da mãe a fazer parte da pesquisa, embora a tendo aceito formalmente, e o domínio exercido pela criança, segundo a mãe, não apenas sobre ela, o que foi presenciado, mas também sobre a família toda.

Como elementos na história da relação mãe/criança, deve-se anotar que têm nomes equiparados, constando da inicial e da vogal a ela associada e de uma letra intermediária, sendo que o pai tem um nome completamente diferente. Isto seria um indício de o filho “estar ligado” à mãe, o que, no caso, é confirmado pelo aleitamento até os 2 anos 8 meses “ele viciou em mim, para tirar foi um horror. Eu tirei ele faltando um dia para ele entrar na escola.”

A mãe refere um bom relacionamento com o pai, que seria mais amigo e permissivo do que ela, confirmando Rabinovich e Moreira (2008).

Sobre si própria, a mãe relata: “Danilo é tudo pra mim. Eu larguei de trabalhar. Sou sócia do meu marido. Tinha escritório fora, mas transferi para casa. Eu tive muito tempo para viver. Eu vivi até os 39 anos, eu estudei fora a minha vida toda e... hoje em dia a minha vida pertence a Danilo”. Portanto, o nascimento de Danilo demarca um corte entre a vida anterior da mãe e a posterior a esse nascimento. Após o nascimento da criança, para a mãe: “Então eu não sei como porque eu estava enorme de gorda,” parece acarretar uma perda de vínculos, e uma regressão também no corpo da mãe.

Este pertencimento, de fato, é posse. Ela está possuída pelo filho, portanto, não-diferenciada dele e ele, não diferenciado dela.

Scalozub (1998) acrescenta que na “trama familiar se filtram fios da cultura, e a nossa atual nos pressiona a resoluções rápidas e adaptações eficientes.”

Faz parte de nossas hipóteses que as situações que levam os casais a ter um filho único estão associadas ao modo de vida contemporâneo, e ambos à obesidade da criança, por uma complexa trama em que o consumismo opera de modo a manter insatisfeitos pessoas que permanentemente buscam novos objetos de consumo, o que gera uma temporalidade fluida, imediatista.

Neste sentido, certas condições que estão presentes no nascimento da criança se perpetuam ou mesmo são criadas posteriormente pelo “desencaixe” mútuo criança/ pais / mundo.

6.2.6. A família que não tem lugar no mundo

Conforme agendamento da família, fomos bem recebidos pela mãe e pela criança, que aponta a varanda como lugar escolhido para aplicação do *Scenotest*. Pelo fato da varanda estar ocupada pelo tio da criança, a mãe faz como segunda escolha o quarto que serve à criança e aos pais, para a aplicação do teste. O nosso primeiro contato aconteceu num clima de satisfação por parte de Georgia e da entrevistadora onde, assentadas no chão, é explicada a tarefa: que Georgia monte a sua casa e a sua família com o material do *Scenotest*. Alegre e ativamente, a criança inicia pedindo autorização à aplicadora com o fim de construir com os objetos do teste. Durante todo o trabalho de montagem, Georgia interage com a aplicadora, solicitando a sua participação e aprovação na montagem, sendo por ela correspondida. A montagem é feita exclusivamente por Georgia recebendo apelos dos primos para participar na sua construção. A criança começa conferindo a natureza de objetos e alimentos com a aplicadora. Investe firmemente a sua energia e atenção em alimentos, direcionando-os rapidamente a estocá-los, por dentro e por fora da geladeira, com a necessidade da orientação e aprovação da aplicadora. Atenciosamente, empenhou-se em construir a cozinha, contígua ao banheiro e ao quarto. No final da construção, impacientes por não participarem da mesma, o primo aponta a obesidade da Georgia como motivo para a sua participação no *Scenotest*. Sendo o acolhimento dos primos expresso na participação do *Scenotest* após a sua conclusão, a motorista e a irmã da motorista são colocadas deitadas no sofá ao lado. Nesse momento, a criança pediu autorização à aplicadora para chamar a mãe para ver a construção e, após, a tia. A tia, no entanto, não atendeu ao chamado da sobrinha. A mãe compareceu, questionando à filha quanto à localização do banheiro próximo ao quarto, assim como sobre a colocação de comidas no chão. A criança respondeu aos questionamentos da mãe, procurando desenvolver um nível de aprovação da sua construção com a mãe. Esta respondeu friamente e nada modificou. Na hora da escolha dos bonecos, G. escolheu duas figuras femininas infantis e uma adulta para representar a família.



Figura 9 - Scenotest Georgia, cena final 1.

George e Cristina são casados e Georgia tem sete anos. Moram de favor com mais uma família na casa da avó de Georgia que é paraplégica. Georgia não tem emprego fixo, e trabalha de biscate. A mãe tem como profissão doméstica. (avaliação nutricional dos pais-acrescentar-) A gravidez foi desejada e segundo a mãe, transcorreu sem intercorrências. Na época, os pais tinham 29 e 28 anos respectivamente. Pelo que lembra a mãe, amamentou a filha por dois meses: “Eu num sei assim dizer mais ou menos...”



Figura 10 - Scenotest Georgia, cena final 2.

A montagem do Scenotest foi feita exclusivamente por G., entremeada de apelos para a participação simultânea dos primos, que estavam na sala. A entrevistadora esclarece que todos poderão participar após G. concluir o teste. Inicialmente, a criança investe firmemente a sua energia e atenção em alimentos, direcionando-os rapidamente a estocá-los, por dentro e por fora da geladeira, com necessidade constante na orientação e aprovação da aplicadora: “Pode botar aqui em cima?”

Outro aspecto que chamou a atenção foi o fato da criança não ter nomeado nenhuma das figuras parentais, nem a si própria no Scenotest, deixando claro, a falta de espaço da própria criança e da sua família no seu mundo.

Nesse momento, a criança pede autorização à aplicadora para chamar a mãe para ver a construção. A mãe questiona a filha quanto à localização do banheiro próximo ao quarto, assim como a colocação de comidas no chão. Dessa forma G. retrata uma situação de vida que a mãe não aceita.

No final da construção, os primos de Georgia questionam à aplicadora: “Georgia vai brincar porque é gorda, é?”. Dessa forma, os primos revelam como percebem a imagem de *Georgia*. Como percebe Cristina, na fala de Georgia:

“[...]... ela fala assim: que quer ser light quando crescer...”

No relato da mãe: “Com três meses, ela tinha sete quilos...! e foi engordando... engordando [...]” Desse modo, pode-se evidenciar em primeiro lugar o olhar da mãe para a filha, que a olha como obesa e, assim, desde a gênese da sua obesidade a exclui do contexto familiar.

De modo correlato, a família não encontra lugar: na falta de moradia: “... eu não tenho a minha casa... aqui é a casa de minha mãe...;” exacerbado pela doença neurológica grave da avó: “Num dá certo com o problema que ela tem...;” em meio à violência urbana: “Ela fala que tem medo quando tem polícia na rua, ela tem medo;” na falta de recursos materiais na qual a família está imersa: “[...] porque ele ta sem trabalhar” (mãe refere-se ao pai da criança); na falta de acesso ao serviço público de saúde: “No posto, no posto num tão encaminhando...;” na ausência de lugar na vida da família para a filha ou para irmãos: “No momento minha cabeça num quer nem um... dois filhos, ta muito difícil...eu vejo a dificuldade que eu passo com uma... pra passar com duas, num dá não.”

Esse mesmo contexto foi visto na visita domiciliar: dificuldades de acesso a parques, a atividades físicas ou de lazer.

De modo equivalente à dificuldade de estabelecimento de novos vínculos em nível social, intrafamiliarmente, a mãe expressou o desejo de não convidar o pai para participar da entrevista, embora estando presente na casa “Não... ele num quer não...” Assim, Cristina deixa claro o lugar não significativo que o pai ocupa na vida de Georgia e da família.

Todos esses são elementos inter e transsubjetivos que perpassam a história de Georgia e que, na sua moradia, no bairro, na estrutura de lazer, no desemprego e na vinculação com os pais, indicam a falta de lugar para a sua família. A ausência de inúmeros lugares na vida de Georgia se reflete no *Scenotest* através da sua expressão de ausência de lugares para as coisas. Desse modo o atravessamento do transsubjetivo no intersubjetivo e no intrasubjetivo se expressa por meio da insegurança de não ter lugar.

6.2.7. O pai que não está

Fomos recebidos com expectativa pela mãe da criança, que aponta a sala como lugar escolhido para a aplicação do *Scenotest*, onde fomos apresentados pela mãe a Igor. Com um semblante de curiosidade direcionado ao teste projetivo, explicamos o conteúdo do teste com a qual I aparentemente concordou e realizou, inicialmente, como uma obrigação. Mas, através de um diálogo consigo próprio, revela que, naquela manhã ensolarada de domingo, o seu desejo real seria mais estar na piscina do que na execução do teste. Durante todo o transcorrer do trabalho de montagem, I oscila entre a autorização ou orientação à mãe e por vezes, à entrevistadora, sendo atendido por ambas. A montagem é feita exclusivamente por I, que eleger como prioridade a geladeira, e a construção da primeira dependência da casa, que é a cozinha. Investe firmemente a sua energia e atenção em alimentos, direcionando-os rapidamente a estocá-los, com a necessidade da orientação e aprovação maternas. Contudo, verbaliza com alegria a sequência entre o final da execução do teste e o acesso à piscina. A criança denomina de festa a construção do *Scenotest*. A mãe observa a colocação da figura da avó materna, considerando-a não residente no domicílio. A criança questiona a observação materna, e introduz a figura feminina que denomina de avó materna. Pela primeira vez, toma a iniciativa sem consultar a ninguém, e constrói o banheiro, cujos personagens se deitam no chão, sem camas entre o quarto e a sala. Em seguida, introduz e retira flores do lado de fora da construção da casa e da família. Igor constrói e nomeia espontaneamente as 20 figuras escolhidas para o *Scenotest* entre figuras adultas e infantis para representar familiares e amigos. O final da execução do teste é determinado pela mãe da criança quando é cortada a introdução de novas figuras na construção do teste projetivo.



Figura 11 – Scenotest Igor, cena final 1.

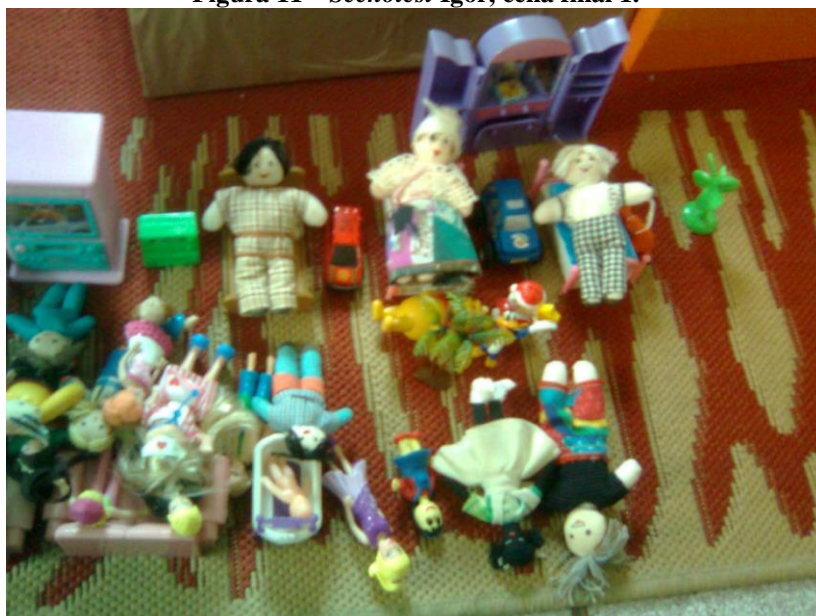


Figura 12– Scenotest Igor, cena final 2.

Igor, nove anos, é filho único de seus pais Iara e Ronaldo. A sua família o chama de “negão.” No entanto, fora de casa, o seu apelido é: “o gordo.” Na entrevista com a mãe, a mesma relata a gravidez sem planejamento da criança e a idade dos pais quando a criança nasceu: 27 e 24 anos respectivamente. São casados há nove anos e atuam como vigilantes: ela, em outra cidade, vindo para casa nos fins de semana, e o ritmo de trabalho do pai inclui de domingo a domingo, inclusive com seis plantões noturnos semanais.

Relata sobre o período da amamentação: “Até um mês depois do parto, tive complicações” e “Não foi amamentado.” Quanto à saúde da criança: “Era emergência direto [...] até 3 anos.” Essas situações parecem refletir a construção inicial vincular prejudicada por condições da mãe.

A mãe comenta o fato de Igor ser filho único, dizendo: “As coisas estão difíceis,” acrescentando: “tudo é dele, *não tem limite*.” Iara considera o contexto social, as dificuldades por trabalhar em outra cidade, as dificuldades financeiras que enfrenta - Igor estuda em escola particular, e encara como consequência de Igor ser a única criança da família o seu comportamento classificado como “egoísta.”

Quanto ao início da obesidade da criança: “E com 5 anos, eu comecei a observar que ele começou a engordar,” tendo recebido dos médicos diagnóstico de obesidade. Na história de vida do seu filho, a mãe narra episódios impactantes de violência ao qual ele foi exposto, e que resultaram em épocas de medo acompanhados de “vômitos,” seguidas por episódios de “defecar” sem controle e “pressão alta,” situação que foi diagnosticada pelo psicólogo como “síndrome do pânico”, tendo sido acompanhado por dois meses devido a isto. Simultaneamente, a mãe refere ter sido solicitada a comparecer ao Serviço de orientação educacional da escola para conversar com a psicóloga sobre os seguintes assuntos: o comportamento “agressivo” da criança; sua precocidade: “ele é precoce” e sobre suas escolhas afetivas: “se apaixona por mulheres mais velhas.”

Sobre o relacionamento com o pai, o tema só foi abordado pela mãe após a entrevista aberta. A mesma relata que o filho tem “saudades”, mas no momento da presença do pai em casa, Igor reage da seguinte forma: “não sei porque você tá aqui.” Relata ainda a ausência do pai no contexto de lazer familiar: “Eu que saio com ele” (mãe). Segundo Berenstein (2001), um pai “ausente” é diferente de um “pai que não está” sinalizando um tipo de vínculo, “pois o lugar do que não está é o de uma ausência fortemente impregnada de uma presença esperada.”

Com efeito, pode-se situar nesse cenário a atitude de Igor escolhendo iniciar o *Scenotest*, num movimento de preencher o vazio da geladeira e do interior de todos os móveis com alimentos, sugerindo uma compulsão para “conservar coisas dentro dele”. Além disso, no teste projetivo, observa-se Igor irritado; após superlotar a geladeira sem conseguir fechá-la, expressando a sua irritação inclusive em palavras: “... é... hoje que num vou emagrecer! olha quanta coisa tem na minha geladeira... rsss.” O que denota a consciência da sua relação com o alimento já ‘normatizada’ e ‘medicalizada’ como também a ocupação dos espaços, interno e externo, pela criança, por uma “espaciosidade”, expressando uma “noção de cheio”, cuja obesidade é um modo de “apresentação” deste modo de ser subjetivo.

“Na hora de dormir ele acha que quem tem que dormir na cama comigo é ele” (mãe), indicando que a ausência paterna é vivida como um abandono e que ele então ocupa corporalmente tal ausência. Parece, assim, dramatizar uma dinâmica no sentido de expandir-se em uma “espaciosidade” marcada pela ausência de limites do seu lugar na família.

No *Scenotest*, após a intervenção da mãe: “Cadê as pessoas da casa?” A criança verbaliza sobre a colocação dos pais: “A mãe tá no telefone...” “Pai assistindo televisão...” sugerindo uma situação familiar de exclusão, com os pais se ocupando de si próprios; cada um tem a sua ocupação. Parece, portanto, ter introjetado os pais como ausentes, donde sua agressividade e reações explosivas. Nenhum se ocupa da criança, que se identifica e é aceito pela mãe como um “cachorrinho.” No final da construção do *Scenotest*, retrata uma família extensa. Nomeia as 20 figuras uma a uma; argumenta com a mãe com a finalidade de incluir a avó, e todos e demais, numa tentativa de preencher um vazio.

“Tá bom, chega,” frase repetida pela mãe por três vezes durante a construção do *Scenotest*, determinando o que deve ser feito pela criança, sugere tratar-se de uma mãe autoritária.

“Importante, né?” Foi uma pergunta utilizada como resposta pela mãe a outra pergunta: Qual é pra você o sentido da presença de seu filho na sua vida? Essa resposta, em forma de pergunta, em tom de baixa voz, sugere que a mãe não abre espaço para o filho. Assim, Igor não encontra um espaço para si (identifica-se com o cachorrinho). Ou seja, a falta de espaciosidade interna, “apresentada” pela obesidade - a comida enche com a sua “presença” o espaço interno e externo, “intrasubjetivo” e “intersubjetivo,”. Assim deste modo, na noção de cheio, a criança passa a existir, sendo a obesidade, um sintoma.

6.2.8. Mãe e filha: “relação onde não passa nem uma gilete”

A aplicação do teste projetivo foi agendada segundo a preferência da família. Fomos bem recebidos na sala, pelos pais da criança. A mãe chama a filha, que está no quarto. O nosso primeiro contato aconteceu num aparente clima de frieza por parte da criança. A criança aceita o convite da aplicadora para sentar-se no chão, e explica a tarefa. Nesse momento, como se executasse um dever, a criança inicia o teste, preenchendo a geladeira com alimentos. A mãe recomenda a execução com presteza, e sai da sala com o pai. A criança segue automaticamente a construção do quarto, o banheiro e sala com espaços enormes entre eles, e sem adornos. Seguindo-se à afirmação de que precisa construir tudo que tem numa casa, faz uma crítica à aplicadora sobre a inexistência de um varal. Afirma que só vai participar na construção do teste porque eu estou pedindo, e porque a mãe disse que se trata de um trabalho científico. A essa altura, sem acrescentar nenhum boneco ao teste, comunica à aplicadora que terminou. A mãe fica de longe observando, e a criança acrescenta duas figuras femininas deitadas em camas. Ao ser questionada pela aplicadora sobre os cômodos, a criança descreve a disposição da sua construção da casa, e associa as figuras femininas à ela mesma e à mãe. Foram realizadas escolhas apenas por figuras femininas adultas. O término da execução do teste projetivo foi determinado pela criança, que autoriza ser fotografada a sua construção. A mãe comenta sobre o *Scenotest* representar, a mesma disposição da casa em que moravam em Manaus, até em detalhes como o lado da cama em que dormiam, quando os pais estavam separados.



Figura 13– Scenotest Emily, cena final 1.



Figura 14 – Scenotest Emily, cena final 2.

“Essas duas são eu e minha mãe.” Palavras únicas de Emily, aos 9 anos, na ocasião da conclusão do *Scenotest*.

Na época do seu nascimento, Sérgio e Sumaia tinham completado 10 anos de casamento. O pai aos 42 anos, e a mãe aos 41 anos, sendo o nascimento da menina inesperado, em meio a uma história de vários abortos espontâneos. Segundo a mãe, o parto foi cesárea, mas refere ter engordado muito durante a gravidez. Os pais vivem juntos atualmente com Emily, tendo uma história de separação por dois anos.

Ser filha única é descrita pelos pais como: isolada, intelectualmente desenvolvida, dependente em algumas coisas, em outras, autônoma, individualista, não sabe dividir e problemas de sociabilidade, aspectos que os pais parecem reforçar sem se dar conta conscientemente. Destaca-se ainda a preocupação e o sofrimento dos pais em relação à dificuldade de entrosamento e ao individualismo da criança, conforme situa a mãe: “Por ser filha única eu acho”. Segundo o pai: “Não tem facilidade de formar grupos não. Sozinha, solitária.”

Segundo a mãe: “com um ano Emily tinha 17 kg” (IMC= 27,39. Diagnóstico nutricional: obesidade grave). Os pais parecem sustentar o sintoma de sofreguidão da criança desde o primeiro ano de vida por intermédio do apoio da empregada, também obesa. Segundo o pai: “A dupla aí era boa de boca...” sustentando essa dinâmica em suas próprias atitudes como: adquirir alimentos calóricos para a filha, e em sua fala sobre Emily: “Quer experimentar, salgadinho, todo mundo comendo, toda criança come, ela quer também.”

No entanto, segundo o pai, ultimamente, as amizades vêm sendo boicotadas por Emily:

“... Até agora, antes, ela aceitava bem mais fácil, mas agora... num quer mais permitir... num quer que apresente outra criança não...” estabelecendo-se assim na família, cada vez menos espaço para novos vínculos.

Os pais sintonizam a obesidade de Emily como resultado da vida moderna, urbana, das outras crianças, da empregada, da violência urbana: não querem se olhar. No que se refere a eles, dizem fazer apenas o certo: comida correta, mudanças de moradia para beneficiar a filha.

A menina vive um grande isolamento, apresentando distúrbio da sociabilidade desde pequena. Parece ter duas mães, contando com a empregada. Houve uma projeção de uma “descompensação” dos pais que emerge expressa pela obesidade infantil. Esta parece ser um modo de ‘agradar’ a mãe. Alimenta uma dependência materna e uma imagem materna, ou seja: um vínculo que prende que parte da mãe. Onde o emagrecimento da filha pode não ser desejado pela mãe, o que se destaca em uma das suas falas: “... num tem outro jeito, ela vai engordar mesmo.”

O que nos chamou a atenção na família de Emily é a ambivalência nos sentimentos maternos, dos quais o pai participa, e que se manifesta por uma preocupação com a alimentação, encontrada nas palavras da mãe: “e a vida dela sempre foi essa aí, muito dentro de casa, assistindo televisão, comendo...” “Ela come muito...” Onde pode existir uma

hipótese de uma compensação da ambivalência materna na representação do alimento como afeto.

A comida é um dos principais representantes do cuidado materno, e o corpo é eleito como porta-voz do que Emily não “pode verbalizar nas suas demandas.” (BERENSTEIN, 2007). “As determinações familiares inconscientes são muito mais fortes, inesgotáveis e mais sutis, e seus atores podem não saber que estão movidos por elas.” (BERENSTEIN, 2007, p. 49).

O que caracterizou o encontro com a família foi a frieza e a rapidez na execução do *Scenotest*, pela criança. A criança interpretou a situação como um dever tipo escolar, obrigatório, com o qual nada tem a ver. Isto representa uma maneira de se ocultar, de não se revelar. Esta posição parece ter sido sugerida, e sustentada, pela mãe que a reforça pedindo que realize a tarefa “direitinho.” Fazer a tarefa direito era representar toda a casa e não as pessoas. Assim, destacam-se duas dinâmicas: desejo de agradar a mãe fazendo o mínimo, e a mãe se projetando na filha para que esta ofereça uma boa imagem.

Ao começar o *Scenotest* pela cozinha, enchendo a geladeira, enquanto deixa todo o restante da casa sem nada, vazia, pode-se aventar que a comida entra no lugar do vazio da casa. Este vazio pode ser um esvaziamento, realizado pela menina, frente ao retorno do casal parental. Segundo a leitura materna, a construção do *Scenotest* de Emily está retratando uma situação familiar pregressa, de esvaziamento presencial da figura paterna. Este esvaziamento da presença paterna lembra Berenstein em sua leitura do “fio da navalha,” em que a relação mãe/ filho está tão soldada que nem uma navalha passa por ela. A relação só poderia ser separada mediante uma interdição do pai. A navalha seria o nome de um acontecimento que corta uma continuidade, correspondendo à noção de lugar. A interdição produziria uma descontinuidade, negativizando o lugar contínuo da relação (mãe/filha, no caso). Ao produzir uma interrupção, gera um não-lugar nesta relação, que passará a se configurar como outro espaço. A interdição é um evento que dá lugar a um espaço que não havia antes e que tenderá a se fixar, até que outro evento interrompa, gerando subjetividade. (BERENSTEIN, 2007).

Embora o pai traga questões sobre os limites, da autoridade, de quem manda, de como e o que limitar, o aspecto observado é falta de limites. Essa é uma condição da criança e jovem moderno que passaram, com a individualização, a ocupar um lugar não deles. Com o filho único, esta dinâmica se intensifica porque é armada em torno de um único triângulo apenas.

“Ela é determinada quanto ao que ela que vestir ao que ela quer escolher, a alimentação dela.” (Sérgio, pai de Emily).

O pai descreve uma atitude onipotente que não foi quebrada pelo desmame psicológico, donde não ocorreu a separação filha/mãe. Há uma simbiose, não havendo um corpo como tal. No entanto, o pai vislumbra mudanças no que está vindo com a puberdade. A emergência da sexualidade, nesta menina, pode representar o início de uma ruptura simbólica com a mãe, um direcionamento ao pai e, depois, um re-direcionamento a um menino, o que re-direcionaria a energia que está centrada na comida.

6.3. SÍNTESE

Dentre as situações familiares encontradas nesse estudo, duas merecem destaque. A primeira: há várias dinâmicas familiares associadas à obesidade infantil; a segunda, uma mesma ordem de dinâmicas sociais conduz tanto ao filho único quanto à obesidade infantil exógena.

Nesse sentido, procede-se, a seguir, à síntese das principais dinâmicas familiares encontradas, não implicando em uma desconsideração da relação da pluralidade das dinâmicas familiares e dos arranjos singulares na rede complexa do trans, inter e intrasubjetiva.

A dinâmica familiar principal, observada em todos os casos, refere-se ao atravessamento do espaço transubjetivo na intersubjetividade, qual seja, nos vínculos, o que ocorre de modo singular em cada caso.

Vive-se em uma época em que a cultura situa a alimentação em um lugar central. Este “*status*” a ela atribuído tem produzido uma imposição de sua presença que influencia a dinâmica familiar dentro da lógica da hipermodernidade. A criança, por necessitar “estar” com o outro para constituir o vínculo, na ausência de outras opções, une-se ao alimento numa realidade intersubjetiva. O impacto do espaço transubjetivo pode ser notado em vários aspectos relatados pelas famílias:

a) **Trabalho**

O atravessamento da lógica da hipermodernidade se impõe aos pais, assediados por maiores conquistas no mercado de trabalho ou inertes na lógica do consumo, assim como vivenciando o desemprego.

Isso se reflete tanto na dinâmica do casal como em uma redução do convívio social. Associada à perda de vínculos de pertencimento e reconhecimento, as relações entre os

membros familiares sofrem perturbações, havendo perda da subjetividade por não estabelecimento de vínculos tanto na vida laboral quanto na social.

Como no caso de Nelson, a mãe poderia ter mais filhos, mas opta por um filho unigênito por várias questões, sendo a principal delas, a laboral. Condiciona a hiperfagia do filho à supressão de vínculos devido ao contexto do trabalho do pai e à separação do casal por este mesmo motivo.

Dessa forma, o poder do espaço público, incidindo no modo de subsistência impacta, decide e comanda o pensar, valores e crenças na intersubjetividade familiar, interferindo em todos os níveis sócio-educacionais.

b) Presença e ausência

Tanto a figura parental pode estar fisicamente ausente quanto não se “apresentar” como tal figura. Um “pai/mãe que não está” é diferente de um “pai/mãe ausente.”

Em alguns casos dessa presença/ ausência, os pais direcionam o melhor da sua energia a outros campos, como ao trabalho, por exemplo, e decrescem em disposição para o diálogo com os filhos, configurando o fenômeno do declínio do convívio nas relações contemporâneas na família.

Esse declínio aparece na dificuldade de colocar limites, incidindo no modo de alimentação. No caso de Danilo, havia falta de limites devida, em parte, à dinâmica estabelecida na concepção inesperada da criança, ocorrida na faixa etária materna após os 35 anos. Mesmo desejado, estabeleceu-se uma falta de espaço para a criança que se manifesta por uma dependência mútua mãe e filho, em que um se torna o tirano do outro. Embora a mãe tente colocar limites, mais do que o pai, é evidente que não o faz por estar ela própria desorganizada internamente. Donde certas condições que estão presentes no nascimento da criança se perpetuam pelo “desencaixe” mútuo criança/pais/mundo. O pai tenta chegar ao filho por meio da permissividade alimentar para, assim, permanecer na família, sustentando a manutenção tanto da obesidade quanto da dinâmica que a instituiu. A sua presença caracteriza uma ausência no sentido de o pai não se presentificar como “um pai”, mas como alguém que “compra” o filho como forma de compensar a sua ausência como pai.

Em três casos estudados, a mudança do posicionamento paterno reorganizou o ambiente familiar, favorecendo o manejo da obesidade infantil. A relação intersubjetiva define e impacta o outro com a sua presença, sendo este o lugar constituinte do vínculo cujos efeitos positivos da alteridade podem restaurar a qualidade vincular familiar.

c) Falta de lugar da criança na família e dessa no mundo

O “estar” é o lugar constituinte do vínculo. A família que não encontra lugar, não se vincula: falta de moradia e de recursos materiais, doença e falta acesso ao serviço público de saúde, violência urbana, podem se atrelar a uma ausência de lugar na vida da família para a criança ou para irmãos, dominados pela lógica. Na ausência do estar, não ocorre o vínculo e a criança fica resumida ao próprio corpo. Donde a obesidade aparece como sintoma da falta de lugar da família, expressa na ocupação de espaço pelo corpo da criança.

d) Instabilidade familiar

Divórcios e separações estão no horizonte dos casais que se sentem inseguros quanto ao futuro quer da relação quer de seu posicionamento no mundo. Nesta medida, o filho único aparece como uma opção que apenas retrata este sentimento de instabilidade. Os pais não se sentem encorajados a ter mais filhos por temer não dar conta dos cuidados necessários, associados, ou não, a uma separação conjugal.

Dentro do quadro de instabilidade nos vínculos familiares, o irmão pode ser muitas vezes o elemento mais estável familiar, atuando como suporte afetivo e companheiro nas atividades lúdicas. A ausência de um irmão, portanto, projeta, com maior intensidade, dificuldades na dinâmica social. Assim, a criança filha única fica isolada no mundo domiciliar e a um universo restrito ao número três. Insegurança quanto ao trabalho, à moradia, à violência urbana, dificuldades econômicas, todos estes elementos se organizam configurando o que denomina-se instabilidade familiar.

e) Os fazeres

Em meio ao “*status*” atribuído à alimentação na sociedade “obesogênica,” a dinâmica alimentar familiar adquire vida própria e identidade em cada um dos espaços psíquicos. A criança obesa é discriminada inicialmente pelo olhar da mãe, em seguida pelos parentes e sociedade, todos construtores do estigma social associado à obesidade na sociedade atual. Este estigma gera e sustenta essa discriminação na qual a própria criança constrói a sua auto-imagem negativa.

Associada às situações referentes à discriminação social da obesidade por meio da censura do olhar do outro e em meio a estruturas de lazer, acessíveis ou não, a maioria das crianças não aderiu à atividade física de forma regular, impedindo-a não apenas de obter os benefícios da atividade física, mas principalmente, da oportunidade de proporcionar situações vinculares outras. Assim, elementos da transubjetividade levam à perda da subjetividade por destruições – ou não estabelecimento – de vínculos, refletidos tanto na dinâmica alimentar como na atividade física.

f) **Sociabilidade**

Desde o início da vida, a criança, por meio da sua tripla inscrição simultânea, necessita do intercâmbio com o outro como realidade externa a fim de se constituir como sujeito e instituir-se no processo identificatório.

A “hiperindividualização” familiar engessa os fazeres entre as pessoas e o mundo, fazeres esses que são o nascedouro de presenças de vínculos e da subjetividade. O vínculo demanda uma relação de pertença e, portanto estabelece-se na presença do outro.

No que se refere à sociabilidade do filho único, foram identificados os seguintes aspectos: auto-imagem negativa da criança, refletida pelos apelidos, dificultando à criança se relacionar com o outro; a dinâmica instituída na família de restringir-se à vida privada. Esses são elementos que constituem e apontam para uma deficiente sociabilidade infantil decorrente do modo de vida dos pais.

g) **Relação mãe/criança; fusão e intrusão**

Destacam-se duas dinâmicas em nível intersubjetivo, envolvendo especialmente a relação mãe/criança: fusão e intrusão.

Associada à fragilidade paterna, emergiu a dinâmica da fusão mãe/criança, onde não havia diferenciação entre a mãe e a criança.

No caso de Emily estabeleceu-se uma relação materna tão soldada, que gera e alimenta uma dependência que prende a filha, numa situação familiar na qual, a eutrofia da filha não pode ser desejada pela mãe. Essa dinâmica só poderia ser separada mediante uma interdição do pai, gerando subjetividade.

Há casos em que a mãe atua de modo intrusivo, e com excesso de poder, desvirtuando a relação a ponto de a criança vir a se tornar um objeto a seu serviço. A mãe a mantém como um bebê, não permitindo a sua separação e crescimento.

No caso de Flávia, observa-se o instituir do poder e da intrusão como substantivo imperativo na dinâmica mãe e filha. O que Flávia não pode dizer ou simbolizar comunica nessa dinâmica o seu excesso corporal.

h) Diferenças associadas ao nível sócio-educacional e gênero

Embora as crianças tenham sido selecionadas por gênero e grupo sócio-educacional, houve algumas diferenças quanto à obesidade associadas ao grupo sócio-educacional, mas não a gênero.

Os motivos da escolha do filho único estiveram associados ao grupo sócio-educacional: motivos de saúde no grupo alto e condições sócio-econômicas no grupo de baixo nível.

Do ponto de vista da intervenção, evidentes diferenças se configuram na possibilidade de acesso e uso de possíveis recursos terapêuticos, quer em nível individual quer em nível grupal.

7 CONCLUSÃO

As dinâmicas familiares indicaram contextos abrangentes de natureza social, cultural e histórica da sociedade, que parecem favorecer ambas as condições, a da obesidade infantil e a condição de filho único. A situação familiar contemporânea, com ênfase no individualismo, favorece que elementos trans subjetivos – o modo de pensar hipermoderno, dificuldades econômicas e insegurança quanto ao futuro - tornem-se prevalentes em nível intersubjetivo, gerando uma motivação para o filho único que propicia um estreitamento das possibilidades intrasubjetivas, ou seja, vinculares. Por isso, o filho único pode vir a encontrar, logo ao nascer, condições propiciadoras a que a sua vinculação básica, com a figura materna, não se processe de modo pleno, ocasionando que parte do que não recebe seja derivada para uma satisfação no alimento. Se nem todo filho único é obeso e se nem todo obeso é filho único, essa condição pode ser facilitadora da outra, na medida em que a situação sócio-cultural-histórica da sociedade hipermoderna parece direcionar ambas condições. A cultura do consumo interfere no tipo de alimentação oferecida, no modo de alimentação, de ludicidade e de sociabilidade infantil assim como o estreitamento das possibilidades vinculares, intra-pessoais, inter-pessoais, trans-pessoais, acresce-se ao fato de não ter irmãos.

Tendo em vista a obesidade exógena da criança unigênita contemporânea na família, cabe à equipe multiprofissional de saúde esquecer o seu “discurso” e assumir a atitude de escuta da família, recebendo deles os seus modos de construir a situação familiar na sua dimensão sócio-cultural e histórica. A equipe aprende com os pais, respondendo às perguntas à medida que vão surgindo e recebendo deles o melhor modo de fazer. Isto traz a possibilidade de humanizar e compreender a família nos parâmetros da educação em saúde, enfatizando a importância da presença dos pais, do contato físico e diálogo com a criança, em escuta amorosa no seu contexto de vida, enfatizando ser a faixa etária da infância, a de melhor prognóstico na obesidade.

No estudo, constatam-se dois pedidos dos pais da classe sócio-educacional baixa e alta, conscientes do problema da obesidade infantil, de suas implicações, e de suas consequências, mas sem dispositivos para modificar a situação da criança. Cabe à família aumentar a rede de vínculos da criança pelos fazeres – por intermédio do encontro interpessoal entre famílias, vizinhos, amigos e na dimensão do compartilhar em grupo uns com os outros.

8 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP, 2008. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 8 abr. 2009.

AULAGNIER, Piera. Nacimiento de un cuerpo, inicio de una historia. En: HORSTEIN, L., Aulagnier, P. et al, *Cuerpo, historia, interpretación: de lo originario al proyecto indentificatorio*. Buenos Aires: Paidós. 1994.

ÁVILA, Lazslo Antonio. A trofolaxes grupal: transtornos narcísicos e reconstruções vinculares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 523-529, set./dez.. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n3/v12n3a09.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2008.

BALABAN, Geni; SILVA, Gisélia Alves Pontes. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil, **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v., 80, n. 1, p.7-16, jan/fev. 2004.

BARROS, Denise Cavalcanti de, et al. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan antropometria: como pesar e medir. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/album_seriado_de_antropometria.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2009

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl., p. 181-191, jan. 2003.

BAUMANN, Zygmunt. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Tradução de: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

_____. **Modernidade líquida**. Tradução de: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BERENSTEIN, Isidoro. **Del ser al hacer**: Curso sobre vincularidad. Buenos Aires: Paidós, 2007.

_____. **Devenir outro com outro(s)**: ajenidad, presencia, interferência. Buenos Aires: Paidós, 2008.

_____. El sujeto y el otro. De la ausencia a la presencia. Buenos Aires: Paidós, 2001.

_____. Familia y enfermedad mental biblioteca de psicologia profunda Buenos Aires: Paidós, 1998.

_____. Problemas Familiares Contemporâneos o Situaciones Familiares Actuales: Invariancia y Novedad. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 2, abril, 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200003&lng=en&nrm=iso>. access em: 21 Set. 2009.

_____. Reflexões sobre uma psicanálise do vínculo. In: GREEN, André (Org.). Psicanálise Contemporânea. **Revista Francesa de Psicanálise**, Rio de Janeiro, Imago, n. especial, p.183-198, 2007.

_____. BIANCHI, G., GASPARINI, R. et al. **Familia e inconsciente**. Buenos Aires: Paidós, 1996.

BERENSTEIN, Isidoro; PUGET, Janine. **Lo vincular**. Clínica y técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós, 1997.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil), Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Relatório Preliminar. Rio de Janeiro: 1996.

BERNARDI, Fabiana; CICHELERO, Cristiane; VITOLLO, Márcia Regina. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, jan./fev., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000100008&nrm=iso&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 30 mar. 2005. p. 85-93.

BERQUÓ, Elza; GARCIA, Sandra.; LAGO, Tania. (Coord.). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006**. São Paulo: CEBRAP, 2008. (Relatório final). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf> Acesso em: 8 Jan. 2009

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

BOUCHARD, Claude. Atividade física e obesidade. São Paulo: Manole, 2003.

CAMPOS, Alba Lúcia Reyes. **Atualização em obesidade na infância e adolescência: aspectos psicológicos da obesidade**. São Paulo: Ateneu, 2005.

CAMPOS, Alba Lúcia Reyes; SIGULEM, Dirce M.; MORAES, Denise E. B. et al. Quociente de inteligência de crianças e adolescentes obesas através da escala Wechsler. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, fev, 1996, p. 85-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101996000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 9 ago. 2009.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. **O Scenotest como instrumento de investigação das relações familiares, no processo do diagnóstico psicológico com crianças e adolescentes.** 1982, 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC, São Paulo. 1982. Orientadora Profa. Dra. Maria Leonor Gaiotto.

CHARLES, S. O individualismo paradoxal: introdução ao pensamento de Gilles Lipovetsky. In: LIPOVETSKY, G. **Os tempos hipermodernos**, São Paulo: Barcarolla, 2004.

CHEVALIER, Jean; GHEERBRANT, Alain. **Dicionário de Símbolos - Mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números.** 5. ed. Rio de Janeiro: José Olympio. 1991.

CIAMPA, A. C. **A estória do Severino e a história da Severina:** um ensaio de Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 2001.

COMTE-SPONVILLE, André, **Pequeno tratado das grandes virtudes.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

CORREA, Olga B. R. Ecloração dos vínculos genealógicos e transmissão psíquica. **Revista de Psicanálise**, São Paulo, n. 114, out. 1998.

COSTA, Jurandir Freire. **O vestígio e a aura:** corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

DAVIS, K; CHRISTOFFEL K. Obesity in preschool and school age children: treatment early and often is best. **Arch Pediatr Adolesc Med.** Chicago USA. n. 148, p. 1257-61, Dec.1994.

DÍAZ, M. P. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos. **Revista Chilena de Pediatría.** Santiago, v. 71, n. 4, p.1-7, jul., 2000.

DIETZ, W.H. Critical periods in childhood for the development of obesity. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 59, p. 955-959, 1994.

EPSTEIN, L. Family-based behavioural intervention for obese children. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, v, 29, sup. 1, p. 14-21, 1996.

ESCRIVÃO, Maria Arlete M. S; OLIVEIRA, Fernanda Luisa C; TADDER, José Augusto de A. C; et al Obesidade exógena na infância e na adolescência / J. pediatr. Rio de Janeiro ;v. 76 (supl.3): p. 305-310, dez. 2000.

ETELSON, Debra; BRAND, Donald; PATRICK, Patricia et al. Childhood Obesity: Do Parents Recognize This Health Risk? **Obesity Research** v.11, n.11, Nov p. 1362–1368, 2003.

FAGUNDES, Ulysses; FAGUNDES-NETO, Ulysses; OLIVA, Carlos Alberto Garcia. Avaliação do estado nutricional das crianças índias do Alto Xingu. **Jornal de Pediatría**, Rio de Janeiro. v. 78, n. 5, 2002. p. 383-388. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805383.pdf>>. Acesso em: 2 Jul. 2009.

FISBERG, Mauro. (Org.) **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2005.

FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**, v. 7. Imago, 1972

GARN, Stanley M et al. Trends in fatness and the origins of obesity. **American Academy Of Pediatrics**, Chicago, USA v. 57, n. 4, p. 443-456, abr. 1976.

GORTMAKER, Steven L.; MUST, Aviva; SOBOL, Arthur M., et al. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 4, n. 150, p. 356-62, 1996.

GRANJON, Evelyn. A elaboração do tempo genealógico no espaço do tratamento da terapia familiar psicanalítica. **Revista de Psicoterapia Psicanalítica de grupo**, Porto Alegre, n. 22, Set.1990.

GREENBERG, Robert, E. MD, FAAP, Community Pediatrics. Research, **Pediatrics**, Illinois USA .n. 3, v. 112, p. 766-769, set. 2003.

GRUNSPUN, H. **Distúrbios Neuróticos da Criança**. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

GUIMARAES, Lenir Vaz et al. Fatores associados ao sobrepeso em escolares. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.19, n. 1, p. 5-17, jan/fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000100001>. Acesso em 6 maio 2009.

HENRIQUES, Renata. A Dona da História. **Revista Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n.1, jan/mar 2007, Disponível em: <<http://www.contemporaneo.org.br/artigos/artigo38.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2009.

HERSCOVICI, Cecile Rausch. **A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HERTWIG R; DAVIS, JN; SULLOWAY F. J. Parental investment: how an equity motive can produce inequality. **Psychological Bulletin**, California USA. V. 128, n 5, p. 728-745, 2002.

IBGE. **Censo demográfico 2002**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2002/primeiros_resultados_amostra>. Acesso em: 6 jul. 2008.

IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2001**: síntese dos Indicadores Sociais. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 8 abr. 2009.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 2007**: síntese dos indicadores sociais. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&id_pagina=1>. Acesso em: 10 set. 2009.

INTERNATIONAL Obesity Task Force data, based population- weighted estimates from published and unpublished surveys, 1990-2002. Disponível em: <<http://www.iotf.org/childhoodobesity.asp>>. Acesso em: 5 Jul. 2009.

JACOBY, Ann; ALTMAN, D. G.; COOK, Judith; et al. Influence of some social and environmental factors on the nutrient intake and nutritional status of schoolchildren. **British Journal of Preventive & Social Medicine**. London. v. 29, p.116-120, 1975.

KATHALIAN, Alexandre. Obesidade: um Desafio. In: MELLO FILHO, Júlio (org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KEHL, Maria Rita. Em defesa da família tentacular. In: GROENINGA, Giselle Câmara; PEREIRA, Rodrigo da Cunha (Coord.). **Direito de Família e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2003

KAES, R. I' **Idéologie. Études Psychanalytiques**. Paris: Dunod, 1980.

KERNBERG, Otto F. **Desordenes fronterizos y narcisismo patológico**. México: Paidós, 1979.

KOPELMAN, Peter G. Obesity as a medical problem. **Nature**, England. n. 404, p. 635-43, abr. 2000.

KUH Diana, BEN-SHLOMO, Yoav. **A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology**. 2 ed. Oxford United Kingdom: Oxford University Press, 2004.

LACAN, J. **O Seminário**: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar. 1999.

LAMOUNIER, Joel Alves; PARIZZI, Márcia Rocha. Obesidade e saúde pública. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jan./jun. 2007.

LASCH, C. **A cultura do narcisismo**: a cultura americana numa era de esperança em declínio. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LEÃO, Leila S.C. de Souza et al. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 2, p.151-157, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n2/a07v47n2.pdf>>. Acesso em: 23 Maio 2009

LEMES, Sandra Ozeloto. Acompanhamento emocional da obesidade na infância e adolescência. In: FISBERG M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 95-106.

LINCOLN, Yvonna; GUBA, Egon. Paradigmatic: controversies, contradictions and emerging confluences. In: DENZIN, Normank; LINCOLN, Yvonna. **Handbook of qualitative research**. 3. ed. London: Sage. Publications, 2005

LIPOVETSKI, Gilles; CHARLES, Sébastien. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Barcarolla, 2004. Tradução Mário Vilela.

LOLI, Maria Salete Arenales. **Obesidade como sintoma**: uma leitura psicanalítica. São Paulo: Vetor, 2000.

LÜDKE, Menga. O professor da escola básica e a pesquisa. In: CANDAU, V. (Org.). **Reinventar a escola**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MAGALHÃES, Andrea Seixas; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Transmissão psíquico-geracional na contemporaneidade **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 243-255, dez. 2004.

MELLO, Elza Daniel. O que significa a avaliação do estado nutricional. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, Maio, 2002. p. 357-358. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805357.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2009.

MELLO, Elza Daniel; LUFT, Vivian C; MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p.173-182, Janeiro, 2004.

MELLO FILHO, Julio; BURD, Miriam. **et al Doença e família**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MENDES, Elzilaine Domingues; PARAVIDINI, João Luiz Leitão. Os significantes da escuta psicanalítica na clínica contemporânea. **Psyche**, São Paulo, v.11, n. 20. p. 99-116. jun., 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MISHIMA, Fernanda Kimie Tavares. **Investigação das Características Psicodinâmicas de crianças obesas e de seus pais**. 2007. 254 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP, São Paulo. Orientadora: Valéria Barbieri. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-29082008-152343/>>. Acesso em 8 ago. 2008.

MORICI, A C. **Os sentidos construídos para o filho único na narrativa das famílias contemporâneas de classe média e média-alta em Belo Horizonte**, 2007. 134f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Minas Gerais, 2007. Orientadora: Profa. Dra. Maria Ignez Costa Moreira.

MULLER, R.C. L. **A história familiar e a obesidade na adolescência**: um estudo clínico-qualitativo com adolescentes obesos. 1999. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Orientadora: Profa. Dra. Maria Ignês Saito.

- NÓBREGA, Fernando José de. **Nutrição e Vínculo Mãe/Filho**. 2004. Disponível em: <http://www.manole.com.br/livros_ler.php?destino=arquivo_ler&detalhe=introdu&id=1806>. Acesso em: 12 ago. 2008.
- NÓBREGA, Fernando J, CAMPOS, Alba Lúcia R. Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
- OGDEN, Jane. (1999). **Psicologia da saúde**. Lisboa, Portugal: Climepsi. 1999. Tradução de C. Patrocínio e F. Andersen.
- OLIVEIRA, Ana Mayara A de; et al. Sobrepeso e obesidade infantil: influências de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 2, 144-150 p. abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n2/a06v47n2.pdf>>. Acesso em: fev. 2009.
- OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. 6. ed. São Paulo: EDUSP, 1998. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.
- OMS/WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Growth reference**, 2007, p. 5-19. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>>. Acesso em: 4 jul, 2008.
- OMS/WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/childgrowth/standards>>. Acesso em: 27 maio 2008.
- PACHUK, C.; FRIEDLER, R. (coords.). Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Buenos Aires, Ed: Del Candil. 1998.
- PETRINI, G. Políticas sociais dirigidas à família. In: BORGES, A; CASTRO, M. (Orgs). **Família, gênero e gerações: desafios para as políticas sociais**. São Paulo: Paulinas, 2007.
- PETRINI, G. Mudanças sociais e mudanças familiares. In: PETRINI, G. C; CAVALCANTI V. R. S. (Orgs.). **Família, sociedade e subjetividades: uma perspectiva interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 2005.
- PLOURDE, Gilles. Preventing and managing pediatric obesity. Recommendations for family physicians. **Canada Family Physician**, v. 52, n. 3, p. 322-328, mar. 2006.
- PUGET, Janine. Intersubjetividade. Crisis de la representación, **Psicoanálisis APdeBA**, Buenos Aires, v.1, n. 25, p.1-17, Mayo, 2003
- _____. Qué difícil es pensar. Incertidumbre y perplejidad?. Revista Psicoanálisis APdeBA, Dolor Social, Buenos Aires, P.129-146, Mayo, 2002. Disponível em: <<http://www.apdeba.org/publicaciones/2002/01-02/pdf/puget.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2009.
- _____. **Politics, Culture and Psychoanalysis: social reality and private reality** In: CONFERENCE IN CRITICAL PSYCHOLOGY. Sydney, Australia: Millenium World, Mayo 1999.

_____. **Produções sociais solidárias e produções por obrigação.** *Vínculo*. vol.4, p.79-93. Dez. 2007. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1806-2490. Acesso em 27 mar 2009.

PUGET, Janine; BERENSTEIN. Isidoro. **Psicanálise do casal.** Porto Alegre: Artmed, 1994.

PUHL Rebecca M.; LATNER Janet D. Stigma, Obesity, and the Health of the Nation's Children. **Psychological Bulletin**, v.133, n. 4, p. 557-580, jul. 2007. Disponível em: <<http://www2.hawaii.edu/~jlatner/downloads/pubs/MS2006-0789-Revisions11.06.pdf>>. Acesso em: mar. 2009.

QUEIROZ, R. S. **O corpo do Brasileiro:** estudos de estética e beleza. São Paulo: Senac, 2000.

RABINOVICH, Elaine Pedreira, CARVALHO, Ana Maria Almeida. Modo de morar e modo de cuidar: uma proposta de tipologia. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 74-85, Jul. 2001.

RABINOVICH, Elaine Pedreira; MOREIRA, L. V. C. Significados de família para crianças paulistas. **Psicologia em Estudo**, v. 13, p. 447-455, Jul/Set 2008.

RIPPE, James M.; HESS, Stacey. The Role of Physical Activity in the Prevention and Management of Obesity. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 98, n.10, Supplement 1, Out, p. S31-S38. 1998,

RODRIGUES, Érika Marafon; BOOG, Maria Cristina Faber. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad. Saúde Pública* vol.22, n.5, Rio de Janeiro, Mai, 2006.

RODRIGUES, Lúcia Gomes. **Obesidade Infantil:** associação do grau de adiposidade com fatores de risco para doenças cardiovasculares. 1998. 193 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Instituto Fernandes Figueira, Fio Cruz, Rio de Janeiro. 1998.

ROUDINESCO, Elisabeth. *A Família em desordem.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SALOMONI, S. **Do singular ao plural e do plural ao singular a rede de relacionamentos do filho único adulto jovem,** (Doutorado em Psicologia) 2005, Psicologia, Clínica da Univ. Católica de São Paulo. 2006.

SANTOS, Andréia Mendes. O excesso de peso da família com obesidade infantil. **Revista virtual textos e contextos**, Porto Alegre. n 2, ano 2, dez, 2003.

SARTI, Cynthia Andersen. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, v. 15, n. 3, p. 11-28, São Paulo. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n3/24603.pdf>>. Acesso em: 13 Jul 2009

SCALOZUB, Lidia. Duelo y Niñez Psicoanálisis **Revista De la AP de Ba**, Buenos Aires - Vol. XX - Nº 2 – Mayo,1998

SERRA, Giane. M.; SANTOS, Elisabeth M. dos. Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 691-701, Jan. 2003.

SEVERIANO, Maria de Fátima Vieira. **Narcisismo e publicidade**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2007.

SINGLY, François de. **Família e individuação**. Trad.: Ângela Xavier de Brito. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

SOARES, Ludmila Dalben; PETROSKI, Edio Luiz. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis. v. 5, n. 1, p. 63-74, dez 2003.

SOCIEDADE Brasileira de Pediatria. **Obesidade na infância e adolescência**: manual de orientação. São Paulo: SBP, 2008. 116 p.

SPADA, Patricia Vieira. **Obesidade infantil**: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

STALLMANN-JORGENSEN, I. S.; GUTIN. B.; Hatfield-Laube J. L. et. al . General and visceral adiposity in black and white adolescents and their relation with reported physical activity and diet. **Int J Obes**, Lond, v. 31, n. 4, p. 622-629, May.2007.

SUPLICY, Henrique Lacerda. A obesidade no Brasil. In: CONGRESSO SOBRE PREVENÇÃO DA OBESIDADE, 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UNIFESP, 2002. Palestra.

STRAUSS, Richard; KNIGHT, Judith. Influence of the home environment on the development of obesity in children. **Pediatrics**; v.103: 85-9. Jul.1999.

SUDBRACK, Maria Fátima Olivier. Terapia familiar e dependência de drogas: construções teórico-metodológicas no paradigma da complexidade. In: COSTA, I.; HOLANDA, A. F.; MARTINS, F. C.; TAFURI, M. I. (Org.). Ética, linguagem e sofrimento. Anais/trabalhos completos da VI Conferência Internacional sobre Filosofia, Psiquiatria e Psicologia. Brasília: Positiva, p. 273-293. 2003.

TASSARA, Valéria. **Obesidade na infância no contexto sociofamiliar: possibilidades de (des) construção e (res) significação de identidades (pré) escritas**, 2006. 138f. Dissertação Mestrado em Psicologia (Ciências da Saúde). UFMG, Minas Gerais, 2006.

TREMBLAY, Mark S.; WILLMS, J. Douglas. Is the Canadian childhood obesity epidemic related to physical inactivity? Nature Publishing, **Journal of Obesity**, Canada, v. 27, n. 9, cad. 2., p. 1100-1105, May. 2003.

TROIANO, R. P; FLEGAL K. M. Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics. **Pediatrics**. Illinois, n. 101, p. 497-504, June1998.

VALVERDE, M. **A transformação mediática dos modos de significação**. 2003. Disponível em: <<http://www.facom.ufba.br/Pos/monclar>>. Acesso em: mar. 2004.

VASCONCELLOS, Sheyna Cruz. **Relação mãe-filha e sua influência na gênese da obesidade mórbida**: um estudo de caso. Salvador 2005, 133f.. Dissertação (Mestrado em família na sociedade contemporânea) UCSAL, Salvador, 2005.

VASEN, Juan. **Elsigma Seminario Virtuales**, 2007. Entrevista concedida a Emilia Cueto. Disponível em: <<http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11412>>. Acesso em: 19 jun. 2009.

VEIGA, G. V. É possível mudar hábitos alimentares na infância e na adolescência? In: CONGRESSO SOBRE PREVENÇÃO DA OBESIDADE, 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UNIFESP, UNIMARCO, ILSI, 2002. Palestra.

ZONTA SGARAMELLA, L; GALANTE, A; JAYAKAR S. D. et al. Obesity in a group of Italian elementary school children: family structure. **Journal of Biosocial Science**, Cambridge. v. 12, n. 4, p. 487-493. out., 1980. Disponível em: <<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=1385840>>. Acesso em: 8 ago. 2009.

YANNAKOULIA, Mary; PAPANIKOLAOU, Katerina, HATZOPOULOU, Ioanna et al Association Between Family Divorce and Children's BMI and Meal Patterns: The GENDAI Study. **Journal of Obesity**, Canada, v. 16, n. 6, p. 1382–1387, 2008. Disponível em: <<http://www.nature.com/oby/journal/v16/n6/full/oby200870a.html>>. Acesso em: 19 jun. 2009

WANG H, SEKINE M, CHEN X et al. Sib-size, birth order and risk of overweight in junior high school students in Japan: results of the Toyama Birth Cohort Study. **Preventive Medicine**, 45-51. 2007.

9 APÊNDICES

9.1. Apêndice A

SITUAÇÕES FAMILIARES NA OBESIDADE INFANTIL DO FILHO ÚNICO

Termos de Consentimento Livre e Pré-esclarecido

Senhores Pais:

A obesidade infantil é um importante fator de risco para a ocorrência de diversas doenças a curto e em longo prazo, possibilitando espaço para doenças crônicas. As questões emocionais e psicossociais têm sido abordadas com grande relevância, sendo fundamental a investigação delas.

Os programas educacionais, preventivos e terapêuticos desenvolvidos na obesidade com adultos, teriam muito maior impacto se direcionados à população infantil. Portanto, o crescimento mundial da obesidade nas crianças e suas conseqüências na vida adulta, reforçam a necessidade de pesquisas e intervenções nessa área.

Apresento-me como psicóloga e nutricionista, mestranda do curso de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, sob orientação da Profa. Dra. Elaine Pedreira Rabinovich. Atualmente desenvolvo um projeto de pesquisa com famílias de crianças obesas, que tem como objetivo aprofundar a compreensão da dinâmica familiar de filhos únicos portadores de obesidade na infância. Para tanto venho por meio desta, solicitar a sua autorização e participação nesta pesquisa.

Como o estudo envolve a dinâmica familiar da obesidade infantil e aspectos referentes à personalidade dos pais e da criança, detalharemos em termos mais específicos os procedimentos aplicados nos dois encontros domiciliares previstos com a família:

1. O primeiro encontro constará preferencialmente com a participação de ambos os pais e da criança, cujo agendamento privilegiará a disponibilidade da família. O primeiro momento constará de uma entrevista gravada, onde será abordada a história de vida do filho (a) dentre outros assuntos familiares. Sucedendo-se a aplicação de uma técnica de psicodiagnóstico familiar.

2. O segundo encontro terá o caráter devolutivo dos resultados obtidos.

Acreditamos que este estudo poderá beneficiar os pacientes, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Se no final do estudo for constatada necessidade de atendimento psicológico, seu filho (a) poderá ser encaminhado para instituições que ofereçam este serviço.

Todas as informações obtidas durante o trabalho são de caráter confidencial, e embora os dados possam ser divulgados em congressos e artigos científicos de circulação restrita entre profissionais da área, haverá alteração da identificação dos participantes, de modo a preservar o sigilo ético.

Gostaria de salientar que a sua colaboração é voluntária, sendo que a recusa a participar ou a desistência ao longo do processo não implicam em qualquer tipo de penalidade ou ônus. Além disso, o seu filho (a) também será consultado quanto ao desejo de participar do trabalho, e a sua opinião será respeitada. Se vocês necessitarem de qualquer informação adicional anterior ao início da pesquisa ou no decorrer dela, poderão requerê-la diretamente comigo. Caso decidam ou não colaborar, solicito que assinem o termo de autorização em anexo. Sem mais para o momento, agradeço e aloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Salvador, 18 de janeiro de 2009.

Letícia Ribeiro da Cruz Santos

lepribeiro@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5136252839051299>

9.2. Apêndice B**SITUAÇÕES FAMILIARES NA OBESIDADE INFANTIL DO FILHO ÚNICO****AUTORIZAÇÃO**

Salvador, ____/____/2009

Declaro estar ciente das informações contidas no Termo de Consentimento Esclarecido, do qual guardo uma cópia. Concordo em participar da pesquisa desenvolvida pela aluna da Pós- graduação Letícia Ribeiro da Cruz Santos. Autorizo o uso de imagens produzidas por fotos, assim como a participação de meu (minha) filho (a) _____ nela.

Pai

Mãe

Em caso de recusa:

() Não concordo em participar da pesquisa.

9.3. Apêndice C

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**1 CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA:**

- 1.1. Nome: _____
- 1.2. Data ____/____/____
- 1.3. Peso do Nascimento: ____ Kg
- 1.4. Criança: Peso atual: ____ Kg Estatura atual: ____ cm
- 1.5. Pai: Peso atual: ____ Kg Estatura atual: ____ cm
- 1.6. Mãe: Peso atual: ____ Kg Estatura atual: ____ cm

2 CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS:

- 2.1. Nome (Pai): _____
(Mãe): _____
- 2.2. Data de nascimento
(Pai): _____ (Mãe): _____
- 2.3. Estado civil:
(Pai): _____ (Mãe): _____
- 2.4. Naturalidade e nacionalidade:
(Pai): _____ (Mãe): _____
- 2.5. Religião:
(Pai): _____ (Mãe): _____
- 2.6. Escolaridade:
(Pai): _____ (Mãe): _____
- 2.7. Profissão:
(Pai): _____ (Mãe): _____
- 2.8. Atuação profissional:
(Pai): _____ (Mãe): _____

3 BREVE HISTÓRIA DA FAMÍLIA:

- 3.1. O casamento e a gravidez foram planejados?
- 3.2. Tem planos de ter outro filho (a) algum dia? Se não, porque ter um filho (a) único?
- 3.3. Como foi o nascimento do seu filho (a)?
- 3.4. Atualmente a criança encontra-se em tratamento de alguma doença? Se sim, especifique.
- 3.5. Já foi internado alguma vez?
- 3.6. Hereditariedade familiar ou alguma doença atual na criança (Hipertensão arterial, as Diabetes, as doenças cardiovasculares, problemas ortopédicos, obesidade, em relação ao sono ou doenças mentais)?

4 PERSONALIDADE DA CRIANÇA:

- 4.1. O que vocês pensam sobre seu filho (a)?
- 4.2. A criança apresenta medo de alguma coisa?
- 4.3. O seu filho (a) já apresentou comportamentos como roer unhas, bater a cabeça ou balançar-se continuamente?
- 4.4. Já observaram se seu filho (a) algumas vezes se sente inseguro (a) ou retraído (a)?

5 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL:

- 5.1. Com que idade a criança ingressou na escola?
- 5.2. Como a criança se adaptou e interagiu com a escola?
- 5.3. Como é o relacionamento da criança com colegas e professores e familiares?
- 5.4. De uma forma geral, como é o relacionamento da criança com as pessoas?
- 5.5. Como os pais acreditam que ela vê nos seus relacionamentos?
- 5.6. A criança faz amizades com facilidade ou não?
- 5.7. A criança já fez algum comentário em relação ao seu peso?
- 5.8. A criança acha que o seu peso interfere de alguma forma no relacionamento com as pessoas? Se sim, de que forma?

6 DINÂMICA FAMILIAR:

- 6.1. A mãe trabalha fora? Por quanto tempo? E o pai?
- 6.2. Quem cuida da criança quando os pais estão ausentes?
- 6.3. Há outras pessoas que compõem a família?
- 6.4. A família já morou em outros lugares ou não?
- 6.5. Como cada um dos pais se relaciona com o filho (a)?
- 6.6. O que a família gosta de fazer junto?
- 6.7. Qual o lazer da família?
- 6.8. A família sai junto? Para onde?
- 6.9. Qual é, para você, o sentido da presença de seu (sua) filho (a) na sua vida?

7 DINÂMICA ALIMENTAR FAMILIAR:

- 7.1. A criança recebeu leite materno? Por quanto tempo?
- 7.2. Como ocorreu o desmame?
- 7.3. Você acha o seu filho (a) obeso, gordo, normal ou magro?
- 7.4. Como você vê a obesidade de seu (sua) filho (a)? Isso preocupa você?
- 7.5. Você exerce esse cuidado da alimentação na relação com seu (sua) filho (a)? Como é para você?
- 7.6. Ele pede para repetir? Quem dá mais?
- 7.7. Vocês comem assistindo TV?
- 7.8. Aos finais de semana vocês comem fora de casa?
- 7.9. Associam lazer com alimentação?
- 7.10. O que você acha quando a família almoçar juntos?
- 7.11. A criança pede comida? Que tipo de comida?
- 7.12. Trocaram um bom comportamento por algum alimento? Chantageia?
- 7.13. A criança fica sozinha, mesmo com alguém em casa?
- 7.14. Você cede às vontades da criança? Ou diz não logo de cara? (Paterno x Materno)
- 7.15. Que tipo de alimentação você compra para a família?
- 7.16. E para a criança o que você gosta de comprar? Ele pede o que comprar?
- 7.17. Você leva compras para ele? O que ele pede?
- 7.18. Você percebe que a TV influencia no comportamento ou a alimentação do seu filho? Como?

8 LAZER FAMILIAR

- 8.1. O que a família faz para se divertir? Em casa? E fora de casa?
- 8.2. Pra onde costumam sair?
- 8.3. Praticam atividade física regular?
- 8.4. Onde a criança brinca? Quanto tempo? Casa ou Playground?
- 8.5. Ele (a) brinca sozinho? Ou pede para brincar com outras crianças?
- 8.6. Qual brincadeira/atividade você prefere?
- 8.7. Ele (a) gosta de caminhar?
- 8.8. Como brinca? Eletrônicos?

9 OBESIDADE

- 9.1. Historia.
- 9.2. Ele (a) tem algum apelido?
- 9.3. A criança já recebeu algum apelido por ser gordinho (a)?
- 9.4. Como ela reagiu aos apelidos?
- 9.5. Gostaria de comentar algo que eu não lhe tenha perguntado e que julgue importante dizer?

10 ANEXO

10.1. Anexo A

OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UCSAL



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR

Salvador, 15 de outubro de 2009.

Ofício nº 0031/09 – CEP/UCSal

Ilma. Professora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, vem pela presente informar a Vossa Senhoria que o projeto intitulado *Situações familiares na obesidade infantil exógena do filho único*, de autoria da pós-graduanda do Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea, LETÍCIA RIBEIRO DA CRUZ SANTOS, foi aprovado, como explicitado no parecer abaixo.

Parecer final do Projeto:

O projeto apresenta tema relevante, pois, como bem justificado, a obesidade vem crescendo em todo o mundo, inclusive a infantil, merecendo estudos que aprofundem tal temática. A metodologia é pertinente ao estudo. O projeto inclui Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adequado, apresentando os objetivos do estudo, dados de acesso ao pesquisador, sigilo, liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, etc. O roteiro de entrevista está anexado e é adequado. O estudo demonstra respeitar a dignidade humana.
Situação do Projeto: APROVADO

Atenciosamente,


Prof.ª Telma Dantas Teixeira de Oliveira
Coordenadora

Ilma. Sr^ª
Prof^ª Dr^ª ELAINE PEDREIRA RABINOVICH
Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea
Salvador - Bahia