

# PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL: PERSPECTIVA SISTÊMICA NOVO-PARADIGMÁTICA

## PREVENTION OF THE CHILDHOOD OBESITY: NEW PARADIGMATIC SYSTEMIC PERSPECTIVE

**RESUMO:** Este estudo apresenta revisão de literatura sobre a perspectiva sistêmica novo-paradigmática da prevenção da obesidade infantil. Pesquisas realizadas sobre a obesidade infantil mostram a importância de se construir com as famílias padrões saudáveis de alimentação, considerando seus hábitos, valores, história, relação e sua forma de ser. Este trabalho pode contribuir para o estabelecimento de uma nova postura por parte dos profissionais da saúde e de áreas afins diante do fenômeno da obesidade infantil, com o propósito de tecer redes afetivas e solidárias entre esses profissionais e as famílias, ampliando desse modo a visão do contexto da prevenção da obesidade infantil.

**PALAVRAS-CHAVE:** obesidade, prevenção, teoria dos sistemas

**ABSTRACT:** This article presents a literature review about the new paradigmatic systemic perspective of the prevention of childhood obesity. Studies on childhood obesity show the importance of building with the families of healthy eating patterns, considering their habits, values, history, relation and way of being. This study can contribute to the establishment of a new posture of the health professionals and correlating areas facing the obesity, with the purpose to weave emotional and solidary networks among these professionals and the families as well as *expand the view* of the context of childhood obesity prevention.

**KEYWORDS:** childhood obesity, prevention, theory of systems

### LILIA SESTINI DOS SANTOS GUSSON

*Especialista, Intervenção Familiar: Psicoterapia e Orientação Sistêmica - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto-SP, Brasil*

### MARIANNE RAMOS FEIJÓ

*Doutora em Psicologia - PUC-SP, Faculdade de Ciências da UNESP, Bauru-SP, Brasil*

### ULISSES HERRERA CHAVES

*Doutor em Psicologia - USP (Bauru - SP), Universidade Paulista, São José do Rio Preto-SP, Brasil*

### NELSON IGUIMAR VALERIO

*Doutor em Psicologia - FAMERP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto-SP, Brasil  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto  
Endereço: Lilia Sestini dos Santos Gusson, Rua Saldanha Marinho 3216, Apto. 72, CEP 15010-100, São José do Rio Preto, SP, Fone: 17 3232 9532, Fax: 17 3222 1771; E-mail: liliagusson@hotmail.com*

## INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada pela Organização Mundial da Saúde um problema de saúde pública em países desenvolvidos e uma epidemia global (World Health Organization, Fact Sheet 311/ 2011). Dentre as doenças nutricionais, é a que apresenta maior prevalência tanto em nações ricas como naquelas em desenvolvimento (Lamounier *et al.*, 2009). No Brasil, a prevalência de obesidade e sobrepeso tem aumentado nas últimas três décadas (Novaes *et al.*, 2009; Romagna *et al.*, 2010). Dados recentes do estudo multicêntrico Nutri-Brasil Infância mostram que de 3.111 crianças de dois a seis anos de nove Estados brasileiros, 22% das crianças menores de cinco anos estão obesas e 6% delas com sobrepeso (Danone Research, 2008).

A obesidade ocorre frequentemente no primeiro ano de vida, entre cinco e seis anos e na adolescência (Ebbeling *et al.*, 2002). Sabe-se que a obesidade infantil é preditiva em casos de obesidade na vida adulta, além de complicações associadas como problemas ortopédicos, cardiovasculares, cirúrgicos, cutâneos, endócrinos, gastrintestinais, respiratórios, neoplásicos, alterações sociais e psicológicas (Steinberger *et al.*, 2009; Lopez & Campos Jr, 2011; Bordignon & Teodoro, 2011; Gracia-Marco *et al.*, 2012; Russell-Mayhew *et al.*, 2012).

Recebido em: 30/08/2014  
Aprovado em: 25/09/2014

Considerando-se a gravidade dessas complicações, é fundamental diagnosticá-la, preveni-la e tratá-la o mais precocemente possível.

Compreender o processo alimentar no decorrer das fases do desenvolvimento do indivíduo pode facilitar intervenções mais apropriadas por parte dos pediatras, demais profissionais da saúde, educação e serviço social, assim como pelos próprios pais e familiares.

O presente estudo teve por objetivo realizar revisão sobre perspectiva sistêmica novo-paradigmática da prevenção da obesidade infantil. Esta pesquisa foi efetuada por meio de levantamento bibliográfico em inglês e português, nas bases de dados Medline, Lilacs e SciELO. Foram consultados trabalhos publicados até novembro de 2012, sendo a primeira referência encontrada de 1944. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “obesidade infantil”, “prevenção” e “perspectiva sistêmica”.

Os trabalhos foram analisados e selecionados quanto à pertinência e conteúdo alusivos à perspectiva sistêmica novo-paradigmática da prevenção da obesidade infantil e à importância de se construir com as famílias padrões saudáveis de alimentação, considerando seus hábitos, valores, história, relação e forma de ser.

## **DESENVOLVIMENTO DA ALIMENTAÇÃO**

O desenvolvimento da alimentação envolve diversos fatores que podem ser compreendidos por diferentes perspectivas.

A evolução do sistema sensorio-motor oral acontece desde o período embrionário, com a morfogênese de estruturas orofaciais, culminando com o surgimento da deglutição e sucção,

observadas entre a 11<sup>a</sup> e 20<sup>a</sup> semanas de idade gestacional, respectivamente (Xavier, 1998). A maturidade para coordenar sucção, deglutição e respiração, no entanto, acontece entre a 32<sup>a</sup> e 34<sup>a</sup> semanas (Stevenson & Allaire, 1991). A evolução desse sistema também se deve às experiências sensoriais adquiridas e/ou vivenciadas nos primeiros meses de vida e o domínio das atividades motoras durante a alimentação, promoverá respostas adaptativas adequadas para maturação do sistema (Glass & Wolf, 1994). Mastigar e deglutir são funções que exigem atividade neuromuscular precisa, possíveis de acontecer por ação sensorio-motora (Alves, 2003).

Conforme demonstra a neurociência, o crescimento de estruturas nervosas centrais e sua diferenciação funcional preponderam nos três primeiros anos de vida, mais intensamente nos seis primeiros meses. A velocidade acelerada de aumento do cérebro no primeiro semestre jamais se repetirá no restante da existência do indivíduo. O incremento médio da massa cerebral é da ordem de 2 g por dia nos seis primeiros meses; a partir do sétimo mês, cai para menos de um terço desse valor. Além disso, ao nascimento, os cem bilhões de neurônios existentes no cérebro estão, na sua maioria, desconectados. Todo esse processo supõe, para êxito completo, nutrição e estimulação de qualidade (Conselho Federal de Medicina, 2008).

Desde a vida intra-uterina até o fim da adolescência é inquestionável o papel da nutrição em assegurar condições gerais de saúde. Existe um período definido no desenvolvimento orgânico no qual a alimentação promove respostas adaptativas, com efeito na estrutura e função do organismo, repercutindo na saúde ao longo da vida.

Para maximizar a saúde da criança, é preciso introduzir alimentos no momento oportuno, visando promover capacidade funcional e desenvolvimento estrutural adequados do organismo. À medida que a estrutura e função dos órgãos e sistemas vão se estabelecendo, a introdução de novos alimentos precisa ser gradual. A aceitabilidade a novos alimentos é forte indício de prontidão a essa mudança, porém outros fatores são considerados relevantes: peso do bebê, controle da cabeça e tronco, maturidade sensorial caracterizada pela habilidade de levar objetos à boca, evidenciando condições intra-orais para aceitar outras texturas alimentares e a colher, além do comportamento comunicativo, que pode ser avaliado por meio de atitudes não verbais como abrir a boca e tentar pegar a colher com as mãos.

Nesse estágio do desenvolvimento da criança, é mister a introdução de diferentes sabores e texturas, ocasião em que ela pode ser capaz de receber refeição semelhante à da família. O processo de transição alimentar deve estar estabelecido entre nove e 12 meses de idade (Carruth & Skinner, 2002).

Se, por um lado, a obesidade se resume em acúmulo de energia excedente, por outro a complexidade de fenômenos biopsicossociais que levam uma criança a tornar-se obesa torna sua abordagem preferencialmente interdisciplinar. Sendo o indivíduo um ser biopsicossocial, a relação mente-corpo deve ser discutida como forma de interação do indivíduo como um todo, que não deve ser visto somente como um ser que possui um corpo obeso, mas como um ser que utiliza da alimentação como forma de relacionar-se com o mundo em que vive.

O desenvolvimento alimentar sofre influência de aspectos familiares e da

criança, assim como aqueles inerentes à relação dela com seu ambiente familiar (Motta *et al.*, 2008). Nesse processo estão envolvidos fatores culturais, sociais, emocionais e comportamentais, de modo que se tornou crescente a percepção de que existe diferença entre comer (ato social) e nutrir-se (atividade biológica) (Vilhena *et al.*, 2008). A boa alimentação depende de condições socioeconômicas, psicológicas, relacionais e culturais da família (Santos, 2009).

### ASPECTOS AFETIVOS E PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO

As experiências que a criança vai experimentar desde o útero podem influenciar na formação de sua identidade e na forma como lidará com as emoções e provavelmente exercerão forte influência no modo como ela se “organizará internamente” (Nóbrega *et al.*, 2000). Com a mãe, o bebê interage, sente, conhece e apreende o ambiente. Começa a conhecer o mundo por meio de sensações primitivas com que vai tendo contato, principalmente pela boca. Quando amamentada, satisfaz duas necessidades vitais: fome e amor (Antunes *et al.*, 2008).

O repertório cognitivo do bebê encontra-se em desenvolvimento e por isso o comportamento alimentar não apenas garante aporte calórico necessário ao crescimento, é também uma das vias preferenciais de expressão das experiências subjetivas da criança (Bruch, 1944). É pelo ato de sugar e ingerir leite, de expressar desconforto quando tem fome e satisfação quando mama, que se dão as experiências iniciais do bebê com o mundo externo e a formação dos primeiros vínculos afetivos (Marques *et al.*, 2011).

A relação mãe-filho pode ser carregada de tensão, angústia e tristeza, o que afeta a alimentação do bebê. Em qualquer das situações, o filho pode associar aquele sentimento negativo ao ato de alimentar-se; perceber na mãe o sentimento, mas não ser capaz de “metabolizar psicologicamente” o desconforto que a situação provoca nele, por não possuir aparelho mental que lhe possibilite esse processo (Nóbrega *et al.*, 2000). Há ligação psicológica e fisiológica entre alimento e “clima afetivo” no qual ele é oferecido à criança.

A comida e o ato da alimentação são as primeiras formas utilizadas para a comunicação com o mundo, principalmente com a mãe. É pela alimentação que os bebês recebem sensações de alívio, conforto e segurança. Entretanto, em algumas situações, cuidadores alimentam excessivamente a criança, podendo haver a necessidade de compensar algo e/ou dificuldade de se aproximar da criança sem alimentá-la. Essas interações familiares conflituosas geram ansiedade, principalmente nos filhos, que geralmente é assinalada pelo comer excessivo, comportamento associado a uma postura passiva diante da necessidade de tomar iniciativa em atividades cotidianas. Tal condição pode prejudicar a autonomia das crianças para lidarem com situações da vida, bem como o desenvolvimento da autoconfiança para estabelecerem relações interpessoais no contexto social. Assim, se esse clima for repetidamente insatisfatório ou vivido de forma impactante pela criança, distúrbios futuros como a obesidade podem ser favorecidos (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2008).

Estudos comportamentais revelam a importância de vínculo afetivo, forte e estável nos primeiros anos de vida. É no primeiro semestre da vida que a criança afirma a identidade como in-

tegrante de um grupo social, a família, e estabelece ligações de afeto sólidas com a mãe, o pai e os demais familiares (Conselho Federal de Medicina, 2008). A partir das relações que estabelece com familiares e cuidadores, das mensagens e modelos que recebe da rede de pessoas que lhes são significativas, a criança constrói seus padrões de relacionamento e comportamento (Feijó, 2006).

Algumas pessoas comem em excesso por necessidade de defesa, em função de uma sensação de inadequação social e insegurança (Rotmann & Becker, 1970). Um adulto que assim se comporta pode transmitir tal modelo para outros membros da família, da sua geração ou de geração futura (Cervený, 2000).

As relações, as mudanças de etapa de desenvolvimento e de ciclo vital individual e familiar (Cervený & Berthoud, 1997) também devem ser relacionadas com as questões de alimentação. Ao longo do primeiro ano de vida, o interesse da criança vai gradativamente se deslocando da amamentação para exploração do ambiente. Posteriormente, nos anos pré-escolares a criança se volta para o reconhecimento da própria individualidade, a separação da mãe ou do cuidador se acentua e a criança começa a exercitar a recém adquirida sensação de autonomia.

A alimentação passa a ser vivenciada nesse contexto, muitas vezes como uma maneira de firmar sua posição, para discriminar sua vontade da do adulto e para tentar controlar o ambiente e fazer pequenos testes de independência. É nessa fase que se desenvolvem quadros de recusa alimentar ou inapetência. Não raro, diante da recusa da criança em aceitar os alimentos salgados nas principais refeições, um cuidador os substitua ou complete as refeições por leite. O aprendizado

de hábitos pouco saudáveis também é um fator de risco para a obesidade (Santos, 2009).

Os cuidadores podem reagir aceitando que a criança substitua a refeição por guloseimas para que ela não fique desnutrida. Essa substituição tende a perpetuar a recusa alimentar. Em contraposição, pode-se estabelecer uma “zona de guerra” ao redor da alimentação, com tentativas de forçar ou exigir que a criança coma. Para ela, que geralmente está buscando autonomia e controle do ambiente, a conotação emocional do comer passa a prevalecer sobre a necessidade física, e é só quando o conflito emocional pode ser desvinculado da situação alimentar que é possível restabelecer padrão alimentar aceitável (Chatoor *et al.*, 1984).

A influência psicossocial no estabelecimento de padrão alimentar é efetivada pela participação dos cuidadores e, sobretudo pelas estratégias por eles utilizadas ao lidar com a quantidade e qualidade do alimento que compõe o cardápio da criança. De fato, fatores psicossociais podem ser considerados os principais responsáveis pela constituição da cultura alimentar, caracterizada principalmente pela forma como os alimentos são preparados, seus ingredientes e sabores característicos. Esses fatores influenciam as experiências desde o nascimento do bebê, propiciando processo de aprendizagem das sensações de fome e saciedade, além da percepção de sabores que, acrescentados à oferta de alimentos saudáveis, constituirão seu padrão de consumo (Carruth & Skinner, 2002). Ainda incluem-se nesse padrão escolhas alimentares, quantidade, tempo consumido para comer, além do intervalo entre refeições.

A partir do tipo de alimentação recebida desde o início da vida, as habilidades motoras são desenvolvidas. Por-

tanto, o alimento oferecido ao lactente e a forma como é oferecido devem ser considerados (Motta *et al.*, 2008).

Alguns critérios individuais de escolha podem ser ressaltados como: classe social, razões psicológicas para aceitar ou rejeitar alimentos, sugestões de sabor (gostoso, sem gosto ou ruim), aparência, higiene e fatores ideacionais dos alimentos, caracterizados como apropriados ou inapropriados (Motta *et al.*, 2008). Atualmente, a mídia tem grande responsabilidade na construção de tais ideais.

## **BASES TEÓRICAS: CONSTRUTIVISMO E CONSTRUCIONISMO SOCIAL**

Construtivismo e construcionismo social são duas abordagens contemporâneas da Psicologia, a primeira proveniente da psicologia do desenvolvimento, e a segunda da psicologia social. Ambas influenciaram os estudiosos das práticas sistêmicas com famílias a partir das décadas de 1980 e 1990 (Feijó, 2008). Ainda que aparentemente conflitantes, o construtivismo trata da construção das estruturas cognitivas que o indivíduo adquire no decorrer de seu desenvolvimento enquanto o construcionismo social esclarece sobre construções que os indivíduos elaboram coletivamente (Arendt, 2003).

O construtivismo está ligado ainda à tradição do individualismo, à medida que descreve a construção do saber a partir de processos intrínsecos ao indivíduo (Pulaski, 1986), enquanto o construcionismo social, ao contrário, descreve as fontes da ação humana nas relações sociais (Gergen, 1985). Portanto, a principal característica do construtivismo/construcionismo social é a interdependência entre observador e universo observado.

## CONSTRUTIVISMO

Jean Piaget sistematizou o enfoque, compartilhado pela maioria dos construtivistas, que consiste na hipótese de que não existem estruturas cognitivas inatas, sendo essas construídas pelo sujeito, no decorrer de suas ações no meio (Arendt, 2003). Segundo Piaget (1996), o conhecimento corresponde a um processo de construção realizado por cada indivíduo na interação com seu meio ambiente. Ao elaborar sua teoria, o autor buscou “embriologia” da inteligência que lançasse a luz sobre o problema da relação entre o sujeito agente e pensante e os objetos de seu conhecimento (Brêtas & Santos, 2002).

Os estágios do desenvolvimento cognitivo são classificados nos seguintes períodos: sensório-motor (dois primeiros anos), pré-operacional (dois a sete anos), de operações concretas (sete a 12 anos) e das operações formais (12 anos à idade adulta) (Pulaski, 1986; Piaget, 1996). O período sensório-motor compreende seis estágios interligados que mostram etapas do desenvolvimento, que se por um lado dependem do amadurecimento dos processos mentais e corporais, portanto de aspectos individuais, enfatizados pela visão construtivista, por outro, são influenciados pelo meio e pelas pessoas que convivem com a criança (ênfase dada pelos construcionistas). Há aspectos que podem ser alterados por quantidade e qualidade dos estímulos, o que por sua vez depende de convivência e de práticas culturais, tanto quanto das diferenças individuais.

## CONSTRUCIONISMO SOCIAL

O movimento construcionista social tem sua principal referência teórica na Psicologia em Kenneth Gergen. Segun-

do o autor, os critérios para identificar eventos no mundo não são objetivos, mas circunscritos por uma cultura, história ou contexto social (Gergen, 1973). Assim, não se postula uma base objetiva para o conhecimento convencional, pois o mundo é compreendido em termos de artefatos sociais, ou seja, produtos do intercâmbio, situados historicamente, entre pessoas. Do ponto de vista construcionista, o processo de compreensão não é automaticamente governado por forças da natureza, mas é o resultado de uma iniciativa ativa e cooperativa de pessoas que se relacionam (Gergen, 1985). Além disso, a compreensão da linguagem como prática social e seu caráter performático não são representativos da realidade. As ideias, recordações e os conceitos surgem no intercâmbio social, expressando-se na linguagem e no diálogo (Grandesso, 2000).

Recentemente, nas práticas sistêmicas novo-paradigmáticas com famílias e com indivíduos (Vasconcelos, 2007) prevalece a busca pela compreensão da complexidade dos fenômenos, o que implica em considerar tanto aspectos individuais quanto relacionais e sociais das dificuldades com as quais se trabalha. Na concepção sistêmica novo-paradigmática o conhecimento é compreendido como uma prática discursiva socialmente construída, cujo caráter local e contextual legitima múltiplas narrativas, resultando no multiperspectivismo de diferentes abordagens, dirigidas para a construção de significados úteis para os propósitos humanos (Grandesso, 2001). Segundo a autora, como sujeito e objeto se interconstituem ocorre singularidade e multiplicidade de contextos e culturas na geração da linguagem para a definição do self, do mundo e da aceitação do pressuposto de que conhecer implica em conviver com a incerteza, a im-

previsibilidade e o desconhecido. De acordo com tal visão, quando observadas necessidades de prevenção há que se pensar em diferentes dimensões: terapêuticas e preventivas, individuais, familiares e sociais.

## **PERSPECTIVA SISTÊMICA DA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL**

Para alguns pesquisadores a alimentação é o principal fator ambiental na etiologia do sobrepeso e obesidade na infância (Clark *et al.*, 2007). A observação das dificuldades dos diversos profissionais da área da saúde em lidar com a obesidade infantil constituiu o fundamento da abordagem desse problema no contexto familiar. O enfoque da família por meio da perspectiva sistêmica somente é possível desfocando-se a criança como responsável única por sua obesidade.

As possibilidades de mudança de estilo de vida familiar tornaram-se responsabilidade compartilhada pelos integrantes da família, deixando de representar um problema a ser tratado exclusivamente pela criança obesa (Gusson & Lopes, 2010). Assim, busca-se uma perspectiva contextual para melhor entendimento da complexidade de fatores que se inter-relacionam, como os biogenéticos, familiares e psicossociais, que fazem parte da constituição do fenômeno da obesidade (Tassara *et al.*, 2010).

Pode-se considerar que comportamentos passivos na criança, ansiedade e conduta do comer excessivo se manifestam como um “sintoma-comunicação”: uma tentativa de comunicar por meio do ato de comer que algo não vai bem. Crianças podem comer ou deixar de comer como reação aos conflitos e aos sofrimentos, principalmente os quais têm dificuldade de expressar

e compreender. Esse comportamento pode também ser evidenciado pelo fenômeno intergeracional, ou seja, a reedição da obesidade nas gerações, no que diz respeito aos aspectos identitários dessas crianças em seus grupos familiares (Cervený, 2000). A recorrência intergeracional inclui mitos da família, ou seja, para a memória familiar ser gordo como avô/avó, pai/mãe e outros familiares. Esses aspectos intergeracionais fazem parte da constituição da identidade familiar (o ser gordo) dos sujeitos e proporcionam aos membros o sentimento de pertencimento familiar (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2008).

A relação mãe e filho(a), em qualquer condição de atendimento, é fundamental, pois pode influenciar tanto positiva como negativamente o desenvolvimento da criança e ser um fator de risco para o agravamento de diversos quadros clínicos como excesso de peso e/ou obesidade e desnutrição ou mesmo de algum outro processo inicial (Feijó *et al.*, 2011).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2008), o profissional de saúde precisa identificar e considerar questões amplas do sistema familiar no processo de mudança de hábitos alimentares da criança e de sua família. Para isso deve observar aspectos como: a) relação entre mãe (ou responsável) e filho(a) – dependência e proteção prolongada em atividades cotidianas e sociais; excesso de proteção e de cuidados na alimentação; b) pais (ou responsáveis) que identificam qualquer choro dos filhos como “choro de fome” e superalimentam as crianças, forçando-as a maior ingestão mesmo quando já estão saciadas; c) pais (ou responsáveis) com dificuldades de colocar limites aos filhos, inclusive na esfera de alimentação; d) ocorrência de trocas afetivas quase que exclusi-

vamente por meio da alimentação, e e) retratação dos familiares obesos e magros, valores e crenças alimentares. Vale observar que as comemorações possibilitam identificar os mitos da família, isto é, a reedição do sentido simbólico do ser gordo naquele grupo.

De acordo com uma visão sistêmica novo-paradigmática, aspectos processuais, contextuais e relacionais devem ser observados quando há demanda para práticas sistêmicas com famílias, sejam elas preventivas, de orientação ou clínicas. Nesse sentido, estudos sobre obesidade infantil mostram a importância de se construir com as famílias padrões saudáveis de alimentação, considerando seus hábitos, valores, história, relação e forma de ser, ou seja, suas singularidades e necessidades (Santos-Gusson *et al.*, 2012). Aspectos psicológicos, familiares e sociais podem se articular com os fatores biogenéticos na continuação da obesidade na infância. A obesidade é uma doença cujo contexto pode incluir estilo de vida sedentário, hábitos alimentares inadequados, ingestão de alimentos de alto valor calórico, entre outros. No caso das crianças, principalmente, pode estar ligada à relação com a mãe, com o pai e com aqueles que a cercam, à falta de equilíbrio entre atividades físicas e atividades tais como ver televisão, usar computador e jogar vídeo-game.

## CONCLUSÕES

Prevenir a obesidade na infância é a maneira mais segura de controlar essa doença crônica grave. A importância dessa prevenção à obesidade decorre de sua associação com doenças crônicas não transmissíveis no adulto, que podem se instalar desde a infância (Motta *et al.*, 2008). Além disso, alte-

rações sociais relacionadas à obesidade infantil são comuns (Bordignon & Teodoro, 2011).

A identificação de fatores associados à nutrição é importante, considerando-se que ajuda a prevenir problemas relacionados ao comportamento, à saúde e ao crescimento. Não obstante, a avaliação do desempenho das funções de alimentação pode ser fundamental, com repercussão em processos de intervenção precoce, bem como durante todo o desenvolvimento neuropsicomotor infantil.

As famílias nas quais haja alguém obeso ou com sobrepeso podem necessitar de intervenções que impliquem não só em mudanças de comportamento de seus membros, mas também nas suas relações e rotinas, englobando desde refeições à mesa – e não à frente da TV – até práticas de atividades físicas em conjunto (Pontes *et al.*, 2009). Assim, evita-se que crianças fiquem reclusas e sedentárias em casa, assistindo à televisão ou usando computador. Vale salientar que a mídia é também responsável pela construção e desconstrução de hábitos e práticas alimentares (Neves *et al.*, 2010).

Nos casos de orientação alimentar, a equipe multidisciplinar precisa entender as diversas fases do processo de crescimento e desenvolvimento infantis, com foco especial no sistema sensorio-motor e nas funções do tubo digestório. Além disso, é importante familiarizar-se com características dos diferentes alimentos que fazem parte da dieta infantil, aspectos culturais envolvidos na alimentação, condições socioeconômicas da família e características comportamentais do adulto (geralmente a mãe) responsável por oferecer alimento à criança (Motta *et al.*, 2008).

O trabalho em equipe multidisciplinar possibilita construir uma visão

global de cada caso mediante interlocução entre diferentes profissionais envolvidos e avaliar as demandas e intervenções (individual, familiar, escolar) e tipos de atendimento apropriado (nutrição, endocrinologia, pediatria, psicologia, serviço social, pedagogia, fonoaudiologia), dentre outros. Vale ressaltar que a viabilidade de processos multidisciplinares pressupõe aprender a estar e trabalhar em grupos (Osório, 2008); a se comunicar em prol da população cuidada validando diferenças e construindo soluções.

A prevenção da obesidade na infância deve ser co-construída por profissionais e famílias, levando em consideração que pais, mães e filhos precisam ser acolhidos e compreendidos em suas histórias, sofrimentos, conflitos, valores, crenças e saberes (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2008). Constitui-se em uma estratégia facilitadora da relação entre o profissional e a família do paciente, na tentativa que a intervenção não se torne uma ameaça à identidade do grupo familiar (Parizzi, 2011). Pelo contrário, que possibilite o envolvimento e a participação das famílias no processo de mudanças. O trabalho não se reduz a cuidar da mudança de hábitos alimentares, já que inclui a vida das pessoas, seus vínculos afetivos familiares e sociais. Representa um processo dinâmico e reconstrutivo de um novo estilo de vida na família. Além da atuação multidisciplinar, faz-se necessário alcançar os meios de comunicação e os órgãos de regulação destes para limitar certas propagandas e estímulos excessivos ao consumo, que também é parte das necessidades de prevenção da obesidade infantil.

Este trabalho pode contribuir para o estabelecimento de uma nova postura por parte dos profissionais da saúde e de áreas afins diante do fenômeno da obesidade, numa perspectiva sistêmica

ca novo-paradigmática, com o propósito de tecer redes afetivas e solidárias entre esses profissionais e as famílias, e ampliar a visão do contexto da prevenção da obesidade infantil. Considerando a ausência de literatura sobre perspectiva sistêmica novo-paradigmática na prevenção da obesidade infantil, pesquisas científicas são necessárias. Além disso, conforme mencionado por Vasconcelos (2007), algumas propostas apresentadas como sistêmicas não contemplam a inclusão do observador (neste caso, os profissionais da saúde e de áreas afins) na formulação de explicações científicas sobre o problema (obesidade infantil), com todas as implicações dessa inclusão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, N. S. G.** (2003). O fundamental da avaliação fonoaudiológica do paciente disfágico. In: M. Costa & L.P. Castro (Eds.). *Tópicos em deglutição e disfagia*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Antunes, L. S., Antunes, L. A. A., Corvino, M. P. F. & Maia, L. C.** (2008). Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13, 103-109.
- Arendt, R. J. J.** (2003). Construtivismo ou construcionismo? Contribuições deste debate para a psicologia social. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8, 5-13.
- Bordignon, S. & Teodoro, M. L. M.** (2011). Relações entre percepção corporal, autoconceito e traços depressivos em crianças escolares com e sem excesso de peso. *Aletheia*, 34, p.19-31.
- Brêtas, J. R. S. & Santos, F. Q.** (2002). Aspectos da teoria Piagetiana: da biologia à cognição. *Acta Paulista de Enfermagem*, 15, 87-96.

- Bruch, H.** (1944). Food and emotional security. *Nervous Child*, 3, 165-173.
- Carruth, B. R. & Skinner, J. D.** (2002). Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2-24 months). *Journal of the American College of Nutrition*, 21, 88-96.
- Cerveny, C. M. O.** (2000). *A família como modelo: desconstruindo a patologia*. Campinas: Livro Pleno.
- Cerveny, C. & Berthoud, C. M. E.** (1997). *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chatoor, I., Schaefer, S., Dickson, L. & Egan, J.** (1984). Non-organic failure to thrive: a developmental perspective. *Pediatric Annals*, 13, 829-835.
- Clark, H. R., Goyder, E., Bissell, P., Blank, L. & Peters, J.** (2007). How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal of Public Health*, 29, 132-141.
- Conselho Federal de Medicina.** (2008). Licença-maternidade de seis meses: ciência e consciência a serviço da sociedade. *Medicina Conselho Federal de Medicina*, 171, 22-23.
- Danone Research. Centre Daniel Carasso.** (2008). *Nutri-Brasil Infância: estudo multicêntrico do consumo alimentar de pré-escolares*. São Paulo: Danone.
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B. & Ludwig, D. S.** (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*, 360, 473-482.
- Feijó F. M., Carraro, D. F., Cuervo, M. R. M., Hagen, M. E. K., Spiandorello, W. P. & Pizzato, A. C.** (2011). Associação entre a qualidade de vida das mães e o estado nutricional de seus filhos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(4);, 633-641.
- Feijó, M.R.** (2006). Família e rede social. In: C.M.O. CERVENY (Org.) CMO, organizadora. *Família e...* São Paulo: Casa do Psicólogo.; 2006. p.233-55.
- Feijó, M.R.** (2008). A família e os projetos sociais voltados para jovens: impacto e participação [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.; 2008.
- Gergen, K. J.** (1973). Social psychology as history. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 309-320.
- Gergen, K. J.** (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Glass, R. P. & Wolf, L. S.** (1994). A global perspective on feeding assessment in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 514-526.
- Gracia-Marco, L., Moreno, L. A. & Vicente-Rodríguez, G.** (2012). Impact of social marketing in the prevention of childhood obesity. *Advances in Nutrition*, 3(4):611S-5S.
- Grandesso, M.** (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grandesso, M.** *Abordagens pós-moderna em terapia familiar*. In: XIII Congresso Internacional de Terapia Familiar; 2001; Porto Alegre. Anais. Porto Alegre; 2001. p. 67.
- Gusson, A. C. T. & LOPES, J. C.** (2010). Pediatria no século 21: uma especialidade em perigo. *Revista Paulista de Pediatria*, 28, 115-120.
- Lamounier, J. A., Lamounier, F. B. & Weffort, V. R. S.** (2009). *Aspectos gerais da obesidade na infância e na adolescência*. In: J. A. Lamounier & V. R. S. Weffort (Eds.). *Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência*. Barueri: Manole.
- Lopez, F. A. & Campos Jr, D.** (2011). *Filhos de 2 a 10 anos: dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais*. Barueri: Manole.
- Marques, E. S., Cotta, R. M. M. & Priore, S. E.** (2011). Mitos e crenças sobre

- o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5):2461-2468.
- Motta, M. E. F. A., Araújo, C. M. T. & Silva, G. A. P.** (2008). Bases conceituais da alimentação da criança. *Temas de Pediatria*, 84, 1-18.
- Neves, P. M. J., Torcato, A. C., Urquieta, A. S., Kleiner, A. F. R.** (2010). Importância do tratamento e prevenção da obesidade infantil. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 2010;17,(3): 150-153.
- Nóbrega, F. J., Campos, A. L. R. & Nascimento, C. F. L.** (2000). *Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Novaes, J.F., Rocha, D.S., Pereira Netto, M.** (2009). Hábito alimentar e obesidade. In: J.A. Lamounier J. A., V.R.S. Weffort (Eds.). *Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência*. Barueri: Manole, 2009. p. 345-52.
- Osório, L. C.** (2008). Exercício da interdisciplinariedade na “formação” dos terapeutas familiares. In: R.M.S. Macedo (Ed.) RMS, editor. *Terapia familiar no Brasil na última década*. São Paulo: Roca, 2008. p. 84-90.
- Parizzi, M. R.** (2011). Impasses do profissional médico na prevenção e tratamento da criança e adolescente obesos (como sensibilizar a equipe de saúde na prevenção da obesidade). *Revista Médica de Minas Gerais*, 21(3 Supl1), 27-28.
- Piaget, J.** (1996). *Biologia e conhecimento*. Petrópolis: Vozes.
- Pontes, T. E., Costa, T. F., Marum, A. B. R. F., Brasil, A. L. D. & Taddei, J. A. A. C.** (2009). Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. *Revista Paulista de Pediatria*, 27, 99-105.
- Pulaski, M. A. S.** (1986). *Compreendendo Piaget: uma introdução ao desenvolvimento cognitivo da criança*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Romagna, E. S., Silva, M. C. A. & Ballardin, P. A. Z.** (2010). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma unidade básica em Canoas, Rio Grande do Sul, e comparação do diagnóstico nutricional entre os gráficos do CDS 2000 e da OMS 2006. *Scientia Médica*, 20(3), 228-231.
- Rotmann, M. & Becker, D.** (1970). Traumatic situations in obesity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18, 372-376.
- Russell-Mayhew, S., Mcvey, G., Bardick, A. & Ireland, A.** (2012). Mental health, wellness, and childhood overweight/obesity. *Journal of Obesity*, 2012, 281801.
- Santos, L.R.C.** *Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único*. [dissertação]. Salvador: Universidade Católica do Salvador; 2009.
- Santos-Gusson L.S., Feijó, M.R., Chaves, U.H., Valério, N. I.** Prevenção da obesidade infantil e a família contemporânea. In: X Congresso Brasileiro de Terapia Familiar; 2012; Curitiba. Anais. Curitiba: Associação Brasileira de Terapia Familiar; 2012. p. 25.
- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento de Nutrologia.** (2008). *Obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: SBP. Departamento de Nutrologia.
- Steinberger, J., Daniels, S. R., Eckel, R. H., Hayman, L., Lustig, R., McCrindle, B. & Mietus-Snyder, M. L.** (2009). Progress and challenges in metabolic syndrome in children and adolescents: a scientific statement from the American Heart Association Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular Nursing; and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*, 119, 628-647.

- Stevenson, R. D. & Allaire, J. H.** (1991). The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric Clinics of North America*, 38, 1429-1453.
- Tassara, V., Norton, R. C., Marques, W. E. U.** (2010). Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. *Revista Paulista de Pediatria*, 28,(3): 309-314.
- Vasconcelos, M. J. E.** (2007). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.
- Vilhena, J., Novaes, J. V., & Rocha, L.** (2008). Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 8(2), 379-406.
- World Health Organization.** Obesity and Overweight. Fact sheet N° 311/2011. [citado 2011 Out 25]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/e>
- Xavier, C.** (1998). Assistência à alimentação de bebês hospitalizados. In: M.C.A. Basseto, R. Brock & R. Wajnsztein (Eds.). *Neonatologia: um convite à atuação fonoaudiológica*. São Paulo: Lovise. p. 255-75.