

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SAMEA MARINE PIMENTEL VERGA

A FAMÍLIA TRANSFORMANDO-SE DIANTE DA COMPLEXIDADE DA OBESIDADE
INFANTIL



CURITIBA

2021

SAMEA MARINE PIMENTEL VERGA

A FAMÍLIA TRANSFORMANDO-SE DIANTE DA COMPLEXIDADE DA OBESIDADE
INFANTIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Vinculado à área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, e à linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Verônica de Azevedo
Mazza

CURITIBA

2021

Verga, Samea Marine Pimentel
A família transformando-se diante da complexidade da obesidade infantil
[recurso eletrônico] / Samea Marine Pimentel Verga – Curitiba, 2021.
1 arquivo (180 p.): PDF

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza

1. Obesidade pediátrica. 2. Família. 3. Experiência de vida. 4. Teoria fundamentada nos dados. I. Mazza, Verônica de Azevedo. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.92398



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **SAMEA MARINE PIMENTEL VERGA** intitulada: **A FAMÍLIA TRANSFORMANDO-SE DIANTE DA COMPLEXIDADE DA OBESIDADE INFANTIL**, sob orientação da Profa. Dra. VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 08 de Outubro de 2021.

Assinatura Eletrônica
13/10/2021 09:25:58.0
VERÔNICA DE AZEVEDO MAZZA
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
13/10/2021 08:50:23.0
NARA MARILENE OLIVEIRA GIRARDON PERLINI
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA)

Assinatura Eletrônica
19/10/2021 11:51:46.0
SONIA SILVA MARCON
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

Assinatura Eletrônica
14/10/2021 15:57:53.0
TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico esta pesquisa à minha mãe, por sempre acreditar em mim, por ter carregado meus livros no porta-malas de seu carro desde meu curso de graduação, pelo seu amor, seu colo, seu apoio e cuidado incondicional.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela força que Ele me deu desde o primeiro dia desta incrível caminhada;

Às famílias participantes da pesquisa, por compartilharem sua experiência e me permitirem conhecer as suas histórias;

À minha família, por estar sempre presente e disposta como rede de apoio;

À minha filha Sophia, que nasceu e cresceu durante esta trajetória, por ser minha fonte de alegria diária;

Ao meu companheiro Guilherme, pelo encorajamento, amor e apoio desde a primeira viagem em busca dessa conquista;

Ao meu irmão Willyam (*in memorian*) por ser o motivo de eu ter conhecido esta cidade, pela amizade eterna.

Ao meu irmão Danilo, pelos abraços apertados, companhia e ombro amigo;

Ao meu pai (*in memorian*) pelo incentivo. Ele sempre quis ter uma filha doutora;

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Verônica, por todo o conhecimento e oportunidades que me foram proporcionadas, não consigo quantificar o aprendizado compartilhado. E ainda pela mão amiga, palavras de conforto e de correção nos diferentes momentos dessa trajetória. Você foi muito mais que uma orientadora!

Ao GEFASED, pelo acolhimento, cafés, projetos, discussões e produções científicas;

Às amigas construídas neste período, alegrias, conquistas e angústias compartilhadas;

Ao PPGENF/UFPR, coordenação, secretaria e docentes pelo apoio e incentivo à busca do conhecimento.

À CAPES pelo auxílio financeiro.

À UNIFAP e Coordenação de Enfermagem pelo apoio.

À minha amiga Débora Redig, pela sua contribuição como pedagoga na coleta de dados dessa pesquisa.

À todas as minhas amigas-irmãs pelo companheirismo e carinho.

Comer é mais do que jogar lenha na fogueira ou abastecer um carro.
Comer é mais do que escolher um alimento e dar para uma criança.
Comer e dar de comer reflete nossa atitude e relacionamento com nós mesmos, com os outros e com nossas histórias. Comer tem relação com autorrespeito, nossa conexão com nossos corpos e compromisso com a vida.

Ellyn Satter

RESUMO

A pesquisa refere-se à experiência de famílias com a obesidade infantil, pois trata-se de uma doença de causa multifatorial e de alta prevalência com impactos na família. Diante da problemática, questionou-se sobre a experiência da família com a doença e a contribuição deste fenômeno como evidência para fundamentar a prática profissional resolutive. Assim, a pesquisa teve como objetivos compreender a experiência de famílias que convivem com a obesidade infantil e construir uma teoria substantiva que representasse a compreensão dessa experiência. Foi realizado um estudo qualitativo com referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista de Katy Charmaz e Referencial Teórico da Complexidade segundo Frijot Capra. A amostra do estudo foi constituída por 18 famílias e 26 participantes que integraram dois grupos amostrais, sendo 20 familiares e 6 crianças em tratamento para obesidade. Os dados foram coletados em um ambulatório de atendimento pediátrico, no município de Curitiba, Estado do Paraná, Brasil, nos anos 2019 e 2020, por meio de entrevista intensiva com uso de roteiro semiestruturado, e apoio de história em quadrinho e quadro de feltro para entrevistar as crianças, seguindo-se os princípios da amostragem e saturação teórica. A análise realizou-se em 3 etapas: codificação inicial, focalizada e teórica, sustentada no método comparativo constante, com registro de memorandos, apoio do *Software WebQDA*, e elaboração de diagramas. Os resultados foram representados nas 4 categorias conceituais a seguir: DISCORRENDO SOBRE A ESTRUTURA FAMILIAR que descreveu as características estruturais da família, a composição, história de doenças e os relacionamentos entre os membros; ANALISANDO O FUNCIONAMENTO FAMILIAR que referiu-se aos comportamentos e organização da família para o desempenho das suas atividades de vida diária, tendo em vista suas características, recursos e necessidades; A OBESIDADE INFANTIL REPERCUTINDO NO SISTEMA FAMILIAR revelou que na família repercute com sentimentos de preocupação, sofrimento, preconceito; a criança é impactada biologicamente, experimenta sentimentos negativos e impactos sociais. As famílias percebem a obesidade como natural e difícil. O SISTEMA FAMILIAR MOVIMENTANDO-SE NO TRATAMENTO que explorou o modo como a família enfrenta o tratamento e o processo de mudança de comportamento e de reorganização da rotina a partir do momento que a criança recebe o diagnóstico da obesidade. Emergiu dos dados o fenômeno central “A OBESIDADE INFANTIL REVERBERANDO NO SISTEMA FAMILIAR” permeando e relacionando todas as categorias conceituais, compreendido como efeito, consequência e resposta da família à problemática da obesidade. A abstração dos dados resultou na construção da teoria substantiva “O sistema familiar transformando-se diante da complexidade da obesidade infantil” no qual família foi compreendida como um sistema adaptativo complexo e autopoietico. A teoria pressupõe que a avaliação da estrutura familiar e de seu padrão de organização possibilita o reconhecimento de suas instabilidades e dificuldades. E como um sistema capaz de regular a si próprio consegue transformar-se para funcionar de modo saudável diante de situações complexas, utilizando seus recursos e desenvolvendo estratégias de adaptação. Assim, essa pesquisa contribui substancialmente para a prática da enfermagem familiar indicando ampliação da abordagem da obesidade infantil para a família como fonte de apoio.

Palavras-chave: obesidade pediátrica; família; experiência de vida; teoria fundamentada nos dados; complexidade.

ABSTRACT

The research refers to the experience of families with childhood obesity, because it is a multifactorial and highly prevalent disease with impacts on the family. Faced with the problem, questions were asked about the family's experience with the disease and the contribution of this phenomenon as evidence to support resolving professional practice. Thus, the research aimed to understand the experience of families living with childhood obesity and build a substantive theory that would represent the understanding of this experience. A qualitative study was carried out with the methodological framework of the Grounded Theory Constructivist based on Katy Charmaz's Data and the Theoretical Framework of Complexity according to Frijot Capra. The study sample consisted of 18 families and 26 participants who integrated two sample groups, 20 family members and 6 children being treated for obesity. Data were collected in a pediatric outpatient clinic in the city of Curitiba, State of Paraná, Brazil, in the years 2019 and 2020, through intensive interviews using a semi-structured script, and support of comic books and felt board for interview the children, following the principles of sampling and theoretical saturation. The analysis was carried out in 3 stages: initial, focused and theoretical coding, supported by the constant comparative method, with recording of memos, support from the WebQDA Software, and elaboration of diagrams. The results were represented in the following 4 conceptual categories: DISCOURSE ABOUT THE FAMILY STRUCTURE which described the structural characteristics of the family, the composition, history of diseases and the relationships between the members; ANALYZING FAMILY FUNCTIONING which referred to the behavior and organization of the family for the performance of its daily activities, considering its characteristics, resources and needs; CHILDREN'S OBESITY REFLECTING IN THE FAMILY SYSTEM revealed that it affects the family with feelings of concern, suffering, prejudice; the child is biologically impacted, experiences negative feelings and social impacts. Families perceive obesity as natural and difficult. THE FAMILY SYSTEM MOVING INTO TREATMENT which explored how the family faces the treatment and the process of behavior change and routine reorganization from the moment the child receives the diagnosis of obesity. The central phenomenon "CHILDREN OBESITY REVERSING IN THE FAMILY SYSTEM" emerged from the data, permeating and relating all conceptual categories, understood as effect, consequence and family response to the problem of obesity. The abstraction of data resulted in the construction of the substantive theory "The family system transforming itself in the face of the complexity of childhood obesity", in which the family was understood as a complex adaptive and autopoietic system. The theory assumes that the assessment of the family structure and its pattern of organization makes it possible to recognize its instabilities and difficulties. And how a system capable of regulating itself manages to transform itself to function healthily in complex situations, using its resources and developing adaptation strategies. Thus, this research substantially contributes to the practice of family nursing, indicating an expansion of the approach to childhood obesity for the family as a source of support.

Key words: pediatric obesity; family; life experience; grounded theory; complexity.

RESUMEN

La investigación se refiere a la experiencia de familias con obesidad infantil, por ser una enfermedad multifactorial y de alta prevalencia con impactos en la familia. Ante el problema, se preguntaron sobre la vivencia de la familia con la enfermedad y el aporte de este fenómeno como evidencia para sustentar la resolución de la práctica profesional. Así, la investigación tuvo como objetivo comprender la experiencia de las familias que viven con obesidad infantil y construir una teoría sustantiva que represente la comprensión de esta experiencia. Se realizó un estudio cualitativo con el marco metodológico de la Teoría Basada en los Datos Constructivistas de Katy Charmaz y el Marco Teórico de la Complejidad según Frijot Capra. La muestra del estudio consistió en 18 familias y 26 participantes que integraron dos grupos de muestra, 20 miembros de la familia y 6 niños en tratamiento por obesidad. Los datos fueron recolectados en un ambulatorio pediátrico en la ciudad de Curitiba, Estado de Paraná, Brasil, en los años 2019 y 2020, a través de entrevistas intensivas utilizando un guión semiestructurado, y soporte de cómics y cartulina para entrevista a los niños, siguiendo los principios de muestreo y saturación teórica. El análisis se realizó en 3 etapas: codificación inicial, focalizada y teórica, sustentado en el método comparativo constante, con registro de memos, soporte del Software WebQDA y elaboración de diagramas. Los resultados fueron representados en las siguientes 4 categorías conceptuales: DISCURSO SOBRE LA ESTRUCTURA FAMILIAR que describió las características estructurales de la familia, la composición, historia de enfermedades y las relaciones entre los miembros; ANALIZAR EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR que se refiera al comportamiento y organización de la familia para el desempeño de sus actividades diarias, considerando sus características, recursos y necesidades; LA OBESIDAD INFANTIL QUE SE REFLEJA EN EL SISTEMA FAMILIAR reveló que afecta a la familia con sentimientos de preocupación, sufrimiento, prejuicio; el niño se ve afectado biológicamente, experimenta sentimientos negativos e impactos sociales. Las familias perciben la obesidad como algo natural y difícil. EL SISTEMA FAMILIAR HACIA EL TRATAMIENTO que exploró cómo la familia enfrenta el tratamiento y el proceso de cambio de comportamiento y reorganización de la rutina desde el momento en que el niño recibe el diagnóstico de obesidad. El fenómeno central “LA OBESIDAD INFANTIL REVERTIRSE EN EL SISTEMA FAMILIAR” surgió de los datos, permeando y relacionando todas las categorías conceptuales, entendidas como efecto, consecuencia y respuesta familiar al problema de la obesidad. La abstracción de los datos dio lugar a la construcción de la teoría sustantiva “El sistema familiar transformándose ante la complejidad de la obesidad infantil”, en la que se entendía a la familia como un sistema complejo adaptativo y autopoietico. La teoría asume que la evaluación de la estructura familiar y su patrón de organización permite reconocer sus inestabilidades y dificultades. Y cómo un sistema capaz de regularse a sí mismo logra transformarse para funcionar de manera saludable en situaciones complejas, utilizando sus recursos y desarrollando estrategias de adaptación. Así, esta investigación contribuye sustancialmente a la práctica de la enfermería familiar, indicando una ampliación del abordaje de la obesidad infantil para la familia como fuente de apoyo.

Palabras clave: Obesidad pediátrica. Familia. Experiencia de vida. Teoría basada en datos. Complejidad.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Propriedades dos SAC e a relação com a vivência familiar	38
QUADRO 2 - Características e considerações sobre a teoria fundamentada construtivista	48
QUADRO 3 - Análise de dados na TFD segundo Katy Charmaz.....	50
QUADRO 4 - Exemplo de codificação inicial.....	72
QUADRO 5 - Exemplo de codificação inicial.....	73
QUADRO 6 – Processo de codificação e categorização.....	78
QUADRO 7 - Apresentando categorias, subcategorias e componentes da pesquisa	82
QUADRO 8 - Apresentando categorias, subcategorias e componentes da pesquisa	119

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Princípios semelhantes e diferenciadores da Grounded theory	42
FIGURA 2 - Diagrama objeto, tipo de estudo, unidade de análise e definição de família	53
Figura 3 - Apresentação do número de famílias, participantes, entrevistas e composição dos grupos amostrais do estudo	55
FIGURA 4 - Exemplo de memorando.....	74
FIGURA 5 - Eixos temáticos emergidos na codificação inicial	74
FIGURA 6 - Categorias provisórias emergidas da codificação focalizada	75
FIGURA 7 - Categorias e subcategorias emergidas da análise	76
FIGURA 8 - Diagrama das categorias conceituais e fenômeno central do estudo....	81
FIGURA 9 - Registro fotográfico de flanelógrafo montado ao término de entrevista com criança.....	85
FIGURA 10 - Diagrama discorrendo sobre a estrutura familiar	101
FIGURA 11 - Diagrama Analisando o funcionamento familiar	104
FIGURA 12 - Diagrama A obesidade infantil repercutindo no sistema familiar	110
FIGURA 13 - Diagrama O sistema familiar movimentando-se no tratamento	114
FIGURA 14 - Representação gráfica do modelo teórico “O sistema familiar transformando-se diante da complexidade obesidade infantil”	120

LISTA DE SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
GEDAC	Grupo de Estudos em Doenças e Agravos Crônicos Transmissíveis e Não Transmissíveis
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPCAC	Instituto de Pesquisa do Comportamento Alimentar de Curitiba
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPGENF	Programa de Pós- Graduação em Enfermagem
SAC	Sistemas Adaptativos Complexos
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTANDO O INTERESSE PELO TEMA	136
1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA.....	18
2 APRESENTANDO OS OBJETIVOS.....	23
3 REVISANDO A LITERATURA.....	24
3.1 CONHECENDO A OBESIDADE INFANTIL	24
3.2 PROBLEMATIZANDO A OBESIDADE INFANTIL NA VIVÊNCIA FAMILIAR..	28
3.3 CENTRANDO O CUIDADO NA FAMÍLIA.....	30
3.4 COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA	32
4 APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	35
4.1 TEORIA DA COMPLEXIDADE COMO REFERENCIAL TEÓRICO	35
4.2 A TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	41
4.2.1 Contextos e Perspectivas metodológicas.....	41
4.2.1 Componentes e especificidades da Teoria Fundamentada dos Dados	44
4.2.2 A Teoria Fundamentada Construtivista de Katy Charmaz.....	47
5 DESCREVENDO A TRAJETÓRIA DO ESTUDO	52
5.1 IDENTIFICANDO O LOCAL DO ESTUDO.....	53
5.2 APRESENTANDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO E GRUPOS AMOSTRAIS.....	54
5.3 DESCREVENDO O PROCESSO DE COLETA DE DADOS, AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO TEÓRICA	56
5.4 APRESENTANDO AS FAMÍLIAS E OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	61
5.5 ANÁLISE DE DADOS.....	71
5.5.1 Codificação inicial	71
5.5.2 Codificação focalizada.....	75
5.5.3 Codificação teórica	77
5.5.4 Organização das fontes de informação.....	79
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	79

6	APRESENTANDO OS RESULTADOS.....	81
6.1	APRESENTANDO A COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DAS FAMÍLIAS...	81
7	ANALISANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS	99
7.1	DISCORRENDO SOBRE A ESTRUTURA FAMILIAR	100
7.2	ANALISANDO O FUNCIONAMENTO FAMILIAR	103
7.3	O OBESIDADE INFANTIL REPERCUTINDO NO SISTEMA FAMILIAR.....	110
7.4	O SISTEMA FAMILIAR MOVIMENTANDO-SE NO TRATAMENTO	113
7.5	APRESENTANDO O MODELO TEÓRICO	118
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
	REFERÊNCIAS.....	128
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	142
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO ENVOLVIDO ..	145
	ANEXO C – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....	146
	ANEXO D – HISTÓRIA EM QUADRINHOS.....	147
	ANEXO F – PARECER DE EMENDA	148
	APÊNDICE A – CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA	152
	APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	153
	APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	157
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS E/OU RESPONSÁVEL LEGAL	159
	APÊNDICE G - LEGENDA GENOGRAMA E ECOMAPA	180

APRESENTANDO O INTERESSE PELO TEMA

O interesse pela obesidade surgiu no Curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina de Saúde do Adulto III, no oitavo semestre, em 2005, na Universidade Federal do Amapá. Ao prestar assistência a pessoas obesas no período perioperatório de cirurgia bariátrica, foi possível perceber a complexidade que envolvia o procedimento e a necessidade de um cuidado de enfermagem pautado nas necessidades individuais do paciente.

Como trabalho de conclusão de curso, realizei estudo qualitativo com o intuito de conhecer a percepção de pessoas com obesidade mórbida no pré-operatório de cirurgia bariátrica em um hospital de clínicas no município de Macapá – Amapá. Os resultados deste estudo foram apresentados no 12º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, em 2009, com resumo publicado em anais.

Seguindo na minha trajetória profissional, em 2008, iniciei o Programa de Residência do Estado do Amapá, especialização em Enfermagem Cirúrgica, e realizei estudo, do tipo revisão integrativa, sobre a contribuição do enfermeiro para a cirurgia bariátrica.

Em 2011, após ingressar no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, surgiu interesse em investigar a qualidade de vida de pessoas obesas e, para concluir esse curso, em 2013, desenvolvi um estudo sobre a qualidade de vida de pessoas com obesidade mórbida. Os resultados desta pesquisa permitiram identificar, entre outros aspectos, as repercussões da obesidade nos aspectos físicos, autoestima, atividades diárias e profissionais e a vivência do preconceito. Os resultados desta investigação integraram três capítulos do livro “Qualidade de vida e condições crônicas no meio do mundo”, publicado em 2019.

Nesse tempo, eu atuava como docente do Curso de Graduação em Enfermagem na iniciativa privada, contribuindo nas disciplinas de Estágio Supervisionado, Saúde Coletiva, Enfermagem Cirúrgica, Cuidados Intensivos e Urgência e Emergência.

Seguindo minha trajetória profissional, tive a oportunidade de me vincular como docente efetivo do Departamento de Enfermagem, na Universidade Federal do Amapá. Nessa instituição, entre outras atividades, atuei em atividades do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem e do Grupo de Estudos em Doenças e

Agravos Crônicos Transmissíveis e Não Transmissíveis (GEDAC). Nesse grupo de pesquisa, atuei como vice-líder até a data de meu afastamento para o curso de doutorado em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná, em 2017.

Com base nos estudos que havia feito até aquele momento, nas atualidades das evidências científicas sobre a obesidade e na minha experiência acadêmica e profissional em saúde coletiva e saúde da criança, foi possível identificar que a obesidade ocorre, muitas vezes, desde a infância e afeta mais de um membro da família. E que sendo uma doença relacionada a diversos fatores de risco traz repercussões nas dimensões biopsicossociais e interfere, de forma negativa, na qualidade de vida da pessoa e da família.

Tendo em vista a necessidade de repensar a prática de enfermagem e contemplar as diversas dimensões da vida atingidas pela obesidade e seu tratamento, percebeu-se a relevância de ampliar a atenção e cuidado para a família. E assim surgiu o interesse por estudos relacionados à saúde da criança e da família, incluindo as atividades desenvolvidas pela professora Verônica de Azevedo Mazza e pelo Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento (GEFASSED), do qual participei como visitante antes de ser discente no PPGENF.

A motivação para a pesquisa a seguir veio do impacto da doença sobre o desenvolvimento infantil e família, como também do interesse em produzir conhecimento científico aos profissionais que cuidam de famílias com crianças obesas em diferentes contextos de cuidado. Dessa forma, optou-se por desenvolver um estudo na temática da obesidade infantil, vislumbrando a família como foco de atenção.

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

Mundialmente, tem ocorrido um aumento da ingestão de alimentos ricos em energia, gordura e açúcares, bem como da inatividade física devido à natureza sedentária de muitas formas de trabalho, mudança dos meios de transporte e aumento da urbanização. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define obesidade como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode prejudicar a saúde, causado por um desequilíbrio energético entre as calorias consumidas e as calorias gastas (WHO, 2020).

Segundo estudo publicado na revista *The Lancet* (2017), a prevalência mundial da obesidade quase triplicou desde 1975. Enquanto pouco menos de 1% das crianças e adolescentes de 5 a 19 anos eram obesos em 1975, 6% das meninas e 8% dos meninos eram obesos em 2016. Se os índices continuarem crescendo nessa proporção, poderá haver mais crianças e adolescentes com obesidade do que com desnutrição moderada e grave até 2022 (ABARCA-GÓMEZ, 2017).

A obesidade na infância está frequentemente associada à maior chance de obesidade na vida adulta, morte prematura e incapacidade, com diversas consequências ao longo da vida. Além disso, as crianças obesas apresentam dificuldades respiratórias, aumento do risco de fraturas, hipertensão, marcadores precoces de doenças cardiovasculares, resistência à insulina e efeitos psicológicos (WHO, 2020).

De acordo com dados oficiais do relatório do estado nutricional do Sistema de Vigilância Alimentar (SISVAN), no Brasil, em 2020, 8,69% da população entre 0 e 5 anos apresentava peso elevado para a idade. A região Nordeste apresentou maiores índices com 9,84%. A região Centro-oeste apresentou o menor índice com 7,39% de crianças com excesso de peso. As regiões Sul, Norte e Sudeste apresentaram 8,28%, 8,69% e 8,79% respectivamente. O estado do Paraná apresentou 8,14% das crianças na mesma faixa etária com excesso de peso e o município de Curitiba 6,48% (BRASIL, 2021).

Já na faixa etária entre 5 e 10 anos de idade, esses índices são maiores, sendo 11,91% das crianças nessa idade com excesso de peso. A região Sul do Brasil apresentou maior índice com 16,27% dessa população, seguida de 14,54% na região Sudeste. A região Norte apresentou a menor prevalência com 6,39% e

as regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram 10,72% e 11,92%, respectivamente, para a mesma faixa etária (BRASIL, 2021).

Diante do elevado índice e da prevalência de obesidade na infância, a OMS elaborou um Relatório para o Fim da Obesidade Infantil, na intenção de reverter o aumento de sobrepeso e obesidade em menores de 5 anos. Apresentaram-se seis recomendações aos governos, entre elas: implementar programas que promovam ingestão de alimentos saudáveis e redução da ingestão de alimentos pouco saudáveis e bebidas adoçadas com açúcar; atividade física e redução do sedentarismo; orientações para a prevenção de doenças não transmissíveis; orientações sobre o suporte para uma dieta saudável, sono e atividade física na infância; ambientes escolares saudáveis, saúde e conhecimentos de nutrição; e serviços de gestão de peso, com base na família (WHO, 2016).

É importante destacar que a alimentação saudável desde o início da vida fetal e ao longo da infância tem impactos positivos, influenciando no crescimento e desenvolvimento da criança e nas demais fases da vida (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, a primeira infância (de 0 a 6 anos de idade) é importante para a formação de hábitos e práticas em geral, inclusive no que se refere ao consumo de alimentos, pois no convívio familiar a criança começa a formar padrões de comportamento alimentar em relação a sabor, olfato, textura, quantidade ingerida, horário e ambiente das refeições etc. Alguns fatores como pré-natal inadequado, desmame e alimentação complementar precoce, rápido ganho de peso no primeiro ano de vida, alimentação escolar inadequada, antecedentes genéticos, inatividade física, hábitos alimentares, crenças familiares e influência negativa da mídia podem ser determinantes para a incidência da obesidade infantil (RNPI, 2014).

Diante deste panorama, Dias e colaboradores (2017) apontam como possíveis entraves e limitações para o controle da obesidade infantil as dificuldades encontradas na implementação das políticas públicas, como a falta de regulamentação e fiscalização de medidas para mudança das práticas alimentares e da inatividade física, a complexidade dos planejamentos institucionais e setoriais e o financiamento das estratégias propostas. Além disso, as características da família são determinantes importantes da obesidade infantil e precisam ser consideradas no planejamento das estratégias (CARMO *et al.*, 2020).

Sendo assim, para implementar medidas eficazes para controle do ganho de peso na infância, faz-se necessário explorar os aspectos biológicos, sociais e emocionais relacionados à criança e sua família. Por isso a relevância do desenvolvimento de pesquisa que considere as diferentes dimensões e complexidade da obesidade infantil.

A família pode ser definida como um grupo de indivíduos unidos por fortes vínculos emocionais, com senso de pertencimento e participação na vida uns dos outros (WRIGHT; WATSON; BELL, 1996). As investigações com famílias representam fenômenos diferentes dos processos individuais e, além disso, acredita-se que as evidências construídas a partir de fenômenos familiares são importantes por repercutirem diretamente no desenvolvimento da teoria e da prática de enfermagem, e também por contribuírem significativamente para a mudança do modelo de cuidado de enfermagem à família (MAZZA *et al.*, 2018).

O enfermeiro preocupa-se com o cuidado à criança com obesidade percebendo-a como área negligenciada na Atenção Básica à Saúde, e suas práticas são compreendidas como um fenômeno que perpassa pela individualidade com necessidade de uma responsabilidade compartilhada com as demais instâncias do processo, como outros profissionais e gestores da área da saúde (MIRANDA, *et al.*, 2020).

Apesar da eficácia no tratamento da obesidade infantil não estar clara (PINEDA; RASCUNAN; SASSI, 2021), o resultado do tratamento pode ser afetado por fatores de nível familiar, incluindo atitudes em relação ao excesso de peso, compreensão das suas causas e motivação para fazer e manter mudanças nos comportamentos de saúde em nível familiar. As intervenções devem ser culturais e sociais, evitando o estigma, encorajando a motivação, reconhecendo as dificuldades e reforçando as oportunidades, que devem ser alcançáveis dentro do tempo e recursos da família (LOBSTEIN *et al.*, 2021).

O ambiente alimentar influencia significativamente nas escolhas alimentares e nas intervenções que podem contribuir para a prevenção da obesidade infantil (PINEDA; RASCUNAN; SASSI, 2021). Ford *et al.* (2016) corroboram apontando programas como a educação centrada na família para alterar o estilo de vida.

Há evidências de que o funcionamento familiar está ligado ao sobrepeso e à obesidade na infância e que ambos são associados a comportamentos

relacionados à saúde de crianças e adolescentes. Aspectos do funcionamento familiar como comunicação precária, controle inadequado do comportamento, altos níveis de conflito e valores da hierarquia familiar foram associados a mudanças no peso. Igualmente, pesquisas têm fornecido evidências da importância de considerar o funcionamento familiar na investigação e intervenção da obesidade infantil (HALLIDAY *et al.*, 2014).

Entende-se por funcionamento familiar as características atuais observadas e apresentadas pela família. Haja vista que cada uma procede de maneira diferente, refere-se aos “detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros” (WRIGHT; LEAHEY, 2018, p. 127). Pesquisas futuras devem olhar longitudinalmente na relação encontrada entre funcionamento familiar, peso e comportamentos de saúde para confirmar a temporalidade das associações (SEPÚLVEDA *et al.*, 2020).

Do ponto de vista sistêmico, cada membro da família é um subsistema, ou sistema individual, que constitui o sistema familiar, sendo assim a mudança ocorrida em um membro afeta todos os membros, sendo esse membro também afetado. Na proposição sistêmica, a família é apreendida como um sistema complexo capaz de criar um equilíbrio entre mudança e estabilidade (WRIGHT; LEAHEY, 2018).

Nesse sentido, a ciência da Teoria da Complexidade apresenta-se como uma vertente bastante ampla com a proposta de produzir novas soluções para problemas antigos, pois já desenvolveu avanços em vários campos como a matemática, a economia, a meteorologia e a ecologia, mas sua utilidade para a prática clínica e a organização da saúde ainda precisa ser explorada (TUFFIN, 2016). Além disso, a complexidade, enquanto pressuposto teórico, permite estudar o fenômeno de forma holística, sem reducionismo, estando de acordo com a maneira que este estudo se desenvolveu ao investigar a família como um sistema.

Diante do exposto, surgiu como questionamento: “Como é a experiência da família que convive com a obesidade infantil?”

A relevância social do estudo consiste na compreensão da obesidade infantil a partir da experiência familiar para a construção de uma teoria substantiva representativa dessa vivência. A compreensão da experiência familiar auxilia na identificação da realidade vivenciada e das necessidades da família como um todo e não apenas da pessoa que se encontra em processo de adoecimento. Deste

modo, pode contribuir para o desenvolvimento do cuidado integral à saúde de famílias de crianças com obesidade por meio da qualificação da prática de enfermagem subsidiada em conhecimento científico sobre as potencialidades e fragilidades das famílias, o que possibilita fortalecer a comunicação, cooperação e relação de confiança entre ambos.

Nesse sentido, a compreensão aprofundada da problemática da obesidade infantil, com foco na complexidade da vivência das famílias, pode contribuir para que as intervenções sejam repensadas, bem como o desempenho da enfermagem e dos programas direcionados à saúde da família.

2 APRESENTANDO OS OBJETIVOS

- a) Compreender a experiência de famílias que convivem com a obesidade infantil;
- b) Construir uma teoria substantiva representativa dessa compreensão.

3 REVISANDO A LITERATURA

3.1 CONHECENDO A OBESIDADE INFANTIL

A obesidade é uma doença de origem multifatorial, que envolve aspectos genéticos, metabólicos, nutricionais, socioeconômicos, culturais, psicológicos e hábitos de vida (COMINATO; YBARRA, FRANCO, 2017). Tendo em vista que a dimensão biológica do indivíduo também é moldada pelo contexto ambiental e que não existe uma única causa para obesidade infantil, a família pode ser considerada instrumento ativo na prevenção e controle do excesso de peso em crianças (FIESE; BOST, 2016).

A obesidade infantil afeta o mundo inteiro, inclusive países onde há subnutrição. Paradoxalmente, uma história de baixo peso ao nascer é um fator de risco para crianças desenvolverem excesso de peso ou obesidade. A obesidade e o baixo peso são comumente chamados de "dupla carga de desnutrição" e se destacam como resultado da nutrição das mulheres na gravidez e das crianças no início da vida, com consequências na saúde e no bem-estar na vida adulta (WHO, 2017).

Antes considerado um problema de países de alta renda, o excesso de peso está aumentando em países de baixa e média renda atualmente. O sobrepeso e a obesidade estão associados a mais mortes em todo o mundo do que o baixo peso. Globalmente, há mais pessoas obesas do que abaixo do peso - isso ocorre em todas as regiões, exceto em partes da África Subsaariana e da Ásia. Na África, o número de crianças menores de 5 anos com excesso de peso aumentou quase 24% desde 2000 (WHO, 2020).

Com base em um relatório da OMS de 2016, aproximadamente 170 milhões de crianças com menos de 18 anos sofrem as consequências físicas e psicológicas do sobrepeso ou da obesidade, mundialmente (WHO, 2016). Em 2019, aproximadamente 38,2 milhões de crianças menores de 5 anos estavam com sobrepeso ou obesidade (WHO, 2020).

No Brasil, políticas e estratégias de promoção de saúde combatem a obesidade infantil, a exemplo de ações como o Programa Saúde na Escola, Programa Nacional de Alimentação Escolar, Regulamentação dos Alimentos Comercializados nas Cantinas Escolares, entre outros projetos. Assim,

planejamento, implementação e gestão dessas políticas devem buscar a transformação do problema social da obesidade (REIS; VASCONCELOS; BARROS, 2011). Todavia, ainda persistem lacunas entre as políticas escritas e sancionadas para todo o território nacional e sua implantação, haja vista a prevalência de sobrepeso e obesidade na infância.

Diante dessa epidemia global de obesidade, a OMS também formulou diretrizes para apoiar os profissionais de saúde primários a identificar e gerenciar crianças com excesso de peso ou obesidade. Nos locais de atendimentos em cuidados de saúde primários, todos os bebês e crianças com idade inferior a 5 anos devem ter peso e altura medidos para determinar seu estado nutricional de acordo com os padrões de crescimento infantil da OMS (WHO, 2017).

No caso de crianças identificadas com excesso de peso, a OMS recomenda fornecer aconselhamento aos pais e cuidadores sobre nutrição e atividade física, incluindo promoção e apoio à amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses e continuação da amamentação até 24 meses ou mais. As crianças obesas devem ser avaliadas e um plano de manejo apropriado deve ser desenvolvido. O atendimento pode ser feito por um profissional de saúde na Atenção Primária de Saúde ou em um serviço de referência ou em hospital local (WHO, 2017).

Para a avaliação do estado nutricional de crianças entre 0 e 10 anos de idade, fazem-se necessárias informações como mensuração do peso e da altura, cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e cálculo da idade em meses. Para classificar o estado nutricional de crianças menores de 5 anos, utilizam-se as curvas de crescimento infantil, bem como para as crianças de 5 a 10 anos incompletos (WHO, 1995).

Para isso, a Caderneta da Criança apresenta-se como importante instrumento para registro e acompanhamento do estado nutricional. Os dados de peso e altura devem ser colocados no gráfico e avaliados na curva de crescimento. Ao ser classificada com excesso de peso, esse diagnóstico deve ser informado à família com orientações para subsidiá-la no cuidado à criança, de acordo com cada caso (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar que grande parte dos casos de obesidade é causada por sedentarismo ou erro alimentar, no entanto também pode ser ocasionada por alterações genéticas relacionadas ao metabolismo ou síndromes. Por isso, é importante diferenciar a obesidade exógena de outras causas, já que a evolução

da doença, o risco familiar e o tratamento podem ser diferenciados. Os profissionais devem estar atentos e aprofundar a investigação da etiologia da obesidade, atentando para obesidade iniciada no primeiro ano; obesidade grave antes dos 5 anos; deficit intelectual; dismorfismos ou malformações associadas; queda na velocidade de crescimento e/ou baixa estatura; e hiperfagia intensa (SBP, 2020).

O tratamento da obesidade infantil, na maioria dos casos, está relacionado com o balanço energético equilibrado e com um contexto de mudanças no ambiente, envolvendo toda a família, a escola e a rotina da criança. Sendo assim, a alimentação constitui um elemento-chave nessa abordagem (CARVALHO *et al.*, 2011). Isto posto, a orientação nutricional é essencial para a criança obesa porque tem como objetivo a mudança do hábito alimentar. E todas as mudanças e estratégias devem ser argumentadas com a criança e sua família para a continuidade no tratamento. A intervenção nutricional segue cinco etapas, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2012):

1. Esclarecimentos: tem como objetivo conhecer a alimentação da criança para o estabelecimento de estratégias de atuação a curto e longo prazo;
2. Avaliação do comportamento: ocorre avaliação do comportamento alimentar, como é a mastigação, local onde faz as refeições, horários, se faz as refeições com a família;
3. Quantidade: redução gradativa da quantidade de alimentos consumidos em excesso, com redução de porções e do número de repetições. Nesta etapa, é importante perceber os limites de cada um;
4. Qualidade: esta fase tem como objetivo melhorar a qualidade da alimentação e incentivar o consumo de alimentos não habituais e de importância nutricional (frutas, legumes, verduras e alimentos integrais);
5. Manutenção: a própria criança ou sua família utiliza as informações adquiridas nas fases anteriores para se adaptar às diferentes situações como festas, viagens e o dia a dia, buscando uma alimentação equilibrada.

Já existem estudos com ênfase no apoio aos pais para hábitos alimentares saudáveis e atividade física para reduzir a prevalência da obesidade (SMITH *et al.*, 2015), além disso, aponta-se que os provedores do lar têm a capacidade de criar ambientes de apoio com refeições saudáveis e encorajar a prática de brincadeiras ativas, gerando também comportamentos saudáveis (MANN *et al.*, 2015).

Nesse aspecto, o foco do tratamento da obesidade infantil é na mudança do ambiente doméstico com orientações aos cuidadores, que promovem apoio à mudança de comportamento da criança, ao contrário do foco na redução do peso. As intervenções destinadas à melhora das habilidades de gerenciamento familiar têm se mostrado eficazes na prevenção de ganho de peso. No entanto, ainda se faz necessária a adaptação de programas envolvendo a família e a avaliação dos resultados com base em evidências (SMITH *et al.*, 2015).

Em um estudo com o objetivo de aprofundar a compreensão das interações interpessoais das crianças obesas no contexto familiar e social, evidenciaram-se os seguintes indicadores: segredos familiares a respeito da origem das figuras parentais; relação com certo distanciamento entre pais e crianças; aspectos biológicos e simbólicos da obesidade em três gerações dos grupos familiares estudados; mitos e lealdades familiares (TASSARA; NORTON; MARQUES, 2010).

À vista disso, defende-se que no tratamento da obesidade na infância os profissionais devem levar em consideração que a família e a criança precisam ser acolhidas e compreendidas em suas histórias, sofrimentos, conflitos, valores, crenças e saberes (TASSARA; NORTON; MARQUES, 2010). E faz-se necessário intensificar ações de prevenção com essas famílias para evitar que indivíduos com sobrepeso se tornem obesos na vida adulta (SANTOS *et al.*, 2017).

Diante do exposto, para o tratamento da obesidade infantil, o acompanhamento multiprofissional é essencial e deve envolver um modelo assistencial integral com abrangência das dimensões biológica, ambiental, emocional e social da criança para atender as suas necessidades e contribuir para seu melhor desenvolvimento (BRASIL, 2014).

O alcance de resultados é imprescindível para redução dos índices de obesidade infantil no Brasil e no mundo, de forma a minimizar o impacto das doenças crônicas ocasionado pela obesidade desde a infância. A atuação resolutiva e efetiva no cuidado à criança com obesidade requer do enfermeiro uma base sólida em teorias e filosofias próprias da sua profissão, sendo esse também o ponto de partida para potencializar a capacidade profissional (MIRANDA *et al.*, 2020).

3.2 PROBLEMATIZANDO A OBESIDADE INFANTIL NA VIVÊNCIA FAMILIAR

A respeito da obesidade, recomenda-se que os profissionais de saúde usem cuidados baseados na família para o tratamento. No entanto, focar em comportamentos isolados dos pais e dos filhos negligencia os outros membros da família e as regras, rotinas, comunicação e dinâmicas mais amplas. Intervenções fundamentadas na teoria dos sistemas familiares objetivam utilizar a dinâmica familiar para influenciar os comportamentos e provocar mudanças na família (KEELEY; JOSEPH, 2018). Por isso, o conhecimento de características socioeconômicas e organizacionais das famílias, as vulnerabilidades dos hábitos alimentares, bem como da compreensão das relações, da cultura, das crenças e do ambiente familiar de crianças com obesidade, podem contribuir para subsidiar um cuidado à saúde pautado nas necessidades da infância (BRASIL, 2014).

Embora a obesidade tenha se mostrado difícil de tratar em crianças em idade escolar e na adolescência, resultados promissores foram identificados em crianças que iniciaram o tratamento na primeira infância (EK *et al.*, 2015). Apontam-se processos de regulação na criança, como genética vulnerável, temperamento (respostas negativas da criança mediante situações adversas), angústia durante a refeição e resposta à saciedade, relações de apego familiar, hábitos alimentares, organização de rotinas da família e exposição à comercialização de alimentos e ecologia familiar como riscos para obesidade infantil (FIESE; BOST, 2016).

Independentemente das diferentes composições das famílias, certas características podem ser consideradas para determinar a saúde e o nível de funcionamento familiar. Famílias que apresentam boa avaliação do funcionamento familiar (bom envolvimento afetivo e resolução de problemas, por exemplo) geralmente determinam papéis entre seus membros com comunicação clara e aberta (KITZMAN-ULRICH, 2010) e podem conseguir, com tarefas bem-sucedidas, estimular o crescimento individual e o bem-estar (WALSH, 2003). E famílias que apresentam avaliação ruim do funcionamento familiar podem apresentar características como desorganização, padrões de comunicação pobres, com papéis mal definidos ou rígidos (KITZMAN-ULRICH, 2010).

Um estudo sobre o tratamento da obesidade identificou conexão entre condições psicofisiológicas e estresse familiar, ocasionando conflitos. Por exemplo, famílias que experienciam estresse como resultado de condição socioeconômica e

aquisição limitada de recursos poderiam ter melhor estilo de vida se morassem em um bairro seguro para se exercitar ou com finanças suficientes para adquirir alimentos saudáveis. As famílias que vivenciam conflitos e baixo apoio entre seus membros podem responder ao estresse com comportamentos não saudáveis e ganho de peso. Com relação à parentalidade, apontou-se que estilos parentais permissivos podem aumentar o risco para obesidade infantil (KITZMANN; DALTON; BUSCEMI, 2008).

Blanco e colaboradores (2017) realizaram estudo com 50 mães com um filho com obesidade e 50 mães com uma criança eutrófica (casos controle), apresentando semelhanças de sexo, idade e nível socioeconômico. As famílias com crianças com obesidade apresentaram maior nível de ansiedade e depressão, psicopatologias e habilidades ruins de enfrentamento adaptativo. Outro estudo apontou que as experiências adversas na infância podem interferir no desenvolvimento psicossocial e neuroendócrino, levando à obesidade devido ao comprometimento da autorregulação do apetite, psicopatologia e perturbações dentro dos microssistemas familiares (SCHROEDER, 2020).

Assim sendo, compreender a influência do funcionamento familiar no ganho de peso pode permitir a mudança de comportamentos familiares modificáveis, por exemplo, a comunicação, o controle comportamental e a resolução de problemas para melhorar os comportamentos de saúde (BERGE *et al.*, 2015).

Por conseguinte, Tuffin (2016) defende que a mudança significativa pode ser mais provável de ocorrer se surgir espontaneamente das interações dos indivíduos envolvidos em vez de imposta. Essa estratégia considera que a família (sistema) gere suas próprias soluções com base em seus recursos e limites. Além disso, deve haver mecanismos de feedback eficazes para permitir soluções a serem compartilhadas em toda a organização/sistema. Dessen (2010) ressalta a relevante contribuição da Teoria Sistêmica da família a partir da segunda metade do século XX, visto ter trazido um novo olhar para o contexto familiar.

As perspectivas sistêmica e complexa permitem compreender a família como um sistema complexo, composto por vários subsistemas que se influenciam mutuamente, tais como o conjugal-parental, pais-filhos (KREPPNER, 2000). E assim a Teoria da Complexidade passa a ser fundamental nas propostas de intervenção para a atenção à família.

3.3 CENTRANDO O CUIDADO NA FAMÍLIA

A família está presente em diferentes contextos de atenção à saúde como acompanhantes de pacientes, participando do cuidado domiciliar, no cuidado à saúde da criança etc., podendo, porém, não ser vislumbrada como foco de cuidado.

A atenção à família abrange diferentes saberes e disciplinas, dentre elas a enfermagem. Por conseguinte, há diversos termos referentes a arranjos familiares considerando os aspectos biológicos ou consanguíneos, afetivos, vincular, adoção legal ou parental (RODRIGUES; GOMES; OLIVEIRA, 2017).

A partir da década de 90, teve início, nas universidades, o crescimento da enfermagem da família no Brasil, direcionando as pesquisas e o ensino da especialidade. Vários enfermeiros começaram a estudar famílias experienciando doenças (ÂNGELO, 2008). O empenho dos profissionais envolvidos com saúde da família no Brasil tem expandido a prática da pesquisa sobre família em enfermagem e nas demais disciplinas da saúde (ÂNGELO *et al.*, 2009). Logo, ocorreram vários avanços na prática da enfermagem da família e no ensino, produzindo conteúdo específico de avaliação e intervenção com a família (WRIGHT; LEAHEY, 2018).

Todavia, as pesquisas e a prática mostraram profissionais com dificuldades para se aproximar da experiência da família e auxiliá-la a enfrentar as dificuldades envolvidas no processo da doença dos seus membros. Com isso, muitos profissionais estão motivados para o cuidado da família, mas se percebem sem instrumentos para esse trabalho (BOUSSO, 2008).

A família cuida dos seus entes, não somente para o reestabelecimento da saúde, mas cuida para a vida. À vista disso, busca-se dar visibilidade ao cuidado nas diversas maneiras que se desenvolve, seja como cuidado próprio, na dimensão da família, ou por meio das redes que a sustentam e apoiam (BELATO *et al.*, 2016).

Contudo, observa-se uma sensível transformação nessa área de atuação profissional, tornando a família participante do processo de cuidado e ser cuidado, influenciando a teoria e a prática de enfermagem, tendendo para a mudança paradigmática do modelo de cuidado (ELSEN *et al.*, 2016).

A teoria, a prática e a pesquisa de enfermagem apontam evidências de que as famílias impactam significativamente na saúde e bem-estar de cada um de seus membros, podendo influenciar no seu processo saúde-doença. Por isso, o enfermeiro(a) deve considerar o cuidado centrado na família como parte da sua

prática de cuidado à família. À medida que os enfermeiros realizam pesquisas que envolvem famílias no cuidado à saúde e elaboram teorias, contribuem para modificar a prática clínica. Essa modificação consiste em qualificar profissionais enfermeiros para atuar de forma competente em avaliação e intervenção nas famílias (WRIGHT; LEAHEY, 2018).

Nessa perspectiva, o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) é considerado um dos principais modelos de avaliação familiar e abrange uma perspectiva multidimensional de conhecer e avaliar famílias. Apesar de famílias serem compostas por indivíduos, o foco de uma avaliação familiar é concentrar menos nos indivíduos e mais na interação entre seus membros (WRIGHT; LEAHEY, 2018). Na prática, possibilita conhecer a dinâmica familiar e identificar as necessidades vivenciadas nesse contexto.

As mudanças sociais, econômicas e políticas das últimas décadas têm contribuído para as diversas alterações que o conceito de família vem passando. Partindo dessas mudanças, as pessoas estabeleceram novos e variados padrões de relacionamento familiares com esforço para construir laços de afeto e comprometimento. Esses esforços são dificultados por questões relativas à sua normalidade. Diante disso, a compreensão do funcionamento familiar, desde o saudável até o médio e disfuncional, deve considerar a vivência familiar perante os desafios e as mudanças constantes do mundo (WASLH, 2016). De acordo com Barreto (2016), o desenvolvimento humano e familiar é como dois lados mesma moeda e se estende ao longo da vida, nas várias gerações e história.

Para Wright e Leahey (2018), o funcionamento familiar refere-se a como os indivíduos se comportam uns com os outros. É o que pode ser apresentado pela família e observado nela atualmente diante de, basicamente, dois aspectos: o instrumental, referente às atividades de vida diária; e o expressivo, relacionado à comunicação, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões.

No entanto, há muitas contradições na avaliação do funcionamento familiar devido aos pressupostos pessoais dos clínicos e pesquisadores na avaliação e intervenção familiar, implícitos nas normas culturais, e experiências profissionais. Além disso, não há um modelo de funcionamento familiar a ser seguido para que as famílias sejam bem-sucedidas (WALSH, 2016), pois o funcionamento familiar

sadio vai além da ausência de problemas e pode ser identificado com a presença destes, como ocorre na resiliência familiar (WALSH, 2003).

O funcionamento familiar também pode ser compreendido como o alcance das metas da família, incluindo tarefas instrumentais e o bem-estar socioemocional dos membros. Por conseguinte, a possibilidade dos processos serem funcionais depende dos objetivos de cada família, necessidades, situações, desenvolvimento, recursos e influências socioculturais. Por outro lado, disfuncional, refere-se a padrões familiares associados a sintomas de sofrimento, independente da fonte do problema (WALSH, 2016). Para as famílias com problemas de saúde, a avaliação dessa dimensão é essencial, visto que outros membros da família, geralmente, precisam modificar suas rotinas diárias em virtude das necessidades de cuidado da pessoa em processo de adoecimento (WRIGHT; LEAHEY, 2018).

Diante da questão desta pesquisa, o funcionamento familiar pode ser fator protetor para a saúde, e as estratégias para tratamento da obesidade devem considerar esse enfoque como possibilidade de melhorar os comportamentos que influenciam no ganho de peso (SEPÚLVEDA et al., 2020). Por isso, as intervenções familiares para tratar a obesidade infantil são bastante utilizadas, fazendo-se importante conhecer como a dinâmica familiar é afetada por essas intervenções (HOEEG et al., 2020), já que os impactos da doença no ambiente familiar e as formas de enfrentamento são específicos de cada família.

3.4 COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA

Em epistemologia, experiência é o contato direto com aquilo que se apresenta a uma fonte cognitiva de informações (faculdades mentais como a percepção, a memória, a imaginação e a introspecção). É o contato direto com certo conteúdo. Por exemplo, ao olhar para a tela do computador, cada um tem a experiência característica de uma tela de computador (PENDLEBURY, 2018). A experiência significa “ato ou efeito de experimentar, conhecimentos das coisas pela prática ou observação” (MICHAELIS, 2018).

Para compreender o conceito de experiência, faz-se necessário considerar a língua germânica, na qual existem pelo menos duas palavras para “experiência”: Erfahrung e Erlebnis. Erfahrung refere-se à experiência adquirida, aprendizagem pela prática, conhecimento adquirido na vida, não nos livros. Dessa forma, tem

relação com conhecimento adquirido na prática da vida ou na vivência de determinados acontecimentos (AMATUZZI, 2007).

Já Erlebnis tem o sentido mais relacionado à emoção sentida diante de um acontecimento concreto. Para dizer “aquela foi uma experiência incrível”, a palavra mais correta a ser usada seria Erlebnis, não Erfahrung. Por isso, Erlebnis significa mais “vivência” do que aprendizagem; tem mais o sentido de experiência vivida do que de experiência adquirida; mais de presenciar do que de aprender (KELLER, 2002).

Erfahrung seria o aprendido e Erlebnis, o vivido. A primeira palavra destaca o cognitivo acumulado, enquanto a segunda, o emocional momentâneo. Sendo assim, uma vivência Erlebnis é algo imediato e anterior às elaborações mentais que poderiam ser feitas depois, expressa o que é dado de forma imediata, o que é experienciado antes de o indivíduo ter refletido ou elaborado qualquer conceito mais preciso (AMATUZZI, 2007).

Contudo, nem em espanhol, nem em italiano havia um termo que correspondesse exatamente a Erlebnis. Em italiano, tem-se *esperienza*, prática, *conoscenza*, prova, para traduzir a palavra “experiência”, com ênfase no cognitivo, correspondendo, então, a *Erfahrung*. E em espanhol, tem-se *experiencia*, aprendizagem pela prática, pelo viver, que corresponde a *Erfahrung*, experiência adquirida. Porém, Ortega e Gasset (2002) introduziam em espanhol o termo *vivencia* para traduzir o alemão Erlebnis, *vivencia* significa o fato de viver ou experimentar algo e seu conteúdo, entendido dentro de uma perspectiva de intencionalidade (AMATUZZI, 2007).

Alguns pensadores como Husserl, Freud e Nietzsche pesquisaram mais profundamente sobre Erlebnis (BARRETA, 2010; VIERNTEINER, 2013). Para Nietzsche, o conceito de Erlebnis tem triplo significado, o que determinou o uso desse vocábulo na literatura alemã: a vivência tem o caráter de ligação imediata com a vida; o que se vivencia adquire significado para um contexto de vida; a impossibilidade de comensurar racionalmente o conteúdo da vivência, ou seja, sua dimensão estética (VIERNTEINER, 2013).

O significado de vivência confere a ela o status de algo exclusivamente individual. Desse modo, cada vivência é sentida de forma diferente por cada um, sendo única e pessoal, e atua alterando significativamente os contextos de vida (VIERNTEINER, 2013).

Neste estudo, será utilizado o termo “experiência”, tendo em vista que “vivência” também pode ser expressa nas línguas latinas pela palavra “experiência” para traduzir Erlebnis (AMATUZZI, 2007), e também pelo significado da palavra “experiência” nos dicionários de língua portuguesa.

Logo, considerando-se os objetivos deste estudo, entende-se como experiência da família a maneira que ela presencia e experimenta conviver com a criança obesa e o modo como a percepção individual influencia a vida familiar.

4 APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

4.1 TEORIA DA COMPLEXIDADE COMO REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente, no século XXI, percebe-se que os principais problemas, como energia, meio ambiente, mudança climática, segurança alimentar e financeira, não podem mais ser compreendidos isoladamente, pois são problemas sistêmicos, interconectados e interdependentes (CAPRA; LUISI, 2014). Embora suas bases tenham sido formuladas entre as décadas de 30 e 40, o processo de mudança do paradigma mecanicista para o ecológico tem ocorrido de forma não linear há muitos séculos, com retrocessos e avanços nos vários campos da ciência (GOMES *et al.*, 2014).

Nas últimas décadas, ocorreu o desenvolvimento de um Novo Pensamento Sistêmico, denominado Teoria da Auto-Organização ou Teoria da Complexidade (MISOCZKY, 2003), emergindo também uma nova compreensão da vida, sob a ótica do pensamento sistêmico, que se processa por meio das relações, padrões e contextos, em que o planeta como um todo é um sistema vivo e autorregulador (CAPRA; LUISI, 2014).

Parte da fundamentação do Pensamento Sistêmico está na Teoria da Complexidade, uma nova linguagem matemática e um novo conjunto de conceitos que permitem analisar os sistemas vivos complexos. E um dos aspectos mais importantes da concepção sistêmica é o reconhecimento de que as redes constituem o padrão de organização de qualquer sistema vivo. A rede é um padrão comum a todo tipo de vida, é um padrão de relações (CAPRA, 2007), uma ciência que prioriza os processos sobre os eventos, as relações sobre as entidades, o desenvolvimento sobre a estrutura (INGOLD; 1990).

Contudo, todas as teorias, conceitos, definições e propriedades até o momento apresentadas colaboram para a visão complexa e interconectada de mundo, dos sistemas. Os sistemas podem ser simples ou complexos, mecânicos ou naturais. Os sistemas mecânicos têm suas respostas previstas segundo um determinado estímulo, logo os acontecimentos podem ser planejados e controlados. Já nos sistemas adaptativos complexos, as respostas são imprevisíveis e surpreendentes (PLSEK, 2001).

O pensamento sistêmico representou uma revolução na história do pensamento científico ocidental, no qual as propriedades das partes podem ser entendidas apenas segundo a organização do todo de modo contextual e processual. Na perspectiva cartesiana, analisar significa isolar alguma coisa a fim de entendê-la; já no pensamento sistêmico, significa colocá-la no contexto de um todo mais amplo, considerando seu meio ambiente (CAPRA, 1996).

Nessa conjuntura, a Teoria da Complexidade é um movimento transdisciplinar que tentaria restabelecer uma unidade nos estudos da natureza e dos seres humanos. Suas origens estão nas abordagens da cibernética, autopoiese, física, Teorias do Caos e de Sistemas Dinâmicos (MISOCZKY, 2003). No mundo não linear, comportamentos complexos e visivelmente caóticos podem dar origem a estruturas ordenadas, com padrões admiráveis (CAPRA, 1997).

Em sistemas não lineares ou dinâmicos, pequenas mudanças podem ter efeitos muito grandes, pois podem ser amplificados repetidamente pela realimentação de auto reforço. Esses processos de realimentação não lineares constituem o fundamento das instabilidades e da emergência de novas formas de ordem da auto-organização. Matematicamente, um laço de realimentação corresponde a um tipo de processo não linear, conhecido como iteração, repetição. Dessa forma, regras simples de interação dão origem a estruturas mais complicadas do que se pode imaginar (CAPRA, 1996).

A interação ou relação entre os componentes torna os elementos interdependentes e caracteriza o sistema, diferenciando-o do aglomerado de partes independentes (VASCONCELLOS, 2010). Assim, os fenômenos não podem ser considerados isoladamente, mas como parte de um todo (PINHEIRO; CREPALDI; CRUZ, 2012).

Alguns processos de sistemas só podem ser compreendidos no universo dos Sistemas Adaptativos Complexos (SAC), visto que os episódios podem surgir da simplicidade, e pequenas mudanças podem provocar resultados enormes (princípio da não linearidade), com o reconhecimento do comportamento emergente, da imprevisibilidade, inexatidão e auto-organização (PLSEK, 2001). Capra (2005) ainda define os SAC como sinônimos de redes complexas, que têm componentes de um sistema.

Dessa forma, as situações complexas estão repletas de incerteza e imprevisibilidade, assim como o desenvolvimento humano e suas inter-relações

(GLOUBERMAN; ZIMMERMAN, 2002; CLARK, 2013). E para explicar a dinamicidade e complexidade específica da organização dos sistemas vivos, Capra faz uso da terminologia “autopoiese”, difundida pelo neurocientista chileno Humberto Maturana, que significa autocriação, padrão de organização dos sistemas vivos. Na autopoiese, a rede produz a si mesma pela manutenção das conexões e ações geradas por seus componentes. A autopoiese tem características do modelo de redes de Capra, representada de forma circular, o que remete a conexões cíclicas de realimentação com fluxos variáveis (CAPRA, 1996).

Böing, Crepaldi e Moré (2009) defendem os benefícios da abordagem sistêmica pelos profissionais de saúde, uma vez que a compreensão da complexidade do processo saúde-doença sugere a necessidade da atuação interdisciplinar para a efetiva atenção integral, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. Segundo as autoras, o Pensamento Sistêmico pode fornecer base para o profissional refletir, flexibilizar e contextualizar suas práticas, possibilitando respostas e ações eficientes para as demandas da atenção básica.

Pensar de forma sistêmica significa considerar que os fatos não são previsíveis e que o profissional de saúde/pesquisador faz parte do sistema no qual intervém/estuda. Assim, com o uso do pensamento sistêmico, o profissional amplia seu olhar sobre o contexto e o processo, questiona a problemática apresentada e trabalha com as pessoas envolvidas, com estratégias mais funcionais de relacionamento. Essa abordagem permite intervenções para modificar os padrões de interação disfuncionais e desenvolver formas de relacionamento mais funcionais, tornando o sistema mais saudável (GOMES *et al.*, 2014).

Tendo em vista que algumas vezes a assistência à saúde não é pautada em uma evidência científica, a Teoria da Complexidade pode contribuir com soluções efetivas, desde que exista consenso sobre a melhor prática para o tratamento da doença e a abordagem seja considerada válida (TUFFIN, 2016).

Ao ver uma organização como um sistema complexo, as conexões entre os componentes individuais e suas interações podem levar ao surgimento de novos e imprevisíveis resultados, com a compreensão de que o comportamento humano mostra “padrões de atração” (PLESK, 2001), segundo os quais os indivíduos tendem para um determinado conjunto de atitudes que podem ser erroneamente interpretadas como resistência à mudança. Nessas ocasiões, a ênfase seria na

(continua)

descoberta de uma assistência que interagisse com o outro para introduzir novos "atrativos" e, assim, influenciar comportamentos e atitudes (TUFFIN, 2016).

Atualmente, a Teoria da Complexidade tem sido utilizada amplamente em pesquisas, com destaque nas investigações que exploram a translação do conhecimento e a colaboração interprofissional. Contudo, ainda não é bem esclarecida a melhor forma de conceituar e operacionalizar a Teoria da Complexidade na pesquisa em serviços de saúde.

Um estudo indicou que os relacionamentos, a auto-organização e a diversidade são as características mais comuns da Teoria da Complexidade aplicadas na pesquisa e nos serviços de saúde. Uma propriedade comumente apontada pelos autores da teoria trata-se dos relacionamentos e da comunicação entre os indivíduos de um sistema, bem como da maneira que esses processos podem influenciar a mudança (THOMPSON *et al.*, 2016).

Para Capra (1996), a família pode ser estudada a partir da autopoiese e da cognição, pois, além de ser um sistema biológico, também é um domínio social permeado por símbolos e conceitos mutáveis relacionados com papéis e funções familiares. Para ele, a família é um sistema social, como redes complexas, que tem propriedades como auto-organização, retroalimentação, automanutenção, não linearidade, interconexão, história inicial, atratores, sistemas abertos ou fechados.

Para Teodoro (2020), a família é como um sistema que faz uso de estratégias emergentes para gerenciar eventos inesperados, como problemas financeiros ou descoberta de uma doença. Nesse contexto, a família pode ser compreendida como um sistema aberto que troca informações com o ambiente, porém, mantém-se fechada quando se trata de seus valores e regras internas. Por isso, tem capacidade de autorregeneração, auto-organização e autogestão perante as imprevisibilidades.

O quadro a seguir, elaborado pela mesma autora, apresenta as propriedades dos SAC e suas relações com a vivência familiar.

QUADRO 1 - Propriedades dos SAC e a relação com a vivência familiar (continua)

Propriedades dos SAC	Definições	Relação com a vivência familiar
Autopoiese	Autonomia de "fazer a si mesmo", isto é, o sistema é capaz de se sustentar por meio de processos autogeradores dentro do seu	A autonomia é própria do ser humano, entretanto, com relação à família, subentende-se que os membros são seres cognitivos e que se relacionam

(continua)

Propriedades dos SAC	Definições	Relação com a vivência familiar
	ambiente. Além disso, o sistema se sustenta por meio da comunicação entre os elementos que o constituem (MATURANA; VARELA, 1995; CAPRA, 1996).	entre si. A comunicação e relação interfamiliar são dependentes dos laços afetivos, da distância geográfica, da situação socioeconômica e da cultura (KAGITCIBASI, 2005).
Automanutenção	A automanutenção é um mecanismo de autorregeneração, ou seja, o ser vivo constrói-se a si mesmo a partir das regras internas (MATURANA; VARELA, 1995; CAPRA; LUISI, 2014)	A automanutenção é um conceito secundário da autopoiese. Para a vivência familiar ele pode exprimir a ideia de uma família que tem um membro internado em unidade de terapia intensiva, que precisa se regenerar, a partir de seus valores, para lidar com a situação e reestruturar a dinâmica da família (GAEENI <i>et al.</i> , 2014).
Sistema fechado	Regras internas que geram a própria rede e delimitam sua fronteira com o ambiente externo. Isto é, nenhuma informação externa irá especificar um ser vivo, toda informação para a composição de um ser vivo está contida no self (CAPRA; LUISI, 2014).	A família e a sua vivência estão permeadas por regras internas, como moral e valores familiares, as quais dificilmente são mudadas por fatores externos (CORREA; BELLATO; ARAÚJO, 2015).
Sistema aberto	Um ser vivo é um sistema organizado que determina a organização interna, mas tornar-se-á aberto ao ambiente para atualizar o seu próprio ambiente (CAPRA; LUISI, 2014), isto é, o meio externo só desencadeia mudanças estruturais do sistema (CAPRA, 2005).	A inserção da mulher no mercado de trabalho, seja por necessidade financeira ou por conquista pessoal, força os membros familiares a assumirem as funções que esta exercia para a organização ou manutenção domiciliar e familiar. Assim, os cônjuges têm participado mais do cuidado aos filhos ou dos feitos domésticos (CROFT <i>et al.</i> , 2014).
Auto-organização	A auto-organização está relacionada à dinâmica entre o sistema aberto e o ambiente externo. Pois, quando há uma instabilidade no sistema, há a possibilidade de derivar novas estruturas ou formas de ordem (CAPRA, 2005).	A instabilidade pode ser entendida em termos de doenças crônicas ou hospitalizações de longa permanência, as quais promovem instabilidade na homeostase familiar. Assim, a família irá adequar as atividades diárias, atribuir funções aos membros, para que o membro adoecido possa ser cuidado (GAEENI <i>et al.</i> , 2014).
Emergência	É a origem de propriedades novas que inexistiam em cada componente do sistema (CAPRA; LUISI, 2014).	A emergência na vivência familiar pode ser comparada ao diagnóstico inesperado de uma doença crônica (BELLATO <i>et al.</i> , 2016).

(conclusão)

Propriedades dos SAC	Definições	Relação com a vivência familiar
Retroalimentação	A retroalimentação está associada à emergência, pois pequenas alterações podem causar efeitos dramáticos e, assim, a retroalimentação amplifica e dá sequência a instabilidades, das quais surgem novas formas de organização (CAPRA; LUISI, 2014).	Como explanado na emergência, o diagnóstico de uma doença ou a hospitalização de um membro irá alterar a dinâmica familiar; os membros irão assumir responsabilidades que nunca lhes foram atribuídas e isto trará instabilidade ao núcleo familiar. Consequentemente, uma nova organização familiar emergirá (BELLATO <i>et al.</i> , 2016; CORREA; BELLATO; ARAÚJO, 2015).
Não linearidade	Consiste basicamente na reação de uma ação, porém a reação resultante é imprevisível (CAPRA, 2005).	O câncer em mulheres jovens pode ocasionar preocupações concernentes à fertilidade, concepção e recidiva do câncer. Essas consequências podem ou não impactar ou dissolver o relacionamento conjugal (GORMAN <i>et al.</i> , 2012).
Atratores	São padrões geométricos e matemáticos que descrevem a dinâmica da não linearidade. Ademais, os atratores são elementos que ganizam o sistema em torno de um ponto (CAPRA, 1996; CAPRA, 2005; CAPRA; LUISI, 2014).	Os atratores, na vivência familiar, assimilam-se aos rearranjos familiares em torno do elemento "central" (GLEESON; HSIEH; CRYER-COUPET, 2016).
Imprevisibilidade	A imprevisibilidade é um produto da dinâmica não linear, não há como prever o comportamento de um ser vivo após uma ação (CAPRA, 2005).	A imprevisibilidade é uma característica comum entre familiares com crianças com câncer. Os familiares relatam incertezas sobre a longevidade da criança ou se esta tornar-se-á independente física ou financeiramente (LUCAS <i>et al.</i> , 2016).
História inicial	História inicial consiste em uma condição inicial que altera o comportamento de um sistema. Além disso, a história inicial pode levar a trajetórias distintas e imprevisíveis (CAPRA; LUISI, 2014).	Famílias com membros com câncer alteram seu comportamento de formas distintas. Às vezes, encorajam-se para oferecer suporte emocional ao adoecido ou se distanciam da situação como mecanismo de defesa (COYNE; WOLLIN; CREEDY, 2012).
Interconexão	Os elementos não devem ser considerados isoladamente, mas, sim, interconectados, para que se possa alcançar uma visão em rede ou sistêmica (CAPRA, 1996).	Em casos de violência doméstica, os profissionais de saúde devem adotar a visão sistêmica para que o ciclo de agressão seja interrompido. Para tanto, deve-se reconhecer as interconexões do sistema de apoio e de saúde. E, acima de tudo, devem-se definir os atores da violência doméstica e os valores sociais para que, assim, se possa visualizar a problemática em rede (FERNANDES; MAZZA; LENARDT, 2013).

FONTE: Adaptado de Teodoro (2020).

Diante do exposto, a família foi considerada um SAC nesta pesquisa, composto por subsistemas (membros familiares), todos interconectados por suas relações e interações, e a Teoria da Complexidade foi empregada para a compreensão da experiência da família que convive com a obesidade infantil,

considerando principalmente as propriedades de autopoiese, auto-organização e interconexão.

4.2 A TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS COMO REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.2.1 Contextos e Perspectivas metodológicas

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* (GT) é um recurso metodológico que tem como finalidade descobrir processos sociais dentro de determinada experiência. Surgiu com os sociólogos Barney Glaser e Anselm L. Strauss, na década de 60, pelas análises teóricas sobre a organização social e morte. Nessa época, os pesquisadores quantitativos viam a pesquisa qualitativa como não sistemática e tendenciosa. No livro *The Discovery of grounded theory* (1967), os sociólogos articularam estratégias e defenderam o desenvolvimento de teorias com respaldo em pesquisa baseada em dados, em vez da dedução de hipóteses analisadas segundo teorias já existentes. Também propuseram que a análise qualitativa sistemática pudesse gerar teoria (GLASER; STRAUSS, 1967).

Desde seu surgimento, a TFD foi refinada ou modificada por Glaser e Strauss, como também por outros autores, e apesar da colaboração inicial os dois autores acabaram divergindo quanto ao significado e procedimentos (GOMES *et al.*, 2015). Glaser criticou a abordagem de Strauss como muito prescrita e estruturada (GLASER, 1992). E em 2006, Katy Charmaz introduziu uma perspectiva interpretativa e defendeu a Teoria Fundamentada Construtivista.

Charmaz defende uma perspectiva construtivista social que enfatiza múltiplas realidades e as complexidades de mundos, visões e ações particulares. Com uma abordagem interpretativa da pesquisa, enfatiza crenças, sentimentos e ideologias dos indivíduos (CRESWELL, 2014). Uma perspectiva mais recente da teoria fundamentada é a de Clarke (2005), com abordagem “após a virada pós-moderna” (grifo da autora), que considera a natureza política da pesquisa, interpretação, reflexividade, reconhecimento dos problemas de representação da informação, reposicionando o pesquisador como um participante reconhecido. Por meio dessas diferentes interpretações, a teoria fundamentada ganhou espaço em

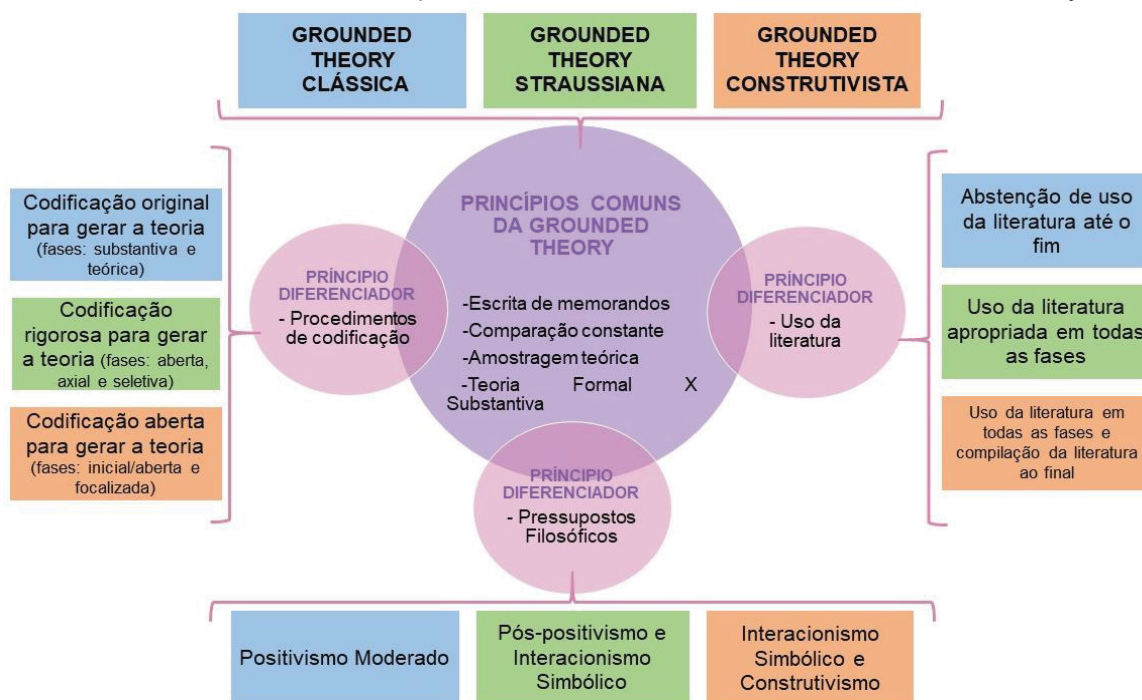
campos como a sociologia, enfermagem, educação, psicologia e outros campos das ciências sociais.

Contudo, existem três principais perspectivas metodológicas de TFD: a Clássica ou tradicional (elaborada por Glaser), a Relativista ou Straussiana (representada por Strauss e Corbin) e a Construtivista (defendida por Katy Charmaz). Essas diferentes abordagens foram constituídas em função da evolução do pensamento científico e dos paradigmas norteadores da pesquisa qualitativa (SANTOS *et al.*, 2016).

Algumas semelhanças entre as três correntes da TFD são em relação às técnicas de amostragem, saturação teórica dos dados, análise comparativa constante, elaboração de memorandos e diagramas, sensibilidade teórica e teoria substantiva (BARRETO; GARCIA-VIVAR; MARCON, 2018). Segundo Santos e colaboradores (2018), o sistema de análise de dados é uma das principais diferenças entre elas.

Embora compartilhem princípios fundamentais, as perspectivas Clássica, Straussiana e Construtivista contrastam-se em três aspectos principais: 1) nos procedimentos de codificação (análise de dados); 2) nas suas proposições filosóficas; e 3) no uso da literatura. A figura abaixo explicita e detalha esses contrastes, com base em Kenny e Fourie (2015):

FIGURA 1 - Princípios semelhantes e diferenciadores da Grounded theory



FONTE: Traduzido e adaptado de Kenny e Fourie (2015).

Legenda:

O círculo roxo representa as semelhanças entre as três perspectivas de GT.

Os círculos rosas indicam os princípios nos quais se diferenciam.

As caixas azuis apontam as características da GT Clássica.

As caixas verdes apontam as características da GT Straussiana.

As caixas laranjas apontam as características da GT Construtivista.

Conforme apresentado no diagrama da Figura 1, as três correntes metodológicas de TFD são distintas. No entanto, o pesquisador não precisa necessariamente adotar a forma pura de uma corrente, havendo liberdade para “borrar” as fronteiras entre TFD Clássica, Straussiana ou Construtivista. Assim, embora existam princípios claros que as diferenciem, e o pesquisador precise garantir uma abordagem consistente, há espaço para criatividade e flexibilidade na execução da metodologia da TFD selecionada (KENNY; FOURIE, 2015).

Ressalta-se que a perspectiva metodológica da TFD deve ser definida a partir do objeto de pesquisa e da abordagem por meio da qual o pesquisador gostaria de estudá-lo. Por conseguinte, a melhor vertente metodológica é aquela que mais se adéqua à visão de mundo do pesquisador, ao referencial teórico e à problemática da pesquisa (SANTOS *et al.*, 2018).

Neste estudo, elegeu-se a abordagem construtivista de Katy Charmaz para compreender o processo de experiência da família em conviver com uma criança com obesidade, pois a perspectiva construtivista permitiu fazer um “retrato” a partir da experiência, construção dos significados e opiniões sobre esse fenômeno. Essa escolha deve-se aos procedimentos adotados na codificação e à necessidade de utilização de conceitos relacionados à família para compreensão dos conceitos emergentes do processo de análise de dados.

O conhecimento do percurso metodológico e sua implementação adequada possibilita aos pesquisadores de enfermagem solidificar seus resultados enquanto ciência (GOMES *et al.*, 2015).

A TFD incentiva a autonomia de pesquisadores e estes devem confiar que a metodologia permitirá o desenvolvimento de uma teoria significativa, contando a forma utilizada pelos participantes para resolverem suas principais preocupações. Por isso, é um dos métodos qualitativos mais utilizados na enfermagem (ANDREWS *et al.*, 2017). Apesar de frequentemente utilizada, precisa ser incentivada por profissionais dessa área devido à necessidade de estudos com

rigor metodológico que permitam produção de conhecimento de qualidade para auxiliar e modificar a prática profissional (KOERICH *et al.*, 2018).

As teorias fundamentadas são classificadas em dois grandes grupos: as substantivas, que tratam de problemas específicos, delimitados às situações e contextos particulares; e as teorias formais, que geram conceitos de alto nível de abstração e explicitam a relação entre eles para a compreensão de problemas em múltiplas áreas substantivas. As teorias produzem insights elucidativos e dão sentido a problemas complexos (CHARMAZ, 2009). A autora enfatiza ainda sua preferência pela teorização, em vez do resultado da teoria, e defende que é uma prática de construção de compreensões abstratas sobre o mundo e dentro dele, sendo a principal contribuição do método oferecer diretrizes para prática.

A TFD proporciona a construção de uma teoria baseada em dados que podem ser oriundos de diferentes fontes, construída a partir de uma vivência social. Permite a compreensão do fenômeno a partir da realidade na qual está inserido pela identificação, desenvolvimento e relação de conceitos, por meio de uma detalhada análise comparativa dos dados coletados. Esse processo não parte de pressupostos e não tem o objetivo de testar os achados, desde que possibilite adicionar novas perspectivas de atuação (GOMES *et al.*, 2015).

Por essa razão, é uma ferramenta importante para direcionar investigações, já que permite a compreensão do comportamento humano, considerando as experiências como eventos sociais. E essa característica implica em constante reflexão sobre o que está sendo pesquisado, como estão pesquisando e como está sendo apresentando o conhecimento produzido (GIRARDON-PERLINI; SIMON; LACERDA, 2020).

4.2.1 Componentes e especificidades da Teoria Fundamentada dos Dados

Os componentes determinantes da teoria fundamentada são: coleta e análise de dados simultânea; construção de códigos e categorias analíticas com base nos dados; comparações constantes durante cada etapa da análise; avanço no desenvolvimento da teoria em cada passo da coleta e da análise de dados; redação de memorandos para elaborar categorias, especificar suas propriedades, determinar relações entre as categorias e identificar lacunas; amostragem para

construção da teoria; e revisão bibliográfica após o desenvolvimento de uma análise independente (GLASER; STRAUSS, 1967).

Os dados podem ser oriundos de notas de campo, entrevistas, informações de gravações e relatórios. Também pode ser feita uma combinação de técnicas com o uso de outras fontes de dados, como fotos, vídeos, documentos e observação participante. Mas, não é obrigatória a utilização desses recursos e o percurso metodológico é estabelecido conforme a necessidade da utilização (KOERICH *et al.*, 2018).

A coleta de dados é orientada pela amostragem teórica “cujo objetivo é procurar locais, pessoas ou fatos que maximizam oportunidades de descobrir variações entre os conceitos” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 195). Com a aplicação da amostragem teórica os dados são coletados visando potencializar a formulação de conceitos e a densidade das categorias com o desenvolvimento de suas propriedades e dimensões (SANTOS *et al.*, 2018). A amostragem desenvolve-se durante o processo da pesquisa, em vez de ser predeterminada.

Inicialmente, os dados são coletados com pessoas pertinentes para responder à questão e objetivos da pesquisa. Conforme os dados vão sendo coletados e analisados, os próximos sujeitos ou fontes de dados podem ser escolhidos segundo a necessidade específica para o preenchimento de lacunas do conhecimento (KENNY; FOURIER, 2015).

Uma das estratégias para a obter a amostragem teórica é a composição de grupos amostrais com participantes diferentes, mas com experiências relevantes em relação ao fenômeno” (SANTOS *et al.*, 2018, p. 2). O pesquisador coleta, codifica e analisa os dados e, de acordo com as informações disponíveis, decide que tipo de dados que coletará em seguida, formando os grupos amostrais, buscando eventos ou incidentes indicativos de categorias, até que ocorra a saturação teórica (GLASER; STRAUSS, 1967).

A saturação teórica é atingida quando nenhum dado novo ou relevante emerge, quando as categorias desenvolvidas alcançam densidade e permitem a compreensão do fenômeno estudado (GLASER; STRAUSS, 1967).

A análise de dados na TFD, também chamada de codificação, é a interpretação dos segmentos de dados para sintetizá-los em categorias e define a estrutura analítica para a construção da análise. Na codificação, a linguagem desempenha papel fundamental, pois “conhecemos o mundo empírico por meio da

nossa linguagem das atitudes que tomamos diante dele “ (p. 73). À medida que os códigos vão sendo definidos, tenta-se compreender as opiniões e atitudes dos participantes a partir das suas perspectivas (CHARMAZ, 2009).

A coleta de dados na TFD ocorre paralelamente à análise, devendo os dados gerados ser relevantes e fortes para gerar uma teoria fundamentada. Na prática, o processo da pesquisa é não linear, uma vez que os pesquisadores param e escrevem sempre que surge uma ideia e, muitas vezes, têm que retornar ao campo para obter uma perspectiva mais aprofundada. Sendo assim, desde o início da codificação, o pesquisador utiliza o método comparativo constante para estabelecer distinções e comparações em cada nível do processo analítico (CHARMAZ, 2009).

Fazer comparações é uma característica fundamental desse método. Além de comparar incidentes para classificá-los, também são utilizadas para estimular o pensamento sobre as propriedades e dimensões para guiar a amostragem teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os dados são analisados linha a linha e cada incidente é codificado com uma descrição de suas características conceituais para, posteriormente, serem agrupados em categorias. O pesquisador coleta, codifica, analisa e categoriza os dados em três níveis de comparação constante: 1) códigos comparados com códigos; 2) códigos comparados com categorias emergentes; 3) categorias são comparadas entre si. Pode-se fazer a quarta análise comparativa final entre a teoria emergente e a literatura (GLAZER; HOLTON, 2007).

No primeiro momento, são comparados dados com dados para identificar semelhanças e diferenças. Comparam-se enunciados e incidentes dentro da mesma entrevista e depois de entrevistas diferentes, dados das primeiras e das últimas entrevistas do mesmo indivíduo ou observações dos eventos em tempos e locais distintos. Na observação de atividades de rotina, pode-se comparar o que acontece em um dia e nos dias seguintes com a mesma atividade. Nesse processo comparativo, a redação dos memorandos é essencial por incentivar o pesquisador a analisar seus dados e códigos desde o início do processo de pesquisa (CHARMAZ, 2009).

Os memorandos são registros escritos de análise usualmente utilizados como lembretes ou fontes de informação. Podem ser elaborados como notas de codificação, notas operacionais, notas teóricas e/ou subvariações desses tipos. Os

memorandos devem ser analíticos, conceituais, não descritivos e evoluir com o processo da pesquisa, crescendo em complexidade, densidade e clareza (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Além dos memorandos, as representações gráficas e/ou diagramas auxiliam na organização da análise dos dados. Um diagrama pode representar visualmente as categorias e suas relações, mostrar ideias concretas do pesquisador e sugerir um conteúdo e a direção da análise (CHARMAZ, 2009).

Os diagramas são como memorandos visuais, e não escritos, pois mostram as relações entre os conceitos. Os memorandos e diagramas armazenam ideias analíticas que podem ser classificadas, ordenadas, reordenadas e acessadas quando necessárias para análise. Esses registros forçam o pesquisador a trabalhar com conceitos, e não com os dados brutos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A construção da teoria na TFD é atribuída ao desenvolvimento da sensibilidade teórica (GLASER, 1978). E para alcançar essa sensibilidade, observa-se a vida estudada partindo de múltiplas perspectivas, fazendo comparações, seguindo pistas e explorando ideias.

Contudo, é importante considerar como e quando ocorre avanço na análise e questionar o quanto conseguiu alcançar na familiaridade com o fenômeno antes de transpor a análise. Um dos pontos fortes da teoria fundamentada é a sua aplicabilidade em áreas substantivas, e os métodos indutivos e as generalizações contextualizadas corroboram esse resultado (BURAWOY, 2000).

4.2.2 A Teoria Fundamentada Construtivista de Katy Charmaz

A TFD é um referencial metodológico que serve como meio de aprendizagem sobre os mundos estudados e como método para a elaboração de teorias para compreendê-los. Nos trabalhos clássicos de Glaser e Strauss, fala-se sobre a descoberta da teoria como algo que surge dos dados, em separado do pesquisador. Já Charmaz compreende que as teorias fundamentadas são construídas por meio do envolvimento e interações entre pesquisador, pessoas, perspectivas e práticas de pesquisa (CHARMAZ, 2009).

A trajetória de Katy Charmaz foi iniciada por volta da década de 60 durante seu doutoramento em Sociologia na Universidade da Califórnia, sob orientação de Anselm Strauss, na pesquisa da teoria fundamentada. Seguiu desde então sua

própria perspectiva, e seu trabalho em teoria fundamentada construtivista inspira a pesquisa em muitas disciplinas (CHARMAZ; KELLER, 2016).

A teoria fundamentada de Charmaz tem perspectiva Interacionista Simbólica e sua posição é consistente com a filosofia construtivista, que defende que a pesquisa é influenciada e esclarecida pelo contexto em que o pesquisador está envolvido (CHARMAZ, 2006). A respeito disso, alega-se que “a teoria fundamentada construtivista é parte integrante da tradição interpretativa e a teoria fundamentada objetivista deriva do positivismo” (CHARMAZ, 2009, p. 177).

Katy Charmaz reformulou a metodologia da TFD, retomou as principais ferramentas da TFD de suas origens positivistas para elaborar uma metodologia mais flexível, intuitiva e aberta que se encaixe com um paradigma construtivista (CHARMAZ, 2000). Todavia, afirmar que o estudo é construtivista ou objetivista depende da maneira que suas características-chave estão de acordo com uma ou outra tradição. No quadro 2 a seguir, elencam-se algumas características e considerações relevantes sobre essa abordagem.

QUADRO 2 - Características e considerações sobre a teoria fundamentada construtivista (continua)

CARACTERÍSTICA	CONSIDERAÇÕES
✓ Descoberta das relações	- Descoberta de como e quando a experiência estudada está entroposta em posturas, redes, situações e relações mais amplas, e até ocultas; - Evidências das diferenças e distinções entre as pessoas, das relações de poder e da comunicação que mantêm essas distinções; - Observação das condições nas quais essas diferenças e distinções surgem e são mantidas.
✓ Conduta reflexiva	- Conduta reflexiva em relação ao processo e produção da pesquisa; - Reflexão sobre a maneira que a teoria se desenvolve, atentando para o quanto os pesquisadores e participantes da pesquisa interpretam os significados e ações.
✓ Análise contextualizada	- Há possibilidade de análises descontextualizadas quando não consideram ou não têm segurança, ainda, do contexto; - Análises descontextualizadas obscurecem o sentido dos elementos construtivistas da teoria fundamentada, já que o pesquisador pode forçar seus dados às suas generalizações anteriores, se não tiverem contextualização suficiente para fundamentar novos dados; - A busca de princípios fundamentais contextualizados aumenta as oportunidades de complexidade da teoria e resulta em um estudo aprofundado do fenômeno.
✓ Teoria interpretativa	- A abordagem construtivista incentiva o pesquisador a teorizar na tradição interpretativa, levando-o a investigar e interpretar as afirmações ou atitudes implícitas; - As teorias interpretativas dão prioridade à revelação de padrões e xões, e não ao raciocínio linear. Destacam as práticas e ações, em vez xplicar a realidade;

(conclusão)

CARACTERÍSTICA	CONSIDERAÇÕES
	- Ao teorizar, o pesquisador alcança os fundamentos e as abstrações, aprofundando a análise da experiência; - Os conceitos obtidos com a teorização atingem “a essência da vida” estudada (grifo da autora) e propõem novos questionamentos a respeito desta; - Cada teoria leva consigo “a marca de seus interesses e das ideias do seu autor” refletindo seu contexto histórico e disciplina de origem (p. 191); - A teorização interpretativa visa à conceituação de um fenômeno para entendê-lo em termos abstratos; a articulação dos argumentos teóricos relativos à profundidade, ao poder e à relevância; o reconhecimento da subjetividade na teorização e, em consequência, o papel da negociação, do diálogo, e do entendimento.

FONTE: Adaptado de Charmaz (2009).

A codificação direciona os dados para análise desde as etapas iniciais, dessa forma o pesquisador pode se familiarizar com a codificação da teoria fundamenta por meio da prática, conservando-se aberto aos eventos da pesquisa, tendo insights e descobrindo significados. Procura-se saber o que está ocorrendo no ambiente, na vida das pessoas e nas linhas de dados registradas (CHARMAZ, 2009).

A codificação de Charmaz é mais interpretativa, intuitiva e impressionista do que a TFD Clássica ou Straussiana. A autora enfatizou as entrevistas intensivas para explorar os significados que os participantes atribuem às suas experiências (Charmaz, 2006). Cabe destacar que a codificação se diferencia da lógica quantitativa que aplica categorias e códigos preconcebidos aos dados, tendo em vista que o pesquisador cria seus próprios códigos ao definir o que observa. Nesse processo, pesquisador interage com os dados, questionando-os de diferentes maneiras, e a linguagem desempenha papel fundamental, pois “conhecemos o mundo empírico por meio da linguagem” (CHARMAZ, 2009, p. 73). A autora recomenda a análise em, pelo menos, duas etapas, conforme descritas no Quadro 3 a seguir:

QUADRO 3 - Análise de dados na TFD segundo Katy Charmaz

ETAPA DE ANÁLISE	DESCRIÇÕES E RECOMENDAÇÕES
1) Codificação Inicial ou Aberta	- São feitas a leitura e a transcrição de cada entrevista, tendo em vista a construção das categorias iniciais; - Ocorre a denominação de cada palavra, linha ou segmento de dado; - Os dados são codificados como ações e observados em cada segmento, em vez de aplicar categorias preexistentes aos dados; - A utilização das formas substantivas de verbos, como revelar, definir, sentir ou querer, ajuda a definir o que está acontecendo em um fragmento de texto, expõe processos implícitos, para fazer conexões entre códigos, e mantém as análises ativas e emergentes; - Sugere-se empregar duas questões-chave: "Qual é a principal preocupação dos participantes?" e "Como eles resolvem essa preocupação?" para obter uma visão central dos dados coletados; - É proposta também a utilização de códigos in vivo, utilizando a linguagem dos participantes como códigos para ajudar a manter os significados relativos às opiniões e atitudes dos participantes na codificação; - Deve-se estar aberto para todas as direções teóricas indicadas pela leitura dos dados para, em seguida, identificar na codificação focalizada as categorias que se destacam; - Os códigos iniciais são provisórios, sendo possível reformulá-los para melhor ajustá-los e, assim, capturar os significados e as ações do fenômeno; - Codificam-se ações em vez de temas, utilizando verbos no gerúndio. Essa prática ajuda a identificar processos, transmitindo a sensação de ação e sequência; - A codificação palavra por palavra e linha a linha auxiliam o pesquisador a ver aquilo que já lhe é conhecido sob uma nova perspectiva; - O pesquisador pode ter conhecimento das lacunas nos seus dados já no início da pesquisa, identificar as fontes de dados necessárias e coletá-los (amostragem teórica).
2) Codificação Focalizada	- Esta etapa permite separar, classificar e sintetizar grande quantidade de dados; - O pesquisador deve identificar os códigos que são recorrentes ou relevantes para analisar o fenômeno estudado. Esses códigos normalmente têm força analítica e são pertinentes para carregar o peso da análise; - Os códigos mais relevantes são elevados como categorias teóricas provisórias e, posteriormente, submetidas à análise por meio das técnicas de amostragem teórica, saturação teórica e redação de memorandos; - Relacionam-se as categorias com as subcategorias, especificam-se suas propriedades e dimensões, reagrupando os dados que foram fragmentados anteriormente na codificação inicial, sendo necessária uma tomada de decisão sobre quais códigos iniciais permitirão melhor compreensão; - A codificação de incidentes ajuda a descobrir padrões e contrastes; - Nessa fase, os códigos são mais direcionados, seletivos e conceituais; - É possível ter insights significativos a respeito de como as ações dos participantes da pesquisa adaptam-se ou entram em conflito; - A integração teórica tem início com a codificação focalizada seguindo pelas demais etapas analíticas subsequentes.

FONTE: Adaptado de Charmaz (2008; 2009).

A análise construtivista, geralmente, resulta em compreensão interpretativa do pesquisador do processo social estudado, em vez de de explicação, que se apresenta em forma de uma “história” (grifo do autor). Nesse aspecto, os teóricos da TFD construtivista argumentam que essa abordagem para teoria fundamentada

não negligencia a abstração ao construir a conceituação com a descrição, tendo em vista que a história final inclui categorias, condições, relações conceituais e consequências (HALLBERG, 2006). Diante disso, espera-se que o pesquisador interprete os dados e forneça uma representação do comportamento coletivo fundamentada nas informações coletadas com os participantes.

A respeito da Literatura, Charmaz defende que deveria ser utilizada ao longo do estudo e para evitar que o pesquisador fique imerso na literatura e/ou perca a criatividade aconselhou a redação de um capítulo específico depois da análise dos dados. Essa proposta facilita revisão abrangente da literatura sem comprometer a criatividade do pesquisador (CHARMAZ, 2006).

Neste estudo, empregou-se a abordagem construtivista, proposta por Katy Charmaz, por enfatizar mais a compreensão que a explicação, apontar a relação dos fatos e reunir as experiências e seus diversos significados por meio de uma narrativa sobre a vida social.

5 DESCREVENDO A TRAJETÓRIA DO ESTUDO

Um aspecto fundamental nos estudos sobre família é a definição da unidade de análise como um dos pressupostos conceituais e teóricos que sustentarão a coleta e a análise de dados (ÂNGELO *et al.*, 2009). Na presente pesquisa, o foco é a compreensão da experiência familiar de crianças com obesidade, os contextos e as interações, portanto, trata-se de uma Pesquisa de Família.

A pesquisa de família é compreendida e desenvolvida tendo em vista a compreensão da unidade familiar. A pesquisa que considera respostas individuais de membros da família é a pesquisa relativa à família. Ambas constituem pesquisa sobre família e contribuem para o conhecimento sobre família (BELL; WATSON; WRIGHT, 1990).

Entende-se que a obesidade, assim como qualquer outra doença, interfere nos processos interpessoais, podendo ser melhor compreendida na perspectiva da família por provocar mudanças nas suas condições de vida. Por isso, a Família será vislumbrada como um grupo e considerada como Unidade de Análise.

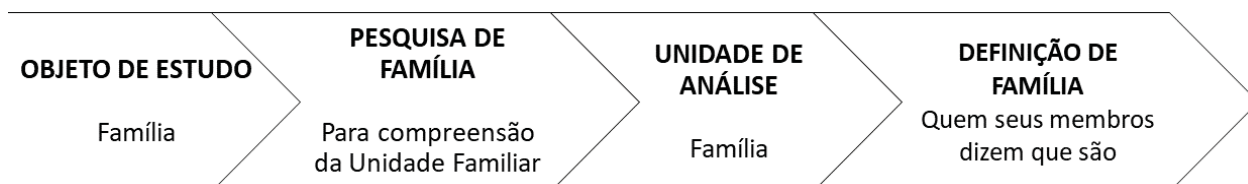
Considerar a família como Unidade de Análise “requer compreensão de um objeto complexo, dinâmico e plural, ao qual se relacionam várias possibilidades de definições” (p. 349). Em razão disso, é desafiador apontar uma definição para a família que se pretende conhecer, pois não há um único modelo ou forma de organização familiar (MAZZA *et al.*, 2018).

Na pesquisa que aborda a família como unidade de análise, é possível enxergar os dois sistemas: o indivíduo e a família, bem como os padrões de interação e relacionamento como unidade (KURKI; PAAVILAINEN; LEHTI, 2001), visto que não se pode compreender o todo sem ver suas partes e relacionamentos (ROBINSON, 1995).

Tendo em vista a família e suas possíveis configurações, faz-se necessário apontar uma definição para indicar a família que se quer estudar e quem serão os participantes (MAZZA *et al.*, 2018), e considerando as particularidades e possibilidades das composições e arranjos familiares, será aplicada nesta pesquisa a definição de “família é quem seus membros dizem que são” (WRIGHT; LEAHEY, 2008).

Para otimizar a compreensão dos fundamentos relacionados à família empregados neste estudo, apresenta-se o seguinte diagrama:

FIGURA 2 - Diagrama objeto, tipo de estudo, unidade de análise e definição de família



FONTE: O autor (2020).

5.1 IDENTIFICANDO O LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo foi a Unidade de Endocrinologia Pediátrica (UEP), localizada no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR). Sua localização é na rua Padre Camargo, número 250, bairro Alto da Glória, na Cidade de Curitiba, estado do Paraná.

Desde outubro de 2014, o Complexo Hospital de Clínicas faz parte da Rede Ebserh. Estatal vinculada ao Ministério da Educação, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) que atua na gestão de hospitais universitários federais. Em parceria com as universidades, tem como objetivo aperfeiçoar os serviços de atendimento à população, por meio do SUS, e promover o ensino e a pesquisa nas unidades filiadas.

A UEP é um ambulatório público e especializado de referência que atende crianças em tratamento para obesidade. É responsável pelo tratamento de crianças com erros inatos de metabolismo diagnosticados pelo “teste do pezinho”; crianças diabéticas; crianças com nanismo e outros distúrbios do crescimento; crianças com tumores da suprarrenal; com puberdade precoce; com doenças de metabolismo ósseo e raquitismo; obesidade; alterações na formação e desenvolvimento dos genitais; doenças da tireoide. Foi o primeiro centro de referência credenciado pelo Ministério da Saúde para tratamento do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria de crianças (HC-UFPR, 2013).

A UEP atende em média 350 crianças mensalmente, na faixa etária entre 0 e 15 anos, com doenças relacionadas ao metabolismo. Os agendamentos das consultas ocorrem diariamente na recepção e o atendimento para crianças em tratamento para obesidade acontece uma vez por semana, geralmente na quarta-

feira, no período da tarde, quando são atendidas em média 15 crianças. O retorno desses pacientes ocorre três meses após a consulta.

Os atendimentos são realizados por uma equipe multiprofissional integrada por médicos pediatras e endocrinologistas, psicólogo, assistente social e técnico em enfermagem. Não foram observados enfermeiro e nutricionista como componentes da referida equipe durante a coleta de dados.

Os pacientes, geralmente, são encaminhados da Unidade Básica de Saúde ou mesmo do HC-UFPR e o primeiro atendimento ocorre no Ambulatório de Primeira Consulta do hospital para, em seguida, serem encaminhados à UEP para a consulta de tratamento da obesidade infantil.

A estrutura física do referido ambulatório é constituída, basicamente, por recepção, sala de espera para pacientes e acompanhantes, sala de reunião e discussão de casos, sala de triagem e salas de consulta e atendimento. A sala de espera contém sala específica para crianças, com atividades lúdicas coordenadas por uma profissional pedagoga.

A discussão de casos clínicos ocorre antes das consultas com residentes de endocrinologia pediátrica, orientada e supervisionada pelo(a) médico(a) responsável pelo atendimento do ambulatório de obesidade. A discussão prever a revisão de medicamentos prescritos, das medidas antropométricas, dos resultados e solicitação de exames e orientação alimentar.

As consultas abordam a história de alimentação da criança, rotina de atividade física, queixas, devolutiva de resultado de exames, prescrição de medicamentos, quando necessário, e orientação ao familiar acompanhante sobre a alimentação infantil.

Vale ressaltar que os atendimentos multiprofissionais são destinados às crianças e não contemplam suas famílias.

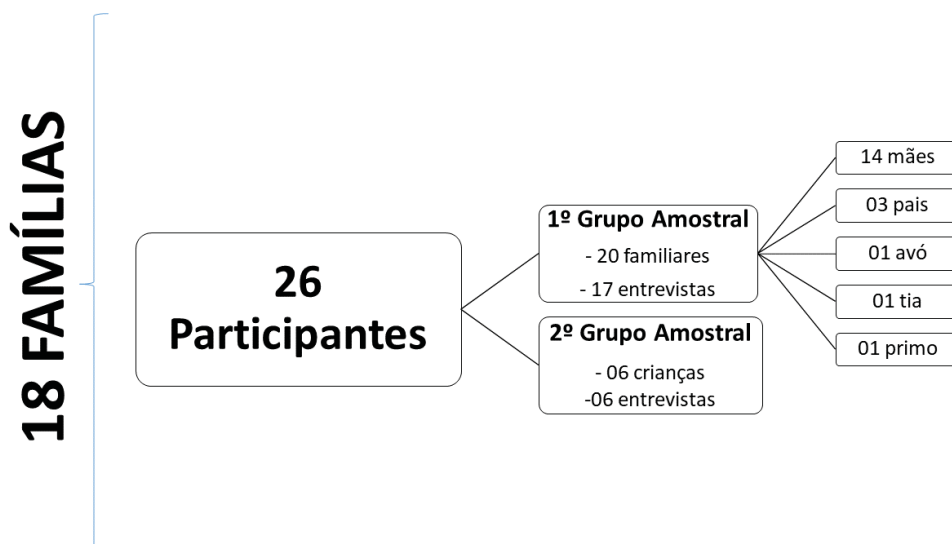
5.2 APRESENTANDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO E GRUPOS AMOSTRAIS

Para buscar os dados relevantes para o estudo, a escolha dos participantes foi guiada pela amostragem teórica. O principal objetivo da amostragem teórica é elaborar e refinar as categorias, desenvolvendo suas propriedades até que não surjam mais propriedades novas (CHARMAZ, 2009).

Inicialmente, os familiares de crianças em tratamento para obesidade infantil na UEP foram identificados para compor a amostragem do estudo, já que estes vivenciavam a realidade social que se pretendia investigar. Assim sendo, adotaram-se como critérios de inclusão: 1) ser familiar de criança com obesidade em tratamento na UEP; 2) ser familiar de criança na faixa etária de 0 a 10 anos. E como critérios de exclusão: 1) familiares de crianças que estavam em atendimento no serviço pelo período inferior a três meses no dia do convite para participar da pesquisa (tempo mínimo estimado para retorno da criança após a primeira consulta); 2) familiares menores de 18 anos.

Participaram do estudo 26 pessoas, integrantes de 18 famílias que compuseram 2 grupos amostrais. O primeiro grupo amostral foi constituído por 20 familiares que estavam acompanhando a criança no dia da consulta para tratamento de obesidade infantil na UEP. E o segundo por seis crianças em tratamento para obesidade no mesmo ambulatório. Para melhor compreensão do número de famílias, participantes da pesquisa, entrevistas e composição dos grupos amostrais, apresenta-se a figura 3 a seguir:

Figura 3 - Apresentação do número de famílias, participantes, entrevistas e composição dos grupos amostrais do estudo



FONTE: O autor (2020).

A participação de 20 familiares em 17 entrevistas no primeiro grupo amostral é devido terem participado 2 pessoas da mesma família em 3 entrevistas.

A seguir serão descritas as etapas percorridas na realização da coleta de dados.

5.3 DESCREVENDO O PROCESSO DE COLETA DE DADOS, AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO TEÓRICA

A coleta de dados ocorreu entre janeiro de 2019 e março de 2020, sempre na quarta-feira, no período da tarde, e foi iniciada com o reconhecimento do local e da rotina de atendimento.

Para convite à participação na pesquisa, distribuíram-se panfletos (Apêndice - A) nas dependências do ambulatório para que fosse visualizado pelos familiares e estes pudessem manifestar o desejo de participar voluntariamente do estudo.

O convite também foi realizado aos familiares pessoalmente pela pesquisadora nos dias de atendimento, conforme a relação de pacientes fornecida antecipadamente pela recepção do ambulatório. Após a observação do critério de idade dentre as crianças que estavam presentes na sala de espera (de 0 até 10 anos), chamava-se o nome e, em seguida, o familiar se identificava como responsável pela criança chamada. Nesse momento, a pesquisadora se apresentava, fazia explanação sucinta do estudo e seus objetivos e fazia o convite para a participação.

Os familiares que aceitavam o convite eram encaminhados até uma sala (de consulta) reservada na UEP para prosseguir com a realização da entrevista a fim de garantir a privacidade e o anonimato dos participantes do estudo. A maioria das entrevistas foi realizada após consulta médica, por preferência dos participantes, tendo em vista a necessidade de atenção no aguardo pelo atendimento. Quando possível, verificava-se a ordem dos atendimentos para prever se havia tempo para a realização da entrevista antes da consulta. Sendo assim, apenas duas entrevistas foram realizadas antes da consulta médica.

Realizou-se de uma a duas entrevistas por tarde de atendimento, tendo em vista que a coleta foi feita pela própria pesquisadora e que o tempo médio entre abordagem de familiares, assinatura dos termos de consentimento e realização completa da entrevista era de aproximadamente uma hora e 20 minutos.

Considerando-se a amostragem teórica, ao término das entrevistas, era solicitado o contato telefônico do participante para posterior devolutiva de entrevistas e/ou segunda entrevista com a família.

Para a coleta de dados com o primeiro grupo amostral, os familiares, a técnica utilizada foi a entrevista intensiva, também chamada de entrevista aberta ou em profundidade, pois é o método usualmente utilizado na teoria fundamentada. Trata-se de uma conversa orientada que permite um exame detalhado de determinado tópico ou experiência. Nesse tipo de entrevista, o pesquisador pede ao participante que descreva suas experiências, fazendo perguntas abertas e amplas. Essa técnica visa obter do entrevistado os aspectos mais relevantes e os processos sobre determinado fenômeno (CHARMAZ, 2009).

Na entrevista, primeiramente, os participantes assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice – B) e eram preenchidos à caneta as informações de identificação da entrevista; em seguida, eram adicionados os dados sociodemográficos do familiar participante e da criança em tratamento para obesidade. Esses dados correspondiam à primeira e segunda parte, respectivamente, do instrumento de coleta de dados utilizado como roteiro de entrevista (Apêndice – C).

Posteriormente, fazia-se o registro gráfico do genograma e do ecomapa das famílias no mesmo instrumento (terceira parte), identificando número de membros, idades, posição na família, doenças, mortes, relações, relacionamentos e redes de apoio social. Logo após, seguia-se com o roteiro de entrevista com questões abertas e semiestruturadas referentes aos objetivos da pesquisa (quarta parte).

O genograma é uma representação gráfica contendo informações sobre a família, evidenciando a dinâmica familiar e as relações entre seus membros. É um instrumento padronizado, que utiliza símbolos e códigos para representar a história familiar e os relacionamentos entre seus membros (MCGOLDRICK; GERSON; SHELLENBERGER, 1999). Já o ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade, que identifica os apoios e suportes disponíveis utilizados pela família (WRIGHT; LEAHEY, 2018). Representa os contatos da família com pessoas, grupos ou instituições, como escolas, serviços de saúde e comunidades religiosas (DAUGHEETEE, 2001).

O genograma e o ecomapa são instrumentos utilizados para a compreensão de processos familiares, que permitem visualizar de forma objetiva as relações intra e extrafamiliares, bem como identificar características comuns e únicas de cada membro da família (NASCIMENTO; ROCHA; HAYES, 2005).

Na TFD, a coleta e a análise de dados ocorrem concomitantemente, visto que o pesquisador coleta, analisa e compara os dados constantemente. Esse processo consiste em circular entre os participantes, reunindo novas entrevistas e retornando à teoria em desenvolvimento para melhor preencher as lacunas e estudar como ela funciona (CHARMAZ, 2009).

Desse modo, realizaram-se 2 entrevistas como teste-piloto, que também foram consideradas como amostragem inicial na pesquisa, pois foram inclusas na análise de dados, já que não foi necessário realizar ajustes no instrumento de coleta de dados.

Sucessivamente, realizaram-se mais 4 entrevistas e, após análise destas para o preenchimento de lacunas relacionadas à experiência da família com a criança com obesidade, adicionaram-se novos questionamentos (questões intermediárias): como é para você dar alimento para a criança? O que você sente quando ela pede algo e você precisa dizer não? Como você lida com a percepção da família em relação ao seu filho? Como é a afetividade da criança em relação à família? Como é para a família seguir esse tratamento (para obesidade da criança)?

Contudo, com intuito de compreender essa experiência, após a realização de mais 9 entrevistas com familiares, surgiram novos questionamentos a respeito da vivência das famílias: como é para a família dar alimento à criança? O que a família sente quando ela pede algo (para comer) e precisa dizer não? Como a família lida com a percepção dos outros em relação ao seu filho? Como é para a família seguir o tratamento (para obesidade da criança)? Ressalta-se que foi necessária a atenção por parte da pesquisadora no momento da entrevista para realizar os questionamentos intermediários, apenas no caso de não serem mencionados pelos participantes no decorrer da entrevista.

Considerando os fenômenos e as categorias que já haviam emergido na codificação inicial e as lacunas em torno do impacto da obesidade infantil na família, atentou-se que a criança é uma das partes do sistema familiar e questionou-se: Como a criança vivencia esse mesmo processo? Consecutivamente, seguindo a amostragem teórica, a codificação indicou a necessidade de dar voz às crianças para expressarem sua experiência em conviver com a obesidade. Então buscou-se compreender a sua própria ótica, e por isso, o segundo grupo amostral foi composto por crianças com o intuito de compreender seus próprios pontos de vista e experiências com obesidade infantil.

Nesse contexto, definiram-se como questões iniciais para as crianças: Quem são as pessoas que fazem parte da sua família? E quem mora na mesma casa que você? Conte-me sobre as coisas que você faz durante o seu dia. Quais suas brincadeiras preferidas? Com quem você mais gosta de brincar? Por quê? Conte para mim o que vocês comem em casa? Depois que você começou esse tratamento, o que mudou na sua casa? O que você acha de fazer esse tratamento?

Isto posto, incluiu-se nesta pesquisa crianças em tratamento para obesidade na UEP. E os critérios de inclusão para o segundo grupo amostral foram: ter idade entre 7 e 10 anos¹; estar em atendimento para obesidade infantil no ambulatório referido. E como critério de exclusão: ter menos de três meses de tratamento (tempo mínimo para retorno após a primeira consulta); ter algum tipo de desordem neurológica que pudesse comprometer a sua compreensão da linguagem no processo de comunicação.

Ainda há poucos estudos em que a criança é fonte de dados, já que, na maioria das vezes, a mãe é a pessoa investigada da família (CARVALHO; MOREIRA; RABINOVICH, 2010). Porém, segundo Alvarez (2002), a criança mantém sua atenção no cuidado recebido da família e da equipe de saúde, manifestando suas necessidades.

Faz-se importante mencionar que a resposta das crianças à doença está sujeita ao seu desenvolvimento cognitivo, às experiências passadas e ao nível de conhecimento. A maneira que a criança se comunica e expressa seus sentimentos está relacionada aos contextos físico, social, econômico e político. Ao ouvi-las, é possível perceber a dimensão que a doença tem em sua vida, do modo como é vivida pela criança (VIEIRA; LIMA, 2002).

A partir da identificação das famílias que já haviam participado da pesquisa, fez-se contato telefônico (obtido na entrevista com o familiar) e apresentou-se o convite à criança para o seu responsável. Dessa forma, foram pré-agendadas entrevistas com a criança no dia da sua consulta de retorno, três meses após a realização da entrevista com o familiar.

Para a coleta de dados com as crianças, considerou-se necessário o uso de recursos para facilitar a comunicação e interação com a pesquisadora. Por isso, adotou-se uma história em quadrinhos sobre o tema “Obesidade Infantil” (Anexo -

1 Devido à habilidade efetiva de comunicação da faixa etária.

D) como estratégia para aproximar a criança do tema da pesquisa, facilitando, assim, o desenvolvimento da entrevista, conforme proposto por Vasques, Bousso e Mendes-Castillo (2011). A utilização desse recurso teve como objetivo criar um contexto para que a criança pudesse sentir-se à vontade na entrevista para falar sobre o seu tratamento.

Ainda como técnica de suporte às entrevistas com as crianças, utilizou-se um flanelógrafo, que é um quadro recoberto com feltro, sobre o qual ilustrações e letreiros podem ser colocados, retirados ou deslocados de sua posição inicial. Desse modo, as crianças responderam às questões e reproduziram as suas experiências relacionando as figuras nos cenários do flanelógrafo, como família, escola, brincadeiras, pessoas. Este recurso foi confeccionado por uma pedagoga exclusivamente para esse estudo. A mesma também orientou a pesquisadora para sua utilização.

Para a entrevista em profundidade com as crianças, aplicou-se um roteiro semiestruturado (Apêndice – F) com questionamentos que tinham em vista o preenchimento de lacunas para a elaboração dos conceitos e construção da teoria representativa da compreensão da experiência de famílias que convivem com a obesidade infantil.

A saturação teórica foi alcançada após realização de 23 entrevistas, buscando ter em vista a família como unidade de análise. Segundo Charmaz (2009), a saturação teórica ocorre quando a coleta de novos dados não provoca nova reflexão, nem revela novas propriedades nas categorias teóricas.

Dentre os convidados para participar da pesquisa, dois familiares (mães) se recusaram a participar da pesquisa, e uma delas indicou o pai da criança (que aguardava na área externa do ambulatório) para participar, e o mesmo concordou. Dentre as crianças, não houve nenhuma recusa para participar da pesquisa. Assim como também não houve resposta negativa quanto a autorização de seus pais/responsável.

Excluiu-se uma entrevista por ter sido iniciada antes do atendimento médico e após o término o familiar optou por não finalizar, já que a pesquisadora estava realizando outra entrevista no momento.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora em sala reservada no ambulatório referido, registradas por meio de audiograções em

aparelho *Smartphone* e tiveram duração média de 1 hora com os familiares². As entrevistas com as crianças tiveram duração média de 45 minutos, com a presença de um dos pais ou responsável. As crianças também estavam presentes na entrevista com os familiares. Posteriormente, os áudios foram transcritos na íntegra em arquivo do *Microsoft Word*® para análise.

Cada entrevista foi identificada por números arábicos, em sequência numérica, de acordo com a ordem que foram sendo realizadas (Entrevista 1, Entrevista 2...). Da mesma forma foram identificadas as famílias (Família 1, família 2...) e os participantes familiares (P1, P2...). As crianças receberam a mesma sequência de identificação das famílias (C1, C2...), na ordem de realização da entrevista. Não houve devolutiva das transcrições para a aprovação e considerações das famílias nesse estudo.

Seguindo o recomendado para TFD, a análise de dados ocorreu de forma simultânea à coleta, e utilizou-se para a análise o método comparativo constante e o raciocínio indutivo-dedutivo-abduutivo.

5.4 APRESENTANDO AS FAMÍLIAS E OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 18 famílias, sendo a maioria residente na região metropolitana de Curitiba, 2 em Ponta Grossa e 1 em Guarapuava.

Os 20 participantes familiares tinham idade entre 25 e 53 anos, sendo 16 mulheres e 4 homens. A metade destes tinham ensino fundamental incompleto, 1 ensino fundamental, 7 ensino médio, 1 ensino superior incompleto e 1 participante com ensino superior. As profissões/ocupações dos participantes incluíram: diarista; auxiliar de serviços gerais, financeiro, de mercado e de costura; operador de caixa; trabalhador rural; eletricitista; professor; atendente escolar; fotógrafo; cuidador de idoso.

As 6 crianças que participaram tinham idade entre 7 e 10 anos, sendo 3 do sexo masculino e 3 do sexo feminino. Quanto à escolaridade, 1 cursando o 2º ano, 1 o 3º ano, 3 o 4º ano e 1 cursando o 5º ano do ensino fundamental. Foram entrevistadas as crianças com obesidade das famílias 05, 08, 12, 13, 16 e 18.

² As gravações das entrevistas foram iniciadas a partir do registro de genograma e ecomapa da família.

A seguir serão apresentadas as famílias, tendo em vista os genogramas e ecomapas elaborados (Apêndice F) no momento da entrevista e também nas suas transcrições. Para isso, a criança com obesidade foi considerada a pessoa índice.

Família 1

A família reside na região urbana de Curitiba, a criança 1 tem 6 anos, com excesso de peso desde os 3 anos de idade, sua mãe, 41 anos, divorciada. A irmã de 12 anos, a criança e a mãe compõem o núcleo familiar.

A mãe é cuidadora de idosos e tem ensino médio completo. É a filha mais nova de 8 irmãos [todos com excesso de peso]. Fez cirurgia bariátrica há 3 anos. Teve diabetes gestacional nas duas gestações.

Seu pai tem 47 anos, hipertenso, também tem excesso de peso. A criança tem uma irmã de 23 anos proveniente de relacionamento anterior do pai.

Avô materno falecido aos 82 anos de idade, por complicação de Acidente Vascular Cerebral, e avó com 82 anos, sem problema de saúde relatado. Avós paternos falecidos.

O relacionamento da criança com as irmãs foi descrito como bom e normal, sendo relatado que os atritos existentes são “coisas de irmãos”. Mencionou-se também vínculo forte com a irmã que mora na mesma casa e com mãe, bem como vínculo afetivo com a tia e os amigos do trabalho da mãe. A criança tem vínculo fraco com a avó, pois não costumam manter contato e visitas.

A entrevista foi realizada com a mãe da criança.

Família 2

A família 2 reside em São Mateus do Sul, núcleo familiar constituído pela criança de 5 anos, com excesso de peso desde os 3 anos de idade, mãe e pai casados, irmão de 19 anos e avó. A criança também tem uma irmã de 24 anos proveniente de relacionamento anterior da mãe [que não compõe o núcleo familiar].

A mãe é professora, tem 46 anos, excesso de peso [aparente] e epilepsia.

O avô materno faleceu em 2005, com 88 anos, e avó materna, com 80 anos de idade [em 2019], mora junto com a família.

O pai tem ensino médio completo, 49 anos, motorista, deixou de trabalhar para cuidar do filho desde que a mãe começou a tomar medicamento controlado. Seu pai faleceu em 2018, com 80 anos, e mãe tinha 80 anos de idade [em 2019].

A criança tem vínculo forte com o pai, a mãe, a avó e a madrinha, e algumas vezes atrito com a mãe.

A entrevista foi realizada com o pai e a mãe da criança.

Família 3

A família 3 reside em Ponta Grossa, núcleo familiar composto pela criança de 9 anos [filha única], sexo feminino, avó e avô paternos, tio de 22 anos e tia de 20 [irmãos do pai].

A criança teve diagnóstico de câncer renal aos 2 anos de idade com tratamento cirúrgico e quimioterápico até os 5. Aos 6 anos recebeu o diagnóstico de obesidade infantil em uma consulta de acompanhamento com o nefrologista e foi encaminhada para o ambulatório de endocrinologia pediátrica. É diabética e na consulta atual teve tratamento medicamentoso suspenso devido ao controle da glicemia e perda de peso.

O pai faleceu há 3 anos. Sua mãe, com 30 anos, tem histórico de cirurgia cardíaca, mora em Itajaí desde o falecimento do pai da criança e faz visitas rápidas e esporádicas à filha. A mãe da criança também tem uma irmã gêmea, outra irmã e um irmão.

Avós maternos vivos, com idade e história de doenças não informadas.

A avó paterna tem 50 anos de idade, sem problemas de saúde, possui ensino fundamental incompleto e trabalha como auxiliar de serviços gerais em hospital privado na cidade em que reside. O avô paterno, com 53 anos, tem histórico de obesidade e diabetes tratados, atualmente hipertenso e em investigação de doença cardíaca após passagem em unidade de emergência com hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio.

A criança tem vínculo forte com os avós; sempre teve vínculo fraco e de atrito com a mãe, intensificado após o falecimento do pai; vínculo afetivo com os tios paternos e com as amigas da escola; vínculo de atrito com a tia que mora na mesma casa e também tem vínculo afetivo; vínculo afetivo com a avó materna e tios com quem a criança costuma sair para passear, principalmente a tia irmã gêmea da mãe.

Entrevista realizada com a avó paterna, a qual relatou que a criança e os pais sempre moraram juntos na casa dos avós paternos.

Família 4

A família é composta por pai e mãe casados, a criança, sexo masculino, 8 anos de idade, e irmão de 19. Os mesmos compõem o núcleo familiar.

A mãe tem 34 anos, ensino médio completo e é auxiliar financeiro. O pai tem 37 anos e é caminhoneiro.

A criança tem uma tia paterna, um tio paterno [mais novos que o pai] e uma tia materna.

A avó materna, 61 anos, é hipertensa, com excesso de peso, e o avô faleceu em 2012 por acidente de trânsito. A avó paterna tem 57 anos e avô 60, aposentado.

A criança tem vínculo de afetividade com os pais, sendo mais forte com a mãe e irmão devido à profissão do pai que os deixa distante por bastante tempo. Também tem relação de conflito [pouco relevante] com irmão, segundo a opinião da mãe, pela diferença de idade. Vínculo de afetividade com a tia paterna.

Entrevista realizada com a mãe da criança.

Família 5

A família reside na cidade de Quitandinha, região metropolitana de Curitiba; tem núcleo familiar composto por mãe e pai casados, criança de 8 anos, sexo masculino, filho único.

A criança recebeu diagnóstico de obesidade há 1 ano enquanto fazia tratamento para distrofia.

A mãe tem 36 anos, ensino médio completo, é hipertensa e agricultora. O pai tem 62 anos, também é agricultor, com história de doença cardíaca.

A avó materna tem 58 anos, sem doenças relatadas. O avô materno é desconhecido. Os avós paternos são falecidos [avô há 16 anos e avó há 36] e a causa da morte de ambos é desconhecida.

A criança tem 5 tias maternas, dentre estas 1 com história de excesso de peso, 1 tio paterno com obesidade e outros [aproximadamente 7] com história de excesso de peso.

A criança tem vínculo de afetividade forte com as tias paternas, as quais costuma visitar; vínculo forte com os pais; vínculo de afetividade com a avó materna; vínculo de afetividade forte com o primo.

Entrevista feita com a mãe e o primo da criança [21 anos].

Família 6

A família reside no interior do Paraná, e o núcleo familiar formado pela mãe, pai e criança, sexo feminino, 7 anos de idade.

A criança faz tratamento para obesidade infantil há aproximadamente 2 anos e meio.

A mãe tem 23 anos, é a penúltima filha de 11 irmãos, tem ensino médio incompleto e é agricultora. O pai tem 28 anos, sem informações adicionais relatadas.

Avó materna tem 45 anos de idade e o avô 50. Não foram mencionados problemas de saúde,

Avós paternos com 60 anos de idade ambos, avô com excesso de peso.

A mãe descreve o relacionamento entre os familiares como normal, como uma relação boa, e o vínculo de afetividade da criança com os pais como forte. A criança também tem vínculo com amigos da escola, com as tias maternas. A família visita com frequência a casa dos avós por ser morarem próximos. A criança vai com frequência também ao parquinho.

Entrevista realizada com a mãe da criança.

Família 7

A família reside na região urbana de Curitiba; núcleo familiar composto pela mãe, a criança, sexo feminino, 9 anos, e avós maternos.

Recebeu o diagnóstico de obesidade há aproximadamente 3 anos, na Unidade Básica de Saúde, pelo serviço de pediatria.

A mãe tem 37 anos, ensino superior incompleto, é operadora de caixa. Histórico de obesidade e *diabetes mellitus*, fez cirurgia bariátrica há 2 anos.

O pai da criança tem 35 anos, com de excesso de peso atualmente.

A avó materna tem 56 anos de idade e o avô 60. Ambos sem histórico de doenças relatado.

Avós paternos vivos, mas a mãe não soube fornecer informações adicionais.

A criança tem vínculo forte com os avós e com as primas e vínculo de afetividade com as tias paternas. O vínculo com a mãe foi caracterizado como “tranquilo”. A mãe cuida da criança no seu dia de folga, 1 vez por semana, sendo a avó responsável por esse cuidado nos demais dias. Vínculo fraco com o pai, com quem fica 1 vez por semana.

A entrevista foi realizada com a mãe da criança.

Família 8

Família residente no município de Curitiba; núcleo familiar composto por pai e mãe casados, 1 irmão de 18 anos [identificado com excesso de peso] e outro de 2. A criança tem 9 anos de idade e faz tratamento há 6 meses, desde quando recebeu o diagnóstico de obesidade infantil.

O pai tem 40 anos. A mãe tem 32 anos, tem ensino fundamental incompleto, e trabalha como atendente escolar.

Avó materna com 57 anos de idade, é hipertensa. Avô paterno falecido há aproximadamente 20 anos [2019].

Avó materna tem 74 anos de idade, sem problemas de saúde informados. Não foi informado também sobre o avô paterno

A criança tem 2 tias e 1 tio, que são irmãos de sua mãe.

A criança tem vínculo forte de afetividade com o pai e a mãe, sendo mais forte com a mãe devido a relação de cuidado. Tem conflito com os irmãos. Vínculo fraco com família extensa devido realizar visitas esporádica aos avós.

Entrevista feita com a mãe da criança.

Família 9

Família residente no município de Curitiba; núcleo familiar composto por pai e mãe casados, 1 irmã de 13 anos. A criança tem 3 anos de idade e faz tratamento há 3 meses, desde quando recebeu o diagnóstico de obesidade infantil na Unidade Básica de Saúde.

O pai tem 42 anos. A mãe tem 36 anos, do lar, tem ensino fundamental incompleto.

Avó materna com 59 anos de idade, tem *diabetes mellitus*. Avô com 63 tem histórico de aneurisma cerebral.

Avós paternos falecidos, tinham história de excesso de peso.

A criança tem 1 tia e 2 tios, que são irmãos de sua mãe. E 7 tios que são irmãos de seu pai.

A criança tem vínculo forte de afetividade com o pai e a mãe, e de conflito com a irmã, justificado pela mãe pela diferença de idade. Vínculo forte com a tia que apoia a mãe no cuidado com a criança. Não foi referido vínculo com avós.

Entrevista feita com a mãe a tia da criança [42 anos].

Família 10

A família é residente da região urbana de Curitiba; núcleo familiar composto pela mãe, irmão de 13 anos com história de obesidade e depressão e criança, sexo masculino, com 5 anos de idade. Os pais separaram-se há 6 meses.

A criança tem transtorno do espectro autista e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade leves. Faz tratamento para obesidade infantil há aproximadamente 1 ano.

A mãe tem 45 anos, ensino fundamental completo, trabalha como diarista, tem histórico de obesidade e hipertensão.

O pai da criança tem 35 anos, frequenta casa mesmo a após a separação

Avó materna falecida com história de doença renal [em 2008]. Avô materno falecido com história de cirrose hepática [em 2000].

Avó paterna com 75 anos, história de hipertensão, *diabetes mellitus* e hipercolesterolemia. Avô paterno falecido há aproximadamente em 2008.

A criança tem 6 tios, irmãos de sua mãe, e 1 tia com hipercolesterolemia. Portadora do vírus HIV.

A criança tem vínculo forte de afetividade com a mãe, o irmão e com os amigos da mãe que desempenham o papel de avós da criança. Vínculo fraco com a avó paterna devido morarem distante. A mãe tem apoio para o cuidado da criança de uma senhora, quando precisa. A criança tem vínculo fraco com o pai.

A entrevista foi realizada com a mãe da criança.

Família 11

Família reside na região urbana de Curitiba; núcleo familiar composto por pai e mãe, e criança de 6 anos de idade, sexo masculino.

A criança faz tratamento de obesidade infantil há 4 meses, desde quando recebeu o diagnóstico na Unidade Básica de Saúde.

A mãe tem 34 anos, atualmente é do lar. O pai tem 40 anos. Ambos sem história de doenças.

Avó materna com 54 anos de idade com história de hipertensão, avô materno desconhecido.

Avó paterna com 63 anos de idade, e avô com 55.

A criança tem 2 tias e 1 tio irmãos de sua mãe.

Foi relatado vínculo de afetividade da criança com toda a rede familiar, especificando pai, mãe, primos e tia.

A entrevista foi realizada com a mãe da criança.

Família 12

A família reside na região metropolitana de Curitiba; núcleo familiar constituído por pai e mãe, casados, criança de 10 anos de idade, sexo masculino, e irmão de 24 anos.

A criança faz tratamento para obesidade infantil há aproximadamente 3 anos, e também para transtorno do espectro autista leve há menos de 1 ano.

Pai tem 52 anos de idade, ensino fundamental incompleto, trabalha como eletricitista e é diabético. A mãe tem 50 anos de idade, trabalha como diarista, já realizou cirurgia bariátrica.

Avó materna tem 84 anos, tem diabetes mellitus e Alzheimer, mora em uma casa de repouso. Avô materno tem 80 anos de idade.

Avó paterna tem 80 anos de idade, tem excesso de peso. Avô paterno falecido em 2011.

A criança tem 14 tios, irmãos do seu pai.

Foi relatado vínculo de afetividade forte com os pais, vínculo de afetividade com a avó paterna devido morarem próximo, vínculo fraco com avós maternos, vínculo de afetividade com os tios, vínculo de afetividade com os primos e com sua cuidadora.

Entrevista realizada com o pai da criança.

Família 13

A família reside na região urbana de Curitiba; tem núcleo familiar constituído pela mãe e a criança de 7 anos de idade, sexo feminino. A criança tem 3 irmãos com 23, 19 e 15 anos de idade que moram em outro domicílio próximo.

A criança faz tratamento endocrinológico desde 1 ano de idade, psicológico para ansiedade e compulsão alimentar, e também cardiológico atualmente.

Avó materna tem 74 anos, e avô materno faleceu em 2014 devido complicação de *diabetes mellitus*, também tinha excesso de peso.

Avós paternos são vivos, porém a entrevistada não soube fornecer informações sobre os mesmos.

A criança tem 1 tia e 3 tios, irmãos de sua mãe.

Foi relatado vínculo de afetividade com a mãe, vínculo de afetividade com as tias maternas, vínculo de afetividade com as avós, sendo mais forte com avó materna, vínculo fraco com o pai, vínculo de conflito com os irmãos.

A entrevista foi realizada com a mãe da criança.

Família 14

A família reside na região urbana de Curitiba, núcleo familiar formado por pai, mãe e criança, de sexo feminino, com 8 anos de idade.

Faz tratamento para obesidade infantil há aproximadamente 1 ano, desde quando recebeu o diagnóstico.

A mãe tem 25 anos de idade, tem ensino fundamental incompleto, trabalha como auxiliar de supermercado. O pai tem 39 anos. Ambos sem problemas de saúde relatados.

Avós maternos, diabéticos e com idades desconhecidas. Avó paterna falecida e avô paterno com idade desconhecida.

A criança tem 5 tias e 1 tio, irmãos de sua mãe. Também, tem 1 tia, irmã de seu pai.

Foi relatado vínculo de afetividade com os pais, sendo mais forte com a mãe, vínculo de afetividade com a prima devido frequentar sua casa semanalmente, vínculo de afetividade com a avó materna.

Entrevista realizada com a mãe da criança.

Família 15

A família reside em Guarapuava; núcleo familiar constituído por mãe, criança de 7 anos, sexo masculino, 1 irmã de 13 anos e 1 irmão de ano. Foi informado 1 irmão falecido em 2017.

A criança faz tratamento para obesidade infantil há aproximadamente 3 anos, após receber o diagnóstico na UEP. Também tem síndrome de down.

A mãe tem 30 anos de idade, ensino fundamental incompleto, atualmente é do lar, tem excesso de peso. O pai tem 32 anos, sem problemas de saúde relatado.

Avó materna tem 56 anos. Avô materno 59 anos, é diabético.

Avó paterna tem 52 anos de idade, e avô paterno 56, é diabético.

A criança tem 3 tias com excesso de peso, e 1 tio, irmãos de sua mãe.

Foi relatado vínculo forte de afetividade com as irmãs, e também vínculo de conflito. Vínculo de afetividade com a mãe e o pai, mas o pai a criança vê com pouca frequência devido não integrar o núcleo familiar.

Entrevista realizada com a mãe da criança.

Família 16

A família reside na região urbana de Curitiba; núcleo familiar constituído pelo pai, mãe, criança de 9 anos de idade, sexo feminino, e irmã de 11 anos que tem mielomeningocele.

A criança faz tratamento de obesidade infantil há 2 anos, quando recebeu o diagnóstico na UBS.

A mãe tem 45 anos, tem ensino fundamental incompleto, é do lar, sem problema de saúde relatado. O pai tem 46 anos e foi informado “problema na coluna”.

Avó materna falecida em 2004, com 58 anos, e pai falecido em 2013, com 82 anos.

Avó paterna falecida em 2012, e avô paterno com 78 anos de idade.

A criança tem vínculo forte de afetividade com a mãe, pai e irmã. Também foi mencionado vínculo com as amigas da escola e do centro de juventude.

Entrevista realizada com a mãe.

Família 17

A família reside em Ponta Grossa; núcleo familiar constituído por mãe, pai, criança de 5 anos, sexo feminino, 1 irmã de 19 anos de idade e outra de 15, e 1 irmão de 3 anos. As duas irmãs da criança fazem tratamento para obesidade e a mais velha realizou cirurgia bariátrica.

A mãe tem 36 anos, e o pai tem 41, ambos sem problemas de saúde relatados.

Avó materna tem 76 anos, e o avô materno é falecido.

Avó paterna tem 68 anos de idade, é diabética. Avô paterno com 67 anos sem problemas de saúde relatado.

A criança tem 6 tios e 1 tia, irmãos da sua mãe. Também tem 4 tias e 3 tios, irmãos do seu pai.

Foi relatado que a criança tem vínculo de afetividade com os pais, com os irmãos, mas também de conflito com o irmão mais novo, vínculo fraco com os tios maternos mesmo morando próximo, vínculo fraco com tios paternos devido distância geográfica, vínculo forte de afetividade com avó materna. Também foi mencionado vínculo de afetividade com as amigas da escola.

A entrevista foi realizada com o pai da criança.

Família 18

A família reside na região urbana de Curitiba, com núcleo familiar composto por mãe, pai, a criança de 9 anos de idade e 1 irmã de 8 meses.

A criança faz tratamento para obesidade infantil há 1 ano [em 2019], desde que recebeu o diagnóstico.

A mãe tem 27 anos de idade, grávida, sem problemas de saúde relatados. Pai com 39 anos, é hipertenso.

Avó materna com 43 anos de idade, é hipertensa e diabética. Avô tem 50 anos.

Avó paterna com 64 anos, e avô com 63.

A criança tem 3 tios e 1 tia. E 4 tias, irmãs de sua mãe.

Foi mencionado vínculo de afetividade mais forte da criança com a mãe e o pai, e vínculo fraco com os demais membros da família extensa devido não terem contato frequente.

A entrevista foi realizada com a mãe da criança.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

5.5.1 Codificação inicial

Na TFD, a análise de dados ocorre por meio da codificação, e suas etapas podem variar de acordo com a abordagem utilizada. Neste estudo, seguiu-se a codificação proposta por Charmaz (2009).

Para análise das entrevistas, inicialmente, realizou-se leitura das transcrições com o objetivo apenas de ter contato e familiarizar-se com o conteúdo das mesmas; em seguida, fez-se nova leitura destacando-se os trechos das falas dos participantes da pesquisa, conforme relevância de significado para análise e compreensão da experiência da família com a obesidade infantil.

A codificação inicial mantém o pesquisador aberto aos dados e com foco para as entrevistas posteriores visando à identificação de lacunas. É a primeira etapa para passar dos enunciados às interpretações analíticas. Deve-se observar as ações e, na medida do possível, codificar os dados como ações (CHARMAZ, 2009). Desse modo, evita-se fazer saltos conceituais, como seguir teorias existentes antes do trabalho analítico necessário. “Os nossos códigos revelam a

forma como selecionamos, separamos e classificamos os dados” (p. 69). Na codificação, pergunta-se: quais categorias teóricas esses enunciados podem indicar?

Nessa etapa inicial da análise, a codificação foi realizada linha a linha e os dados fragmentados, tendo em vista a ação refletida no enunciado. Sendo assim, obteve-se um fragmento de fala para cada ação, pessoa e ambiente envolvido no processo [Quadro 4]; em seguida, para cada fragmento, atribuiu-se uma palavra [código *in vivo*] para representar a compreensão do seu significado a fim de facilitar a comparação dos dados e suas aproximações por semelhança. Na sequência, os códigos *in vivo* passaram a ser chamados de códigos e as ações foram codificadas utilizando verbos no gerúndio, conforme previsto no método e exemplificado no quadro 5.

Na teoria fundamentada, os códigos iniciais são provisórios e comparativos, pois procura-se manter-se aberto a outras possibilidades analíticas com a elaboração de códigos que melhor representam e se adaptam aos dados disponíveis (CHARMAZ, 2009).

QUADRO 4 - Exemplo de codificação inicial

TRECHO DA ENTREVISTA	FALA DOS PARTICIPANTES	CÓDIGOS IN VIVO
Como eu já falei, é uma briga constante, porque ele é muito ansioso, se ele está em casa o tempo todo ele quer estar comendo, quer caçar alguma coisa para comer, então o tempo todo você tem que estar chamando a atenção dele. Ou às vezes, ele mesmo vai e pega as coisas para comer e quando você vê já está comendo, então é bem difícil.	- Como eu [mãe] já falei, é uma briga constante.	- Brigar
	- Ele [criança] é muito ansioso.	- Comportamento da criança
	- Se ele [criança] está em casa, o tempo todo ele quer estar comendo.	- Comer
	- O tempo todo quer caçar alguma coisa pra comer.	- Comer
	- Então o tempo todo você tem que estar chamando a atenção dele.	- Comer
	- Ou às vezes, ele [criança] mesmo vai e pega as coisas para comer.	- Comer
	- E quando você vê já está comendo, então é bem difícil.	-Difícil

FONTE: O autor (2020).

QUADRO 5 - Exemplo de codificação inicial

FALA DOS PARTICIPANTES	CÓDIGOS IN VIVO	CÓDIGO
- Como eu [mãe] já falei, é uma briga constante.	- Brigar	- Brigando com a criança
- Ele [criança] é muito ansioso.	- Comportamento da criança	- Identificando o comportamento da criança
- Se ele [criança] está em casa, o tempo todo ele quer estar comendo.	- Comer	- Querendo comer
- O tempo todo quer caçar alguma coisa pra comer.	- Comer	- Querendo comer
- Então o tempo todo você tem que está chamando a atenção dele.	- Comer	- Chamando atenção da criança para não comer
- Ou às vezes, ele [criança] mesmo vai e pega as coisas para comer.	- Comer	- Querendo comer
- E quando você vê já está comendo, então é bem difícil.	-Difícil	- Sendo difícil o controle alimentar

FONTE: O autor (2020).

Comparando constantemente códigos com códigos, estes foram agrupados conforme a semelhança dos seus significados para, posteriormente, serem organizados em categorias.

A escrita dos memorandos como técnica de registro das observações da pesquisadora sobre as entrevistas e famílias, notas metodológicas, e reflexões sobre as etapas de codificação foi fundamental para análise dos dados. Os memorandos foram elaborados desde a amostragem inicial até o relatório final da pesquisa em arquivo do Microsoft Word® e registros escritos em caderno com auxílio de canetas coloridas para especificar as relações entre códigos/categorias. A seguir, apresenta-se um exemplo de memorando inicial posteriormente desenvolvido utilizando questionamentos para aprofundar a compreensão dos comportamentos do sistema familiar em sua experiência com a obesidade infantil:

FIGURA 4 - Exemplo de memorando

12- 08-19
MEMO

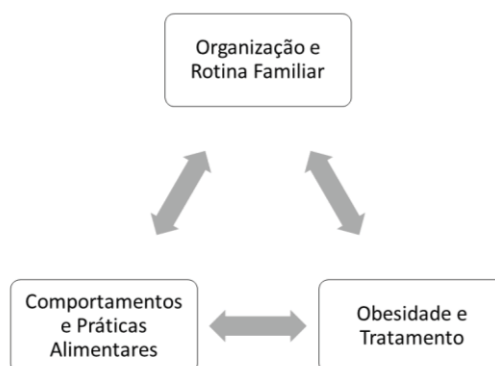
- As famílias tem experiência diferentes em conviver com uma criança obesa? Parece que sim... por quê?
- Algumas famílias mudaram seus hábitos alimentares e adotaram um estilo de vida mais saudável, e atividade a física, mas outras famílias não, por quê?
- Quais as semelhanças e as diferenças entre essas famílias?
- Observa-se um movimento da família em torno da criança, como mudança de hábitos e controle. Isso pode ser observado nas categorias briga, chamando a atenção...]
- Como a família se organiza para a alimentação?
- Como é a perspectiva do coletivo e a individual vivenciando a proibição do comer?
- A segunda pessoa mais envolvida com o cuidado da criança tem os mesmos sentimentos que o principal cuidador?

FONTE: O autor (2019).

A redação do memorando é uma etapa intermediária entre a coleta de dados e o relatório final da pesquisa que mantém o pesquisador envolvido na análise. No início, são escritos memorandos sobre os códigos e dados e, posteriormente, sobre as categorias teóricas, elevando, assim, o nível de abstração das ideias (CHARMAZ, 2009).

Na codificação inicial, buscou-se identificar os processos importantes na experiência das famílias de crianças com obesidade para que a coleta de dados e a análise pudessem focar no esclarecimento das lacunas emergentes. E assim foram identificados os códigos mais significativos e frequentes que permitiam uma compreensão dos dados e, a partir de então, emergiram três eixos temáticos de análise representados na Figura 5.

FIGURA 5 - Eixos temáticos emergidos na codificação inicial



FONTE: O autor (2019).

E assim, na codificação inicial, reuniram-se 2.133 códigos in vivo, resultantes da análise de 23 entrevistas.

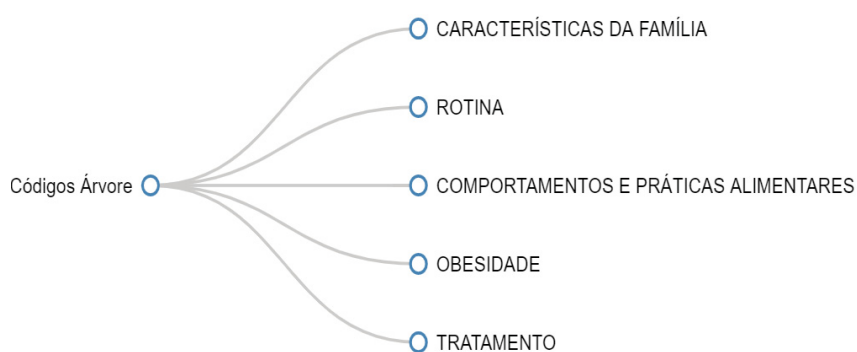
5.5.2 Codificação focalizada

A codificação na TFD unifica as ideias de maneira analítica, uma vez que são considerados os possíveis significados teóricos dos dados e códigos. Faz-se importante mencionar que a mudança para a codificação focalizada não ocorre de forma totalmente linear. Alguns participantes, ou incidentes, podem explicitar o que ainda estava implícito em enunciados anteriores e levar o pesquisador a voltar e estudá-los novamente (CHARMAZ, 2009).

Essa etapa realizou-se com ampla discussão com a orientadora e grupo de pesquisa, comparando-se códigos com códigos e códigos com categorias, aplicando-se o método da comparação constante, sendo identificados os códigos que tinham força para serem elevados à categoria. Assim, os códigos in vivo foram organizados em subgrupos de acordo com seus significados analíticos, tendo em vista a compreensão da experiência da família com a obesidade infantil, resultando na identificação de 76 códigos focais agrupados em 5 categorias [Figura 6], com nomes ainda provisórios.

Essa etapa foi realizada no Software WebQDA, no qual as planilhas de códigos in vivo foram anexadas como fontes internas para análise e os códigos árvore foram considerados como categorias emergidas.

FIGURA 6 - Categorias provisórias emergidas da codificação focalizada



FONTE: O autor (2019).

Na codificação focalizada, os códigos relevantes podem ser elevados a categorias teóricas com exposição do que acontece na mesma. As categorias podem ser compostas por códigos in vivo, definição teórica ou substantiva do que ocorre nos dados. Ao desenvolver os códigos focais e escrever memorandos sobre

eles, são esclarecidas as categorias e descritas as variações existentes. Os memorandos, nessa etapa, são narrativos e o pesquisador começa a definir ao explicar suas propriedades, especificar as condições sob as quais a categoria surge, descrever suas consequências e demonstrar como essa categoria pode relacionar-se com as demais (CHARMAZ, 2009). Por conseguinte, os dados integraram 5 categorias e 16 subcategorias, conforme apresentado na Figura 7 a seguir:

FIGURA 7 - Categorias e subcategorias emergidas da análise



FONTE: O autor (2019).

Nessa etapa da codificação, foi imprescindível o uso de questionamentos como: qual processo está ocorrendo? Quais pessoas estão envolvidas? Onde? Quando? Bem como a utilização do método comparativo para a integração das categorias e subcategorias. Vale mencionar que a codificação é um processo exaustivo e não linear a fim de identificar lacunas na análise e alcançar a abstração necessária para a teorização.

Nessa etapa também foram elaborados diagramas objetivando a compreensão e melhor representação das categorias. A utilização Software WebQDA como suporte na análise de dados, também contribuiu para a organização dos diagramas, uma vez que é possível obter a representação gráfica da integração dos códigos e categorias, mapa de densidade e relatório de dados nos formatos PDF e editor de planilha.

5.5.3 Codificação teórica

Com o desenvolvimento da análise, alguns códigos focais emergem como categorias conceituais e as conexões fornecidas pelos códigos podem enunciar as áreas substanciais que se pretende reforçar. Ao aceitar códigos como categorias, explica-se sua composição especificando a relação entre eles (CHARMAZ, 2009). “As categorias explicam ideias, eventos ou processos nos dados (...). Uma categoria pode agrupar temas e padrões comuns em vários códigos” (p. 129).

Na codificação teórica, à medida que as categorias conceituais são desenvolvidas busca-se explicar os processos por meio da escrita de memorandos escrevendo sua definição; explicando suas propriedades; especificando as condições sob as quais a categoria surge, mantém-se e/ou se modifica; descrevendo as suas consequências; demonstrando como a categoria está relacionada com as demais. É uma análise sofisticada feita pelo pesquisador tendo em vista os códigos selecionados na codificação focalizada. “Esses códigos podem ajudá-lo a contar uma história analítica de forma coerente” (p. 94), auxiliando a conceituar e integrar os códigos reunidos na etapa anterior, contornando a história sob uma orientação teórica (CHARMAZ, 2009).

Esta etapa, transcorreu de forma indutiva-abdutiva, e os códigos tornaram-se abstratos e integraram 4 categorias conceituais emergindo também um fenômeno central [quadro 6] que as relacionou evidenciando a maneira que a

família percebe a doença, modo que se apresenta nas características da família e a maneira que impacta sua vivência diária, já que a família funciona como um sistema composto por subsistemas que interagem entre si.

QUADRO 6 – Processo de codificação e categorização

CODIFICAÇÃO INICIAL	CODIFICAÇÃO FOCALIZADA	CODIFICAÇÃO TEÓRICA	
Categoria provisória	Categoria	Categoria conceitual	Conceito
Características da família	Discorrendo sobre as características da família	Discorrendo sobre a estrutura familiar	✓ Reconhecendo a estrutura familiar
Rotina	Revelando o funcionamento familiar	Analisando o funcionamento familiar	
Comportamentos e práticas alimentares	Compreendendo os comportamentos e práticas alimentares		
Obesidade	A obesidade infantil propagando-se no sistema familiar	A obesidade infantil repercutindo no sistema familiar	✓ A família modificando o seu padrão de organização
Tratamento	O sistema familiar enfrentando o tratamento	O sistema familiar movimentando-se no tratamento	✓ O sistema familiar vivenciando o processo de transformação

A OBESIDADE INFANTIL REVERBERANDO NO SISTEMA FAMILIAR*

FONTE: O autor (2021).

LEGENDA: * Fenômeno central

Os códigos emergidos nesta etapa, foram resultantes da sensibilidade teórica da complexidade de acordo com Frijot Capra que considera o padrão de organização como elemento fundamental para a percepção não mecanicista da vida (CAPRA, 1996). Logo, o entendimento do padrão das famílias de crianças com obesidade poderá ser concebido como essencial para a compreensão científica da experiência dessas famílias.

Ao analisar o contexto em que as famílias de crianças com obesidade vivem e os seus padrões de comportamento, a partir da integração das categorias conceituais foi possível elaborar 3 conceitos e contruir uma teoria substantiva que representasse a compreensão desta experiência familiar.

5.5.4 Organização das fontes de informação

Os dados de identificação e sociodemográficos dos participantes foram organizados no editor de planilha Excel. O genograma e ecomapa das famílias foram elaborados no aplicativo de apresentação Power Point, tendo em vista a praticidade para os ajustes necessários às correções. As famílias foram descritas a partir das entrevistas, genograma e ecomapa. A codificação foi realizada inicialmente no editor de texto Word e posteriormente em planilhas do Excel, e nesse formato foram inseridas no Software WebQDA para organização dos códigos e integração das categorias teóricas.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa tem Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 84781418.8.0000.0102, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, com o parecer de número 2.712.546 (Anexo - A), e está de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/MS nº 466/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, e Resolução nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

Primeiramente, obtiveram-se as declarações de concordância do responsável pelo Serviço Envolvido (Anexo - B) e da Instituição Coparticipante da Pesquisa (Anexo - C) para, em seguida, o projeto de pesquisa ser submetido à apreciação do CEP.

Respeitaram-se os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, e assegurada aos participantes a livre desistência em participar da pesquisa em qualquer época da sua fase, sem que isso lhes acarretasse qualquer ônus. Adotaram-se os quatro princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

A inclusão das crianças como participantes da pesquisa foi autorizada pelo CEP do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, mediante Parecer de Emenda Número 3.504.040 (Anexo - E).

A anuência dos participantes do estudo foi documentada mediante as assinaturas do TCLE (Apêndice – B) para os familiares, TALE (Apêndice - D) para as crianças e TCLE (Apêndice – E) para pais ou responsável legal pela criança, elaborados em duas vias (uma entregue aos participantes e outra que permanece com a pesquisadora). Os termos continham os objetivos do estudo, bem como informações aos participantes sobre o direito de anonimato, de sigilo de informações, pertinentes à privacidade, e da desistência da participação do estudo em qualquer momento, conforme suas vontades, sem que isso lhes trouxesse qualquer prejuízo. Além disso, solicitou-se a autorização dos participantes para gravação das entrevistas em áudio no início da entrevista.

Para acompanhamento dos resultados, apresentaram-se relatórios periódicos e relatório final ao CEP, conforme solicitado nos pareceres de aprovação da pesquisa.

As audiogravações das entrevistas, transcrições, bem como outros registros de dados em outros formatos e documentações, serão arquivados pelo prazo de 5 anos, a contar do relatório final da pesquisa.

6 APRESENTANDO OS RESULTADOS

6.1 APRESENTANDO A COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DAS FAMÍLIAS

A teoria fundamentada construtivista possibilitou explorar a experiência das famílias com a obesidade infantil e compreender o seu significado, representando-a em 4 categorias conceituais e em 1 fenômeno central “**A OBESIDADE INFANTIL REVERBERANDO NO SISTEMA FAMILIAR**”, constituído a partir do processo teorização, sinalizando o foco central da pesquisa, conforme a figura 8 abaixo:

FIGURA 8 - Diagrama das categorias conceituais e fenômeno central do estudo



FONTE: a autora (2021).

A categoria **DISCORRENDO SOBRE A ESTRUTURA FAMILIAR** descreve as características estruturais da família, como sua composição, história de doenças e os relacionamentos entre os membros enquanto a criança está em tratamento para obesidade; **ANALISANDO O FUNCIONAMENTO FAMILIAR** refere-se aos comportamentos e organização da família para o desempenho das suas atividades de vida diária, tendo em vista suas características, recursos e necessidades; **A OBESIDADE INFANTIL REPERCUTINDO NO SISTEMA FAMILIAR** revela os impactos da doença na família e na criança, a maneira que são percebidos e vivenciados; **O SISTEMA FAMILIAR MOVIMENTANDO-SE NO TRATAMENTO** explora o modo como a família enfrenta o tratamento e passa a

iniciar um processo de mudança de comportamento e de reorganização de rotina a partir do momento que a criança recebe o diagnóstico da obesidade infantil.

O fenômeno central **“A OBESIDADE INFANTIL REVERBERANDO NO SISTEMA FAMILIAR”** permeia e relaciona todas as categorias conceituais, sendo compreendido como efeito, consequência e resposta da família à situação-problema neste estudo. Pois, a obesidade infantil é uma doença cujo tratamento está atrelado a sua rede familiar, principalmente ao cuidador principal.

O fenômeno central está presente nos dados desde a história familiar com identificação de pessoas com excesso de peso. Também está diretamente relacionada ao comportamento e prática alimentar da família e rotina de exercício físico com influência na afetividade da comunicação familiar quando praticada coletivamente. Outro aspecto é o comprometimento do brincar, como pular corda, correr e andar de bicicleta, brincadeiras dificultadas pela obesidade impactando na socialização da criança e da família.

A repercussão da obesidade infantil como fenômeno central possibilitou a apreensão dos efeitos da doença e as respostas da unidade familiar como processos vivenciados na análise de como se organizam diariamente tendo diante dos impactos da obesidade e o movimento de todo o sistema familiar no tratamento.

Na análise de dados utilizando o método comparativo constante, os códigos integraram as categorias, subcategorias e componentes e foram organizados no Quadro 7 a seguir para melhor visualização.

QUADRO 7 - Apresentando categorias, subcategorias e componentes da pesquisa

A OBESIDADE INFANTIL REVERBERANDO NO SISTEMA FAMILIAR*	CATEGORIAS CONCEITUAIS	SUBCATEGORIAS	COMPONENTES		
	DISCORRENDO SOBRE A ESTRUTURA FAMILIAR	• Apresentando a composição	- Integrando o núcleo familiar - Fazendo parte da família extensa		
		• Contando a história de doenças	-Apontando os problemas de saúde -Mencionando os familiares com e sem excesso de peso		
		• Descrevendo as relações entre os membros	-Mantendo vínculo forte com a família extensa - Explicando os vínculos fracos - Vivenciando conflitos no subsistema irmãos - Revelando os laços de afetividade da criança - Expondo os estilos de limites		
	ANALISANDO O FUNCIONAMENTO FAMILIAR	• Relatando a rotina	- Realizando as tarefas do dia - Praticando exercício físico - A criança estando na escola - Tendo um tempo para descanso e lazer		
		• Revelando o brincar da criança	- Divertindo-se com telas eletrônicas - Brincando com familiares e amigos - Brincando em casa e fora de casa		
		• Cuidando da criança	- Sendo a mãe a principal cuidadora - Tendo suporte no cuidado		
		• Reconhecendo os comportamentos e prática alimentar	- Tendo horários para as refeições - Preparando, combinando e escolhendo os alimentos - Identificando onde e com quem alimentam-se - Apontando as preferências - Agradando a criança com o alimento - A criança comendo o que vê e pedindo para comer		
			A OBESIDADE INFANTIL REPERCUTINDO NO SISTEMA FAMILIAR	• Percebendo a obesidade infantil	- Como natural - Como difícil
				• Repercutindo na família	- Sofrendo e preocupando-se - Sentindo o preconceito
• Impactando na criança				- Sendo impactado biologicamente - Experimentando sentimentos negativos - Sentindo os impactos sociais	
O SISTEMA FAMILIAR MOVIMENTANDO-SE NO TRATAMENTO			• Iniciando	- Recebendo o diagnóstico - Sendo difícil no começo	
	• Refletindo	- Levando o tratamento como normal - A criança percebendo as fragilidades e potencialidades em seu tratamento - Pensando sobre o envolvimento da família - A família percebendo ambiguidade da criança ao tratamento - A família preocupando-se com o estado de saúde da criança			
		• Organizando-se	- Seguindo o tratamento - Reconhecendo as redes de apoio da família - Buscando uma rotina alimentar saudável - Restringindo a alimentação da criança - Saindo da nova rotina alimentar		
				- Acreditando na reeducação alimentar como estratégia	

(conclusão)

		• Respondendo às mudanças	- <i>Alcançando os resultados esperados</i> - <i>Não conseguindo perder peso</i> - <i>Adaptando-se bem às mudanças</i> - <i>Tendo dificuldades para adaptar-se</i>
--	--	----------------------------------	---

FONTE: o autor (2021).

LEGENDA: * Fenômeno central

Para a apresentação dos dados, as categorias conceituais estão identificadas em caixa alta e negrito, as subcategorias em negrito e os componentes em itálico e sublinhados; esses últimos representam aspectos da experiência de famílias que são considerados relevantes e auxiliam na melhor compreensão do fenômeno.

A categoria conceitual **DISCORRENDO SOBRE A ESTRUTURA FAMILIAR** traz a descrição das características de estrutura da família organizado em subcategorias **Apresentando a composição**, que refere as pessoas que moram na mesma casa e/ou fazem parte da família no componente *Integrando o núcleo familiar* relatado pelos participantes, geralmente com as expressões “quem mora junto na mesma casa” e “quem é minha família”. As crianças ficaram em dúvida se os primos e tios faziam parte da família, mencionavam quando o pai não morava na mesma casa³ e quando tinham cachorro como sendo parte da família. E da mesma forma os familiares, quando havia um filho adulto que passava muito tempo fora de casa, trabalhando por exemplo.

Neste estudo, dentre as 18 famílias, a maior parte apresentou núcleo familiar integrado por pai e mãe casados ou com uma união estável, 3 famílias eram reconstituídas e 4 do tipo monoparentais maternas, sendo a mãe separada ou solteira. Quanto aos filhos, em 6 famílias, a criança com obesidade era o(a) filho(a) único(a), em 8 o(a) filho(a) mais novo(a) e nas demais tinham irmão(s) com diferença de idade entre 1 e 19 anos, com média de 9 anos. Em 3 famílias, a avó ou avós faziam parte do núcleo familiar.

Em uma família, a avó paterna é a cuidadora principal, pois o pai é falecido e a criança não mora com a mãe por ter vínculo fraco e de conflito com a mesma. *Fazendo parte da família extensa* descreve a convivência das famílias com tios da criança, primos e avós. Em algumas famílias, não há convivência da criança com a família extensa.

³ No início da entrevista era orientado para identificar com os bonecos quem faz parte da família e mora na mesma casa com a criança.

Ainda sobre a composição da família, quando esta é composta por pai, mãe e criança, os entrevistados utilizam a expressão “só” e, quando tem vários membros, “é bem grande”.

Na subcategoria **Contando a história de doenças**, a família vem Apontando os problemas de saúde identificando doenças como diabetes, infarto agudo do miocárdio, eclâmpsia, síndrome de *Bardet Biedl*, deficiência visual e bronquite. Em Mencionando os familiares com e sem excesso de peso, apontaram-se os familiares com excesso de peso, como o pai da criança, avós, tios, primos e mãe. Três mães e uma irmã de criança realizaram cirurgia bariátrica. Também se identificou uma mãe que tinha excesso de peso e perdeu peso, bem como irmãos, pais, primos da criança relatados como obesos anteriormente, porém eutróficos no momento da entrevista.

As crianças também identificaram seus familiares com excesso de peso, ao montar o quadro com os bonecos. No entanto, alguns não explicitaram a percepção do seu próprio excesso de peso, conforme observado no registro fotográfico (Figura 9).

FIGURA 9 - Registro fotográfico de flanelógrafo montado ao término de entrevista com criança



FONTE: o autor (2020).

Descrevendo as relações entre os membros é a subcategoria que descreve os relacionamentos da criança com a família. Mantendo vínculo forte com a família extensa revela o relacionamento da criança com os avós e tios, relação de vínculo forte de afetividade e relação da família de forma geral com os demais

membros. Essa relação é caracterizada como normal e boa, quando não há conflitos entre o núcleo familiar e a família extensa.

O vínculo é reforçado com visitas da família à casa dos avós e tios/primos da criança no fim de semana e, na ocasião, ela brinca com os familiares. O principal motivo das visitas é o vínculo com os avós.

Explicando os vínculos fracos esclarece as situações em que a criança não tem relação de afetividade. A relação com o pai é fraca, quando, geralmente, os pais são separados. Nessa ocasião, o pai não mora na mesma casa e demora para visitá-la, contribuindo para o enfraquecimento do vínculo, segundo a fala dos participantes. E quando ocorre a visita do pai para a criança, esta é caracterizada como “dando uma passadinha”, relatando-se ainda que o pai não dá atenção e carinho para o(a) filho(a).

Em famílias reconstituídas, identificaram-se relacionamentos que configuravam rompimento da afetividade da criança com pai, mãe e/ou irmãos que não moram na mesma casa. Sendo assim, o vínculo fraco foi percebido no subsistema pai-filho e poucas vezes no subsistema mãe-filho. Houve família reconstituída em que o familiar mencionou laço de afetividade da criança com o padrasto.

O vínculo fraco também foi identificado em algumas famílias com os avós e tios da criança por morarem longe, em outra cidade ou estado. Os familiares também relataram os seus relacionamentos com seus pais e irmãos como “não temos relacionamento” ou “o relacionamento é pouco”.

Em algumas famílias, retrataram-se conflitos no subsistema irmãos em Vivenciando conflitos no subsistema, o que também foi descrito pelos familiares como “sendo coisa de irmãos” e como briga. Os conflitos foram atribuídos pela família à diferença de idade entre os filhos.

Em contrapartida, Revelando os laços de afetividade da criança integrou muitos códigos em que a família relata relações de apego e afetividade da criança como “*gostando de agradar o avô*”, “*sendo mais grudada com os pais*”. Assim, foi possível identificar com quem a criança tem vínculo de afetividade: com pai, mãe, avós e irmãos.

Ainda a respeito das relações entre os membros dentro do sistema familiar, Expondo os estilos de limites caracteriza os tipos de limites da família com a criança. A maioria das famílias refere ter limites identificados como bastante

permeáveis/frágeis, facilitando para que a mesma tenha o que quer, não aceitando as restrições. Esses limites são referentes à rotina de brincadeiras e, principalmente, às práticas alimentares.

Na categoria **ANALISANDO O FUNCIONAMENTO FAMILIAR**, exploram-se as atividades de vida diária, como fazem, onde, quando e com quem. A subcategoria **Relatando a rotina** é integrada pelo componente Realizando as tarefas do dia, no qual a família narra seus cuidados de higiene pessoal, como banho, escovação de dentes e trocas de roupa. Outras atividades incluem serviços domésticos, como a limpar a casa, cozinhar e lavar louça. A criança descreve que os serviços no lar também fazem parte de sua rotina, assim como alimentar o animal de estimação, estudar, fazer suas tarefas escolares e participar de projetos sociais. Os familiares, quando trabalham, passam a maior parte do dia no trabalho (principalmente o pai).

Em Praticando exercício físico, identifica-se que quando a atividade física, geralmente realizada em família, é a caminhada ao ar livre. Essa prática coletiva foi implementada objetivando a perda de peso no tratamento da obesidade infantil, e a família tem percebido como uma oportunidade para reunir a família e conversar. No entanto, são realizadas outras atividades, como aula de dança, *muay thai*, capoeira, caminhada na esteira e educação física na escola.

A criança estando na escola faz parte da rotina da família, já que é necessário, muitas vezes, que alguém, geralmente a mãe, faça o seu transporte até a escola e prepare a refeição que antecede a sua ida. Algumas crianças frequentam a escola em período integral e isso implica em fazer, praticamente, todas as refeições na escola. Outras vão à escola ou creche pela manhã ou à tarde e fazem aula de reforço e/ou de inglês, atividade física e projeto social no contraturno.

Há um período na rotina da família entre o início das suas atividades diárias quando acordam, entre 06:30 e 10:00 horas, e o término quando começam a repousar e deitam-se para dormir. Tendo um tempo para descanso e lazer esclarece que as famílias têm essa rotina bem definida e que o fim do dia (após as 17:00) é o período em que todos da família estão em casa, as crianças chegam da escola e os adultos do trabalho.

No tempo de descanso e lazer, a família também assiste televisão juntos e visitar a casa de parentes. Sair para passear foi mencionado ser feito com pouca

ou nenhuma frequência na maior parte das famílias, quando feito, saem mãe ou pai e filho para ir ao cinema, à casa de um familiar, em um aniversário, quando possível. Apenas um pai relatou que procura tirar o filho muitas vezes de dentro de casa, incentivando-o a sair e levando-o consigo sempre que possível. Um padrão comum do lazer nessas famílias é não sair de casa e vivenciá-lo no ambiente domiciliar.

Revelando o brincar da criança retrata a rotina de brincadeira e diversão da criança sob a ótica da família e da própria criança. Para a maioria das crianças, o brincar é uma atividade realizada diariamente e, segundo os relatos dos familiares, as crianças sempre querem brincar, pedem para brincar, querem brincar mais do que já brincaram.

As crianças citaram algumas de suas brincadeiras preferidas, como esconde-esconde, bananeira, pular corda, andar de bicicleta, correr, brincar de dinossauro, desenhar, brincar com o cachorro e conversar sobre vídeos do *you tube*.

Contudo, também há crianças que brincam apenas quando vão para escola, dentro de casa com os seus brinquedos e sozinhas porque não têm outra criança para brincar ou porque os pais precisam trabalhar. Também foi mencionado criança que não brinca de maneira mais ativa, como jogar futebol, devido ao excesso de peso comprometer sua mobilidade.

Divertindo-se com telas eletrônicas, tanto a família como a criança especificam a maneira que a criança brinca por meio das telas dos aparelhos de televisão e celular. Ver desenhos, novelas, séries na televisão e jogar no celular são entretenimentos comuns em vários horários do dia para criança. Assistir televisão é um entretenimento relatado, sendo feito sozinho(a) ou com alguém da família, como uma atividade que a criança gosta bastante.

Brincando com familiares e amigos aponta que a criança costuma brincar mais com o pai, irmãos, primos e amigos. Algumas crianças referem que brincam com irmãos e primos porque gostam e acham legal, e outras dizem que é porque têm que brincar. Também houve uma criança que mencionou gostar de brincar sozinho.

Brincando em casa e fora de casa indica que os ambientes das brincadeiras é o ambiente doméstico, dentro da casa com os brinquedos e a parte externa com o cadeado fechado para garantir a segurança. Quando relatado pelos familiares que a criança não pode sair para a rua para brincar, cita-se a falta de segurança

local. Outros ambientes de brincadeiras citados foram a escola, projeto social e parque.

A subcategoria **Cuidando da criança** revelou A mãe sendo a principal cuidadora desempenhando tarefas como de cuidado, levar à escola, cozinhar, auxílio no autocuidado e em tarefas escolares. Foi mencionado por algumas mães não ter ajuda do pai da criança nesse cuidado e precisarem de apoio para a realização dessas funções. Todavia, Tendo suporte no cuidado evidenciou auxílio familiar no cuidado diário da criança, principalmente por parte avó da criança, pai e tia também.

Reconhecendo os comportamentos e prática alimentar descreve a habitualidade dos horários às principais refeições, representada pelo componente Tendo horários para as refeições. Para as famílias, o café da manhã acontece entre 08:00 e 10:00 horas, o almoço entre 11:00 e 12:00 horas e o jantar entre 19:00 e 20:00 horas. Algumas famílias fazem “café da tarde” no lanche da tarde. Todavia, poucas famílias referem não seguir nenhuma rotina de horários para alimentação. As crianças têm uma alimentação controlada [após início do tratamento], ou seja, não comem fora do horário previsto pelo cuidador principal, que geralmente é a mãe.

Em Preparando, combinando e escolhendo os alimentos, demonstra-se que as refeições são preparadas pela mãe na maioria das famílias. Sobre combinação de alimentos, pela manhã, a criança tem o hábito de comer pão com queijo e presunto, suco ou achocolatado, café com leite e fruta. Geralmente, o almoço é composto por um carboidrato (macarrão, arroz ou polenta), feijão, salada (legumes ou verduras) e uma proteína (carne, linguiça, frango). As crianças lancham uma fruta na metade da manhã. Essa combinação é referida por algumas famílias como o trivial. No jantar, costuma-se repetir os mesmos alimentos que compuseram o almoço do dia. Algumas famílias referem comer algo mais leve, como sopa de legumes e pão. A sopa no jantar é comum em várias famílias.

Ocorreu de alguns familiares mencionarem diferenças na composição do prato da criança em relação ao restante da família, por exemplo, prato da criança com mais legumes e menos carboidrato; prato da família com mais proteína, mais carboidrato e menos verduras e legumes. O mesmo foi relatado pelas crianças entrevistadas.

Identificando onde e com quem alimentam-se mostrou que a família tem o hábito de comer juntos na mesa em todas as refeições. Mas, quando um membro da família tem namorado(a), pode acontecer de não se sentar à mesa e fazer as refeições com este(a). Em algumas famílias, a criança faz as refeições com o irmão, quando os familiares estão trabalhando.

O comportamento padrão das famílias é fazer as refeições em casa. No entanto, algumas comem no sofá porque não têm mesa e também brigam para a criança comer na mesa.

Um ambiente comum onde as crianças realizam as refeições é a escola. Aquelas que frequentam em período integral fazem todas ou quase todas as refeições nesse local, mas também ocorre de a criança comer o lanche que leva de casa para a escola e/ou comer o lanche da escola preparado conforme as orientações médicas. Acontece também de a criança fazer as refeições em casa de familiar e projeto social. Nessas ocasiões, as famílias dizem que os alimentos disponíveis para a criança não costumam ser saudáveis ou “à vontade”, uma vez que não há como controlar a quantidade que a criança come. Também ocorre de ter disponíveis alimentos saudáveis nesses ambientes.

Apontando as preferências especifica os alimentos consumidos pela família diariamente e indica que, em grande parte das famílias, as crianças preferem carboidratos, guloseimas e comer comida no lugar de lanches. E em outras, a criança gosta de salada, verduras, legumes e frutas, e o mesmo acontece com o restante da família.

Agradando a criança com o alimento é outro comportamento que a família também reconhece como estratégia para acalmar a criança quando ela está agitada, dando alimento e evitando conflito para que não faça birra ou ainda porque a criança está pedindo ou pede de uma maneira que comove a família emocionalmente.

A criança comendo o que vê e pedindo para comer representa um comportamento das crianças com obesidade sob a ótica dos familiares, no qual o alcance e a disponibilidade do alimento são fatores citados como relacionados a uma alimentação não saudável. Outra situação é quando os familiares não fazem as refeições juntos no mesmo horário e a criança quer comer com cada familiar que se senta à mesa. De modo similar à disponibilidade alimentar, a ação da criança pedir para comer está relacionada a um comportamento compulsivo ao alimentar-

se. A criança busca alimento durante o dia para “ficar beliscando” e come o que gosta até acabar, por exemplo, uma pizza inteira. A vontade de comer da criança é sucedida da necessidade de colocar limite para que ela pare de comer pela família.

A categoria conceitual **A OBESIDADE INFANTIL REPERCUTINDO NO SISTEMA FAMILIAR** integrou 3 subcategorias que expressam a percepção da obesidade infantil pela família. **Percebendo a obesidade infantil** Como natural reflete quando a família reconhece a obesidade com normalidade, e não como uma doença que compromete o estado de saúde da criança. Essa percepção ocorre quando há pessoas com excesso de peso ou obesidade na família, sendo referido que a obesidade vem da genética, como se fosse algo determinado, natural, esperado para a criança.

Também ocorre de a família não perceber o excesso de peso na criança, como alegado por uma mãe, e o pai achar que a criança não está com excesso de peso, embora já esteja em tratamento para obesidade infantil. De modo igual, a família pensar que a mãe da criança preocupa-se desnecessariamente com os cuidados alimentares no tratamento da obesidade, já que não percebe o excesso de peso como prejudicial à criança.

Em algumas famílias, o ganho de peso na criança foi reconhecido como ocorrido de maneira rápida e *Detectando o início* representa essa percepção. Em outras famílias, o ganho de peso na criança foi reconhecido como gradativo, ocorrendo em períodos de 1 e 2 anos. Uma das famílias relatou o ganho de peso em um período de 5 anos e narrou: “foi ficando reforçadinho”, expressando o significado de que ser reforçado não indica obesidade.

O início do ganho de peso, algumas vezes, foi relacionado a eventos que provocaram mudanças na rotina familiar, como doenças e morte na família, nas quais os pais precisaram ausentar-se do cuidado do filho. Outras famílias não relataram nenhuma mudança relevante na rotina da família que pudesse estar relacionada com a mudança de comportamento alimentar da criança no início do ganho de peso.

Outras famílias percebem a obesidade Como difícil ao vislumbrar os impactos da doença na realização das atividades diárias da criança. As mães afirmam como “Sendo difícil ver a criança engordar” e “Não sendo fácil conviver com esse problema de obesidade dentro de casa”. Descrevem a obesidade infantil

como complicada, tendo em vista, comumente, serem responsáveis pelos cuidados da criança.

Também foi apreendido na experiência das mães culpabilização da família sobre a mãe da criança pelo excesso de peso, com manifestação de discursos que sinalizavam que a mesma dava quantidade de alimento além do necessário.

Na subcategoria **Repercutindo na família**, apresenta-se a família Sofrendo e preocupando-se com as consequências do excesso de peso experimentadas pela criança. A família experimenta sentimentos negativos, como sofrimento e tristeza, ao vivenciar diariamente a criança com vontade de comer os alimentos que a família consome sem poder comer igualmente. Sentem-se incomodados porque percebem que a obesidade interfere no dia a dia da criança; agonia, dor porque o irmão (da criança) pode comer sem restrições; preocupação com os efeitos da doença na saúde e bem-estar da criança.

As mães referem que são a pessoa que mais sofre e mais se preocupa, porém os pais também dizem que se preocupam, e os tios e avós também são mencionados preocupando-se com a situação de obesidade da criança. A preocupação da família extensa é demonstrada por meio de falas, alertas sobre o excesso de peso da criança ou controle alimentar. Outras famílias alegam que essa preocupação vem apenas da mãe e do pai, uma vez que estão juntos com a criança cotidianamente.

No componente Sentindo o preconceito, a família e a criança passam por circunstâncias de preconceito, tais como as pessoas olharem e falarem sobre o excesso de peso da criança ou presenciarem os vizinhos comentarem sobre. A família desaprova quando observam a situação e reagem com o distanciamento. No ambiente familiar com os primos, consegue-se ter controle sobre as situações de preconceito destes com a criança, porém na escola não. Uma mãe relatou que a criança pediu para a mesma ir até a escola conversar e resolver situações ocasionadas por xingamentos relacionados à obesidade infantil.

Impactando na criança explica Sendo impactado biologicamente com limitação dos movimentos e sintomas de cansaço respiratório para correr e brincar percebidos pela família e referidos pela criança. Muitas vezes, o comprometimento da mobilidade e do esforço respiratório implica em capacidade limitada a criança brincar.

A criança Experimentando sentimentos negativos constitui mais uma consequência da obesidade infantil, como o comprometimento da capacidade de brincar quando a criança não consegue e/ou tem muita dificuldade para andar de bicicleta, jogar futebol, correr e acompanhar os primos nas brincadeiras. Vestir-se é uma atividade diária na qual a criança referiu sentir constrangimento ao experimentar roupas que não lhe serviam. Também foram expressados pela criança sentimento de tristeza e sofrimento em relação à restrição alimentar porque quer comer e não pode. Sentem-se tristes quando a família fala e comunica algo relacionado ao tratamento.

Por conseguinte, Sentindo os impactos sociais revela as respostas da criança ao que foi apresentado no componente anterior. A criança reage com o isolamento quando alguém comenta sobre seu excesso de peso, seja na família estendida ou outro ambiente social, como escola e vizinhança. A reação é percebida com expressões de tristeza e irritação. A criança relata sofrer preconceito na escola, sentindo-se rejeitada e excluída porque as outras crianças comentam sobre seu excesso de peso.

Reconheceu-se também que a família evita ou mesmo não leva a criança para festas de aniversário, supermercado ou outros lugares nos quais a criança pode ter algo disponível para comer.

Ao reconhecer as repercussões da obesidade infantil, **O SISTEMA FAMILIAR MOVIMENTANDO-SE NO TRATAMENTO** é a categoria conceitual que analisa o processo de enfrentamento da obesidade por toda a rede familiar.

Iniciando com a família Recebendo o diagnóstico, pôde-se analisar que algumas crianças receberam o diagnóstico de obesidade infantil durante atendimento em Unidade Básica de Saúde [consulta de crescimento e desenvolvimento infantil ou outra especialidade médica]. Teve família que buscou atendimento de saúde para a criança porque algum familiar agendou a consulta médica ou comentou sobre o excesso de peso como sinal de obesidade infantil.

Todas as crianças tiveram que iniciar o tratamento a partir da identificação do diagnóstico da obesidade infantil, recebendo orientações para implementação de dieta/reeducação alimentar e prática de exercício físico, e prescrição de medicamentos quando necessário para controle da glicemia.

Considerando a complexidade da doença e que o tratamento da obesidade consiste em perda de peso, Sendo difícil no começo relata dificuldade da criança,

sob a ótica da família, em adaptar-se às mudanças nas práticas alimentares necessárias, principalmente no início do tratamento.

Nesse contexto, o tempo apresenta-se como um fator relevante para adaptação da unidade familiar ao tratamento e, principalmente, da criança que vivencia a doença. Além disso, parte das mães reconhece a importância do tratamento da obesidade na infância afirmando: “Sendo melhor cuidar agora do que mais tarde”, tem em vista a possível persistência do excesso de peso na vida adulta. As famílias também relacionam o tempo com maior habilidade para lidar com as dificuldades do tratamento, já que no início precisam de mais esforços para se adaptarem às mudanças requeridas para obter hábitos de vida saudáveis.

Refletindo revela os pensamentos da família a respeito do tratamento. Levando o tratamento como normal faz referência às famílias que não expuseram dificuldades da criança em se adaptar ao tratamento da obesidade. Para algumas famílias, a “normalidade” foi experimentada após a fase de início do tratamento, à medida que a criança foi se adaptando às mudanças necessárias para aquisição de novos hábitos de vida. O normal foi compreendido pelas famílias como não sendo difícil e relacionado com o fato de não terem como rotina comer fora de casa, pois no ambiente familiar conseguem monitorar a alimentação da criança.

A criança percebendo as fragilidades e potencialidades em seu tratamento resulta do significado atribuído pela criança ao seu tratamento. A respeito das mudanças, todas as crianças referiram modificações na alimentação da família: “Mudou a comida, o macarrão não pode comer, só pode comer salada”. As fragilidades foram compreendidas quando o tratamento foi retratado como chato, difícil devido ter que comer em quantidade menor.

Em relação às pessoas, as crianças mencionaram que não perceberam mudanças; ao ambiente familiar, algumas referiram não perceber mudanças e outras nenhuma mudança além dos tipos de alimentos que passaram a ser comprados e a quantidade que passou a ser menor, principalmente de carboidrato e proteína.

As potencialidades referem-se à conscientização da criança e familiares quanto à relevância do tratamento da obesidade para manutenção da saúde infantil. As orientações médicas foram apreendidas pelas crianças entrevistadas de forma positiva.

Pensando sobre o envolvimento da família reflete o envolvimento familiar que se dá, principalmente, na mudança da prática alimentar ao buscar consumir igualmente os alimentos recomendados para o tratamento da obesidade infantil. Logo, a família faz a reflexão de que tem que ajudar não comendo guloseimas, refrigerantes, salgadinhos, já que não são alimentos saudáveis e adequados para todos. Não comer o alimento que a criança não pode comer é um meio que algumas famílias identificaram para ajudar no tratamento da criança.

As mães declaram sensação de responsabilidade pelo tratamento da obesidade infantil e sentimento de obrigação sobre as orientações e cuidado na restrição alimentar da criança. Entretanto, houve mãe, em outras famílias, que não conversou com o filho sobre a necessidade das restrições porque acha que a criança não tem idade suficiente para compreender o tratamento.

Em A família percebendo ambiguidade da criança ao tratamento, identificaram-se comportamentos que a criança desenvolveu em resposta à obesidade infantil para seguir o tratamento, como explicitaram: "A criança tendo força de vontade"; "A criança tendo interesse em querer se ajudar". Além disso, relataram-se outros novos comportamentos, como da criança escutar as orientações dos familiares e dos médicos. Em contrapartida, a família percebe como se a criança não se importasse, pois não segue as orientações sobre a alimentação: "A criança parecendo não estar nem aí".

A família preocupando-se com o estado de saúde da criança reflete o receio pelo desenvolvimento de problemas de saúde em consequência da obesidade infantil, assim como a *diabetes mellitus*. E ainda o desejo de que a criança se alimente de modo saudável, emagreça e que não seja necessário fazer tratamento cirúrgico para perder peso futuramente.

Nessa perspectiva, algumas famílias citaram ter consciência de que é necessário auxílio para criança não apenas para perder peso ou para o uso de medicamentos, e para acompanhar se há ocorrência de problemas emocionais ou psicológicos.

Após o diagnóstico e reconhecimento das necessidades da família para o enfrentamento da doença, na subcategoria **Organizando-se**, expõe-se as estratégias e recursos que correspondem à família Seguindo o tratamento preconizado para obesidade infantil que incluiu o uso de medicamentos, realização

de exames e orientações sobre a mudança das práticas alimentares e implementação de exercícios físicos.

Ao falar de medicamento, utilizou-se o seguinte o discurso: “Ainda não fazendo uso”, como se fosse esperado que o tratamento envolvesse medicamentos. Algumas famílias relataram uso de medicamento para diabetes e ansiedade, vitamina D, e para doenças associadas ao transtorno do espectro autista, mediante prescrição médica no tratamento da criança.

A realização de exames também informado como parte do tratamento e os seus resultados sendo avaliados como indicativos de melhora ou piora do estado de saúde da criança.

Tendo em vista a manutenção da nova rotina alimentar, a família utiliza recursos documentais, como declaração e atestado médico do diagnóstico de obesidade infantil, para a escola da criança a fim de sejam disponibilizados a ela alimentos saudáveis no lanche.

As orientações recebidas são, basicamente, relacionadas à alimentação da criança, como ingestão de carboidrato em excesso, número de refeições diárias, quantidade de alimentos por refeição, consumo de doces e produtos ricos em gorduras. Poucas famílias referiram a orientação sobre a prática de exercício físico.

As instruções também incluíram estratégias específicas para a auxiliar a família com as mudanças na prática alimentar, ainda assim algumas famílias demonstram sobre “o que pode e o que não pode” no tratamento, se a família está fazendo o que é certo, e o que pode estar fazendo errado, haja vista que a criança não perdeu peso.

Quanto à assistência recebida no ambulatório de endocrinologia pediátrica, em Reconhecendo as redes de apoio da família é descrita como suficiente e, na percepção da família, nada mais poderia ajudá-los no tratamento da criança. Todavia, os discursos de alguns familiares dão indícios de almejar outros serviços para o cuidado da criança e da família, como o de nutrição, psicologia, educação física e educação em saúde para orientar o tratamento, pois relataram que estes não têm sido contemplados no ambulatório e até mesmo na Rede de Atenção Primária à Saúde.

Para a atenção à saúde da criança, as famílias apoiam-se na Unidade de Básica de Saúde e no atendimento em hospital especializado da rede pública.

Também utilizam outras redes além da saúde, como o sistema de ensino regular, especial e universitário (com atendimentos especializados).

A família também se organizou Buscando uma rotina alimentar saudável, após reconhecer o excesso de peso infantil, e a alimentação necessária para o seu crescimento e desenvolvimento. A partir de então passam a limitar a quantidade e os alimentos que não são saudáveis em busca de novos hábitos alimentares Restringindo a alimentação da criança e orientando o consumo de frutas e verduras. Um dos recursos utilizados por algumas mães é o diálogo para explicar sobre o consumo de alimentos apropriados. Evitar comer fora de casa é outra estratégia relatada para controlar a alimentação da criança.

De acordo com os discursos, os familiares começaram a modificar o seu comportamento quando a criança pedia o alimento, ou seja, antes não conseguiam dizer não e mudaram após um determinado tempo de tratamento. A restrição alimentar é descrita por maior parte das famílias como algo feito com dificuldade.

Contudo, esse controle alimentar é feito o máximo possível durante a semana; geralmente no fim de semana, a família permite alimentos não saudáveis para a criança Saindo da nova rotina alimentar e experimentando variações, como batata frita, bolo e pizza. “Deixando ela comer alguma coisa que ela gosta no final de semana” e “Saindo do padrão só arroz e feijão toda sexta e sábado” puderam ser entendidos como sair da rotina para promover o bem-estar da família e da criança por meio da alimentação.

Em **Respondendo às mudanças** identificou-se a família Acreditando na reeducação alimentar como estratégia quando esta demonstra conhecer os alimentos que a criança deve consumir e os que precisa evitar, como massas, pastel, cachorro-quente, churrasco, achocolatado, açúcar, pão. A família acha que o principal meio de tratar a obesidade é modificando os hábitos por meio do consumo de correto de alimentos. E assim, os familiares reconhecem que seus comportamentos influenciam no hábito alimentar infantil e que precisam adequar seus comportamentos para que a criança perca peso.

Perante as possibilidades de resposta ao tratamento, Alcançando os resultados esperados significa quando ocorre a perda de peso na criança. Nessa ocasião, tanto a criança como a família disseram que se sentem felizes, pois um objetivo foi alcançado. Além da perda de peso, concomitante, também se menciona

melhora da condição geral de saúde e bem-estar da criança. A diminuição do peso foi associada à mudança no hábito alimentar infantil.

Entretanto, em Não conseguindo perder peso a família expressa ser difícil perceber que a criança faz o tratamento e não obtém o resultado esperado, ou seja, a redução do peso. Expressam desapontamento, quando relacionam o tempo de tratamento da obesidade e a expectativa da redução do peso infantil.

No âmbito do tratamento, a criança não realizar exercício é uma ação referida neste estudo que contribui para que ela não perca peso. Alguns familiares informaram que não fazem porque não têm acesso em razão das dificuldades financeiras. Contudo, também ocorre de a criança não gostar de realizar atividade física e por isso não praticar nenhum exercício, e a família incentiva realizando exercício físico e convidando para fazer junto, comunicando e explicando sobre a importância e necessidade de fazê-lo e comprando equipamentos como esteira.

Adaptando-se bem às mudanças exprime o ajuste da criança às restrições alimentares, aceitando as modificações nos hábitos alimentares sem reclamações. Dessa forma, compreende-se que a escolha alimentar da criança é e pode ser feita pela família. Os familiares relataram também que a criança começou a escolher alimentos mais saudáveis, como salada e carne magra, bem como passou a comer menos e se colocando limites.

Como apoio ao processo de mudança a família passa a privar-se de alguns alimentos comendo os que a criança pode comer, aqueles alimentos que não são adequados para o tratamento da obesidade infantil não são colocados à mesa. Caso alguém da família queira um alimento diferenciado, deve preparar e comer separadamente para que a criança não veja, mas também acontece de algum membro da família modificar os seus hábitos alimentares da mesma forma que a criança por estar acima do peso.

Também se identificaram famílias Tendo dificuldades para adaptar-se quando mencionaram não conseguir compreender e acompanhar as mudanças necessárias na alimentação. Citam-se reclamações de outros familiares diante das substituições alimentares. A dificuldade advém geralmente quando a criança com obesidade tem um irmão com idade próxima, pois os pais dizem que precisam controlar a alimentação do filho com excesso de peso e do outro não.

Os familiares também apontam dificuldade em colocar limites na quantidade e negar o alimento quando a criança pede. Eles referem como difícil e

complicado. Em contrapartida, a criança em tratamento também demonstra dificuldade nessa adaptação com reações raivosas, indisciplinadas, insistentes e com xingamentos quando um familiar, principalmente a mãe, precisa negar algum alimento ou sugere a substituição por outro saudável.

7 ANALISANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS

A teoria fundamentada nos dados construtivista permitiu a compreensão da experiência familiar a partir da interpretação dos significados das ações vivenciadas diante da obesidade infantil. O construtivismo é uma perspectiva científica social que trata de como as realidades são construídas. Nesse sentido, a pesquisa tem início com a experiência e questiona como os membros a constroem para pressupor teoricamente a realidade social explorada por meio das ações individuais e coletivas (CHARMAZ, 2009).

Tendo em vista a síntese dos resultados apresentados, este capítulo trata-se da sua análise e discussão com apoio e comparação com a literatura pertinente às temáticas família e obesidade infantil, sob a luz do Paradigma da Complexidade segundo Frijot Capra (1996) e suas concepções sobre os Sistemas Adaptativos Complexos, Sistemas Vivos e Autopoiese. Deste modo, a família é compreendida como um sistema social, vivo, dinâmico, capaz de regular a si próprio por meio de processos de transformação, no qual seus componentes vivem em uma rede constante de interação.

Para o entendimento da família como um sistema vivo é fundamental identificar as seguintes dimensões: 1) estrutura: descrição dos componentes físicos do sistema [substância, matéria, quantidade]; 2) padrão: configuração das relações, o que identifica essencialmente a organização do sistema, padrão de organização que só pode ser reconhecido após ser incorporado em uma estrutura a partir de um processo em andamento [forma, ordem, qualidade]; 3) processo: identificados com a cognição, envolve percepção, emoção, ação, conhecimento, pensamento, consciência. Ocorre por meio da interligação de seus componentes internos e das interações com o meio ambiente [atividade envolvida na incorporação contínua do padrão de organização] (CAPRA, 1996).

O autor propõe que a vivência de um processo só pode ser compreendida a partir do reconhecimento do padrão de organização do sistema, determinado pela

incorporação de suas características auto organizadoras configurando uma rede autopoietica. A autopoiese, ou autocriação, está ligada com a cognição [processo da vida], e é um padrão de rede no qual a função de cada componente é participar da transformação dos outros componentes e assim a rede cria a si mesma.

Diante do exposto, para avançar no entendimento da experiência familiar diante da complexidade da obesidade infantil, compreendeu-se que a categoria conceitual “Discorrendo sobre a estrutura familiar” configura a Estrutura do sistema com a descrição dos seus constituintes fundamentais. Como o Padrão é a organização e a configuração das relações entre os componentes com vistas ao funcionamento do sistema, corresponde à categoria conceitual “Analisando o funcionamento familiar”.

Atentando para a concepção da família como um SAC, que experimenta constante interconexão entre seus componentes e se mantém aberto em interação com o ambiente externo, a categoria conceitual “A obesidade infantil repercutindo no sistema familiar” trata dos efeitos da doença e suas repercussões na família, provocando instabilidade no sistema. Enquanto a categoria conceitual “O sistema familiar movimentando-se no tratamento” compreende o movimento em busca de manter ou recuperar a organização e estabilidade da rede familiar diante do tratamento da obesidade, ou seja, as conexões internas e externas do sistema perante a emergência da obesidade infantil.

7.1 DISCORRENDO SOBRE A ESTRUTURA FAMILIAR

A categoria conceitual “Discorrendo sobre a estrutura familiar” corresponde a constituição do sistema familiar, as suas características, e está representada graficamente no diagrama da Figura 10. A sua composição/constituição está na base da pirâmide “Apresentando a composição” do núcleo e família extensa porque são considerados determinantes para as demais subcategorias “Contando a história de doenças” e “Descrevendo as relações entre seus membros”.

FIGURA 10- Diagrama discorrendo sobre a estrutura familiar



FONTE: o autor (2021).

Segundo Wright e Bell, citado por Wright e Leahey (2018), a família é concebida como um sistema ou unidade e seus membros podem ou não se relacionar e viver juntos. A unidade familiar pode ter crianças ou não, existindo compromisso e vínculo afetivo que incluem obrigações futuras.

Na história familiar, a identificação da obesidade, as tentativas de tratamento e os resultados devem ser observados e o genograma é uma ferramenta que fornece informações familiares importantes (KEELEY; JOSEPH, 2018). Assim, “Contando a história de doenças da família” identificaram-se doenças crônicas não transmissíveis, que podem ou não estar relacionada à obesidade como como *Diabetes Mellitus* e Infarto Agudo do Miocárdio.

Quanto a influência das características familiares para o desenvolvimento da obesidade, a pesquisa de Correa e colaboradores (2017) reconheceu relação de transgeracionalidade entre o desenvolvimento familiar e individual da doença, haja vista os diferentes aspectos sociais, hereditários, comportamentais, psicológicos ou culturais da obesidade.

Neste estudo, a utilização do genograma permitiu a identificação características estruturais das famílias pois a obesidade infantil é um problema de saúde pública em evidência que precisa do suporte familiar como núcleo de cuidado

para estimular a mudança de hábitos (LIRA; SOUZA; CINTRA, 2020). Neste panorama, Halliday e colaboradores (2014) apontaram evidências de que o funcionamento familiar está relacionado ao sobrepeso e à obesidade na infância.

Para a maioria das pessoas, as famílias são a principal fonte de apoio social. Sendo também um determinante social da saúde, a falta ou baixo nível de apoio social está relacionado ao comprometimento da saúde física e mental. Deste modo, a família e o ambiente familiar estão ligados à saúde e ao bem-estar de seus membros (WILKINSON; MARMOT, 2003; apud HALLIDAY et al., (2014).

Os vínculos afetivos são como um laço emocional exclusivo e resistente entre duas pessoas específicas que têm a necessidade de vínculos emocionais ao passo que permanecem seguras em sua própria individualidade. Na atenção à família, tende-se a focalizar na natureza recíproca e qualidade do laço afetivo, porém não existe vínculo afetivo correto, ou que possa ser caracterizado como melhor (WRIGHT; LEAHEY, 2018).

A partir desse entendimento, buscou-se explorar as relações da criança na unidade familiar sob a ótica dos familiares e da criança na subcategoria “Descrevendo a relação entre os membros” que apresenta a criança “Mantendo o vínculo forte com a família extensa” [tios e avós] na maior parte das famílias. Essa relação é reforçada pelo afeto dos pais que mantêm contatos presenciais qualificados entre o núcleo familiar e os demais membros, geralmente aos fins de semana.

Nas famílias em que o subsistema conjugal apresenta pais casados, encontram-se os familiares “Revelando os laços de afetividade da criança” como manifestações de amorosidade e de carinho. A criança, na perspectiva da família, tem vínculo mais forte com os pais ou com quem assume o papel de cuidador principal. Quando a criança cita o seu animal de estimação como um componente familiar, pode-se compreender a afetividade como representação de laço e pertencimento à unidade familiar.

Também se verificou a ocorrência de conflito, em “Expondo os estilos de limites”, pois as entrevistas com os familiares revelaram limites predominantemente fracos nas mães/cuidador principal, e em componentes da família extensa como tios e avós. Esses limites são reconhecidos quando os familiares precisam limitar o comportamento da criança, ao restringir o tempo de brincar com telas eletrônicas

por exemplo. Em contrapartida, também foi observado que os tios correspondem às crianças com limites mais rígidos.

Em concordância com Wright e Leahey (2018) os sistemas e subsistema familiares têm limites que objetivam definir ou proteger a diferenciação desses. “Os limites podem ser difusos, rígidos ou permeáveis. À medida que os limites se tornam difusos, diminui a diferenciação do sistema familiar (p. 63). Quando há limites rígidos, os subsistemas tendem a se distanciar. Por outro lado, os limites permeáveis configuram flexibilidade adequada para que as regras possam ser modificadas.

Acerca do relacionamento no subsistema pai-filho, as pesquisas atuais combinam ou mesmo confundem o conceito de parentalidade com o conceito de funcionamento familiar. Embora o estilo parental e o funcionamento familiar estejam relacionados à família e possam impactar um ao outro, são construtos diferentes (KITZMAN-ULRICH et al., 2010). Norwicka e Flodmark (2008) avaliaram o estilo parental em uma pesquisa e conectaram aspectos da relação pai-filho e obesidade, mas não exploraram a dinâmica familiar, que além da interação pai-filho se estende para as outras relações da família [irmão, casal].

Ampliando o olhar nas relações familiares, foi identificado a criança “Vivenciando conflitos no subsistema irmãos” em famílias nas quais a criança ou o irmão/irmã tem menos que 10 anos de idade, e a família discerne a diferença de idade ser o fator que contribui para os conflitos.

Conforme o conteúdo discutido, pressupõe-se que para auxiliar as famílias com essa problemática, é essencial conhecer quem as compõe estruturalmente, a configuração das relações no seu padrão de organização e os processos vivenciados na unidade familiar, visto que a criança é um componente dessa rede que não é capaz de gerenciar seu próprio cuidado.

7. 2 ANALISANDO O FUNCIONAMENTO FAMILIAR

Em um sistema complexo, as relações funcionais entre seus componentes formam o seu padrão de organização, e determinam as características essenciais do sistema (CAPRA, 1996). Entende-se organização como as relações entre os componentes de um sistema para que este seja reconhecido como membro de uma classe específica. E estrutura como os componentes e as relações que constituem

uma determinada unidade e realizam sua organização (HUMBERTO VARELA; FRANCISCO MATURANA, 1995).

Posto isto, em resposta ao questionamento sobre o padrão e a forma de organização da família de acordo com o Paradigma da Complexidade, a categoria conceitual “Analisando o funcionamento familiar” revela as atividades diárias, e como os membros organizam-se em suas funções e papéis para o desenvolvimento dessa rotina.

Para Silva e Cavalcante (2015), as rotinas familiares são os comportamentos cotidianos das pessoas em diferentes ambientes, identificados pela repetição e periodicidade de tarefas que tornam possível a reunião de familiares e o compartilhamento de compromissos momentâneos. Corroborando, Wright e Bell citado por Wright e Leahey (2018) apresentam que algumas das funções do sistema familiar consistem em proteção, nutrição e socialização de seus membros.

Considerando as definições citadas sobre a rotina e funcionamento familiar, apresenta-se na figura 11 as atividades diárias das famílias do estudo, as quais foram organizadas em 4 subcategorias de acordo com as funções e os papéis desempenhados pelos membros.

FIGURA 11 - Diagrama Analisando o funcionamento familiar



FONTE: O autor (2021).

A subcategoria “Relatando a rotina”, retrata a organização familiar e explicita que parte da rotina infantil é dedicada às tarefas escolares e/ou pedagógicas. No ambiente domiciliar, participam auxiliando na execução de serviços domésticos, fazem seu autocuidado e brincam.

A rotina é fundamental para o desenvolvimento infantil, já que ensina a criança a conviver com a realidade familiar e contribui para o fortalecimento da sua autonomia. A rotina implica em regras e estabelecimento de limites, sendo compreendida como essencial para garantir a segurança. A partir da rotina a criança desenvolve habilidades e aprende a lidar com as solicitações do ambiente. (FMCSV, 2021).

Quanto a rotina do ambiente familiar, a pesquisa de Pavão e Colaboradores (2018) com famílias de crianças com necessidades especiais, mostrou que as crianças possuíam horários para fazer lição de casa, almoçar, jantar e tomar banho. Os autores salientaram que há probabilidade de maior organização e divisão de papéis em casa, menor dificuldade em discussões e soluções de problemas nas famílias cujo os filhos tinham hora certa para realizar as atividades de vida diária, pois assim conheciam as necessidades dos filhos e adaptados às suas demandas.

Ainda com enfoque na rotina infantil, a realização de exercício físico foi mencionada por metade das crianças neste estudo, e a caminhada coletiva foi a atividade mais praticada pelas famílias, seguida da caminhada na esteira em casa pela criança. A caminhada em conjunto foi uma medida tomada pelos familiares diante do tratamento da obesidade infantil, mas também uma ação percebida como oportuna para reunir, reforçar os laços de afetividade e melhorar a comunicação familiar.

Em conformidade com Souza e Böing (2018) a atividade física permite aumento da proximidade, melhora da qualidade das relações, e flexibilização da adaptação das famílias, caracterizando importantes fatores psicológicos e sociais de proteção e de promoção de saúde uma vez que essas mudanças contribuem para a manutenção da coesão familiar em momentos de dificuldade, facilitando a aproximação de outras figuras da rede de apoio familiar.

Atividade física também foi compreendida com significado de socialização quando realizada em grupo, com as interações familiares. Por isso, a atenção para a presença ou ausência de fatores protetivos na família poderá contribuir para a qualificação do atendimento à saúde em diversas áreas, seja para identificar

demandas para sua própria intervenção ou outros profissionais da equipe multiprofissional (SOUZA; BÖING, 2018).

Conforme pode ser verificado nos resultados do estudo, a criança não praticava exercício físico apesar de serem incentivados por exemplos, conversas e orientações da família. Nessa circunstância, Ríos-Ponce, Guevara-Crespo e Álvarez-Valencia (2020) destacam que o exemplo dos pais ou cuidadores é decisivo para o enfrentamento da situação ainda que implementar hábitos mais saudáveis em toda família seja considerado desafiador.

Neste estudo foi verificado que há um tempo destinado para o descanso que inclui horário para dormir, acordar e lazer. Em praticamente todas as famílias, o final do dia é quando as crianças voltam da escola, e os familiares retornam do trabalho, para jantar, fazer atividade física (coletiva) e descansar. Algumas famílias mencionaram assistir televisão juntos neste horário.

Sobre essa rotina, cita-se novamente o estudo de Pavão e colaboradores (2018), no qual a família também se reunia com mais frequência na hora do jantar e nos fins de semana. Quanto ao lazer, grande parte das famílias relataram sair pouco de casa, às vezes, ir ao cinema e à praia. Apenas 1 pai relatou passeios com a família e sair frequentemente com a criança.

O brincar, bem como a educação e a participação social são papéis infantis, considerados ocupações de uma criança (AOTA, 2015). É um recurso terapêutico com muito significado, contribui para a qualidade de vida da criança e vem sendo valorizado nos últimos anos como estratégia de prevenção e promoção de saúde (PINHEIRO; GOMES, 2016).

Em relação ao tipo de brincadeira, verificou-se preferência das crianças entrevistadas por brincadeiras de movimento como pular corda, andar de bicicleta, pega-pega, pique-esconde, rei-da-quadra, dentre outras. Sendo que 1 dentre as 6 crianças informou gostar mais de brincadeiras que não envolviam movimento como desenhar e assistir vídeos em aplicativo *on line*. Na pesquisa de Pinheiro e Gomes (2016) observou-se que, na perspectiva das crianças, de onze brincadeiras citadas como prediletas, dez foram de movimento: pique-pega, pique esconde, bicicleta, queimada, basquete, handebol, vôlei, amarelinha, futebol e carrinho.

Segundo a percepção dos familiares “Divertindo-se com telas eletrônicas” denota a preferência da criança, pelo brincar sem movimento, o que configura sedentarismo infantil e facilita ganho o ganho de peso. Neste sentido, Ríos-Ponce,

Guevara-Crespo e Álvarez-Valencia (2020) destacaram no seu estudo que a atividade física foi substituída por atividades de entretenimento na mídia e 84% das crianças dedicavam entre 1 a 5 horas por dia.

Houve familiar que explicou que a preferência pela brincadeira em casa é para garantir a segurança da criança. Neste contexto, Carmo e colaboradores (2020) investigaram a percepção dos pais sobre as características da vizinhança relacionadas aos comportamentos referentes ao peso como atividade física, tempo de televisão e de jogo, e IMC infantil. Concluiu-se que mudanças no ambiente para direcionar a percepção dos pais sobre a segurança do bairro podem ter efeitos positivos para promover um estilo de vida saudável em crianças em idade escolar.

De acordo com Keeley e Joseph (2018) as famílias podem ter um funcionamento saudável com relação ao peso, como atividades de lazer fisicamente ativas. Por outro lado, as famílias também podem ter funcionamento prejudicado, como consumo de *fast food*, pouco ou nenhum planejamento para o preparo das refeições, ou tempo de conversa de qualidade durante uma refeição.

Conforme já mencionado, uma das funções do sistema familiar é a proteção, e “Cuidando da criança” explica que a mãe desempenha o papel de cuidadora principal, e em algumas famílias, com auxílio ou mesmo a responsabilidade da avó e baixo envolvimento paterno. Foi verificado que a função de cuidado infantil permeia as diferentes dimensões do funcionamento familiar objetivando a proteção à saúde da criança. Nesse âmbito, a pesquisa de Keeley e Joseph (2018) indicou a necessidade de explorar como as famílias se organizam em torno de comportamentos relacionados ao peso, e contribuir para ajustar o tratamento com base nas necessidades da família.

O crescimento da obesidade infantil resulta, principalmente, de fatores socioambientais que influenciam os comportamentos alimentares e de prática de atividade física, que não estão sob o controle das crianças individualmente. Nos últimos 20 anos, muitos países têm passado por mudanças socioeconômicas e culturais, que afetaram os padrões alimentares das famílias e resultaram em dietas obesogênicas ricas em calorias, pobres em nutrientes e ingestão de grandes quantidades de bebidas adoçadas (DE ONIS, 2015).

Os hábitos alimentares não saudáveis fazem com que a criança consuma exageradamente alimentos gordurosos e açucarados, prejudicando assim a qualidade de vida. Cabe aos familiares impulsionar os filhos a consumirem

alimentos saudáveis associados a atividades físicas, para prevenir futuras doenças, decorrentes do excesso de peso, tais como: hipertensão, intolerância à glicose, diabetes, e dislipidemia, bem como exclusão social, depressão e doenças cardiovasculares (PAZIN et al., 2017). Pode acontecer da rotina familiar influenciar no preparo dos alimentos de forma rápida, principalmente alimentos industrializados prontos para o consumo (OLIVEIRA et al., 2017).

Neste estudo, o reconhecimento dos padrões de comportamento e prática alimentar da família conectados com a obesidade infantil foi identificado na disponibilidade de alimentos à criança, nas preferências por alimentos ricos em açúcar e gorduras, falta de consumo de alimentos adequados e na atribuição do significado afetivo do alimento quando a família o utiliza para acalmá-la. E assim o sistema familiar reconhece seus padrões de comportamento, hábitos e rituais alimentares que podem fragilizar o estado nutricional da criança e à medida que racionaliza seus erros, também condiciona e relativiza sua rotina alimentar para se organizar diante do comportamento alimentar infantil.

Em estudo realizado por Campos e Colaboradores (2017), as percepções maternas sobre as práticas alimentares das crianças com obesidade foram descritas baseadas na forma como a criança consome os alimentos: comendo rápido, em grande quantidade, escondido, em frente à TV, ingerindo alimentos industrializados ricos em gordura, sódio e açúcar.

Nesta lógica, Geremia e Colaboradores (2015), em estudo no Brasil, identificaram fortes associações entre o excesso de peso materno e o infantil. Segundo Nobre e colaboradores (2013) os filhos de mães com obesidade possuem 3 vezes mais chance de ter excesso de peso, com ganho de peso elevado nos primeiros 4 meses de vida. A responsabilização das mães pelo aumento excessivo de peso nas crianças, combinado à sua própria experiência de obesidade, podem gerar consequências diversas, dentre elas, a dificuldade de conseguirem tomar atitudes protetivas em relação à alimentação e ao controle de peso de seus filhos (CORRÊA et al., 2017).

Neste sentido, resultados do estudo de Sleddens e Colaboradores (2011) analisaram que crianças criadas em lares autoritários se alimentavam de maneira mais saudável, eram fisicamente mais ativas e tinham níveis de IMC mais baixos, em comparação com crianças criadas com outros estilos (autoritário, permissivo/indulgente, não envolvido/ negligente). Quanto à negociação de limites,

a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (2015) salienta que há, frequentemente, algumas expectativas duvidosas e indefinidas dentre os pais a respeito do que se deve, ou não, ser negociado. Também há pouco consenso sobre os níveis e tipo de limites apropriados para uma criança, como fazê-la cumprir normas e as consequências quando houver quebrar das regras.

Na perspectiva dos limites e do papel no sistema familiar, o estudo de Sleddens e Colaboradores (2011) reforça a importância de reconhecer as interações entre as crianças e os pais, bem como as práticas parentais específicas desse comportamento.

Por outro lado, o comportamento alimentar dos pais se associaram a hábitos saudáveis da criança, como predefinição dos horários às refeições, tipo dos alimentos ofertados e abordagem parental mediante os pedidos de guloseimas (HALLIDAY et al., 2014). E é diante deste contexto que a dinâmica familiar interfere nos padrões de comportamento alimentar da criança com obesidade, no qual crianças expostas ao ambiente comunicativo, funcional e regrado estão menos predispostas ao ganho de peso corporal (SKELTON, 2020).

Por isso é importante considerar a família como um sistema complexo, porque seus componentes trabalham em constante interconexão internamente e com o meio ambiente, como uma rede que é capaz de gerir a si própria em busca gerir as suas necessidades. Quando a intervenção é contemplada como um acontecimento fundamental na história do sistema familiar, leva ao desenvolvimento de novas estruturas e novos significados sociais (MOORE et al., 2019).

Conforme Capra (1996), em um SAC a mudança pode ocorrer por meio de processos de auto renovação [na qual mantém seu padrão de organização, sua identidade], e de processos de mudança estruturais [no qual o sistema cria novas conexões como resultado da dinâmica interna e externa do sistema].

A obesidade infantil além de ser uma doença é uma preocupação de saúde pública que pode acarretar comorbidades e mortalidade precoce. Pequenas mudanças como dieta e atividade física diminuem o risco para o desenvolvimento de outras doenças. As Intervenções comportamentais baseadas na família se apresentam como abordagem subutilizada e baseadas em evidências que contribuem significativamente para a redução do IMC e obesidade em crianças e adolescentes. Intervenções eficazes na atenção primária são prejudicadas pelo

baixo funcionamento familiar, motivação e adesão às recomendações (SMITH et al., 2018).

Nessa conjuntura, o sistema familiar pode dispor-se a um processo de criação de novos comportamentos a partir do reconhecimento da condição inicial do seu padrão de organização, identificando no funcionamento familiar as potencialidades ou vulnerabilidades diante do tratamento e abrindo para o processo de mudança necessário.

7.3 O OBESIDADE INFANTIL REPERCUTINDO NO SISTEMA FAMILIAR

Considerando que a família é um sistema complexo, aberto, e em constante transformação, faz-se necessário compreender a obesidade e seus impactos de forma ampliada, com o foco não apenas no indivíduo afetado, mas em todo o seu contexto social, pois a família tem papel fundamental no processo de desenvolvimento humano e de socialização (CORREA et al., 2017). E o Paradigma da complexidade contribui para esclarecer sobre como sistemas dinâmicos funcionam e se adaptam ao longo do tempo (BRAITHWAITE, et al., 2017).

Neste contexto, a figura 12 a seguir representa o diagrama da categoria conceitual “A obesidade infantil repercutindo no sistema familiar” e explica a compreensão dos impactos da obesidade infantil na unidade familiar.

FIGURA 12 - Diagrama A obesidade infantil repercutindo no sistema familiar



FONTE: O autor (2021).

Na perspectiva da família “Percebendo a obesidade infantil como natural”, Correa e colaboradores (2017) citam os efeitos da doença a longo prazo, já que a prevalência da doença no contexto familiar pode acarretar uma naturalização do excesso de peso, e dificultar a percepção acerca dos riscos e da necessidade de tratamento para os indivíduos afetados.

Um estudo que avaliou a perspectiva das mães sobre a obesidade infantil identificou como processos mais frequentes em seus discursos a idealização (50%, n=12), representando que a obesidade é impregnada de ideias positivas e, de certa forma, distanciada da realidade em que a criança vive; racionalização (45,8%, n=11), revelando justificativas para compreender a realidade vivenciada pela criança; negação ou anulação (41,6%, n=10), traduzindo a tendência a desconsiderar a obesidade do filho por meio de adiamento de conduta; e isolamento (37,5%, n=9), interpretada como atitude displicente da mãe ao desconsiderar a obesidade, apesar da percepção da mesma (CASTRO, 2015).

A outra maneira da família perceber a obesidade infantil neste estudo foi “Como difícil”, relatado principalmente pelas mães, tendo em vista as repercussões do excesso de peso na criança, e também quando a família vivencia dificuldades no seguimento do tratamento. No âmbito da temática, uma pesquisa do tipo transversal com crianças de 239 famílias, identificou que crianças com sobrepeso/obesidade, exibiram maior sofrimento psicológico e envolvimento emocional do que crianças com peso normal (SEPULVEDA, 2020).

Resgatando a compreensão da família como uma rede que mantém seus componentes interligados, neste estudo, verificou-se que as repercussões da doença na criança podem impactar todo o sistema familiar. Em “Experimentando sentimentos negativos” compreendeu-se que as consequências biológicas da obesidade infantil também estão relacionadas aos impactos sociais, conforme foi apresentado na subcategoria “Impactando na criança”.

O impacto social por sua vez provoca sofrimento emocional, conforme observado por Hoeeg e Colaboradores (2020) em seu estudo, no qual crianças com obesidade expressaram não gostar de tirar a roupa para verificar o peso ou circunferência abdominal, indicando sensação de vergonha em relação ao corpo. Além disso, perceberem que são responsáveis pela perda de peso, e não alcançar o resultado esperado pode influenciar negativamente no seu bem-estar psicológico.

Consequentemente, quando as crianças não conseguem perder peso acreditam que são responsáveis por isso, e ficam vulneráveis à diminuição da autoestima (PUHL; SUH, 2015). Logo as considerações éticas são extremamente importantes nas intervenções familiares para tratar a obesidade infantil, haja vista que Lorenc e Oliver (2014) afirmam que as repercussões sócio-psicológicas, geralmente, não são considerados nas avaliações e intervenções.

Com base no exposto, Lowry, Bethany e David (2007) oferecem recomendações para impactar positivamente a auto-estima em crianças com sobrepeso e enfatizam a construção de um ambiente familiar positivo e de apoio para mudança. Apontam que é essencial o envolvimento dos pais com elogios, limitando as críticas e as discussões, aumentando o apoio a dieta da criança, promovendo exercícios e diminuindo comentários relacionados ao peso.

Com base em suas experiências profissionais, os autores afirmam ainda que os pais costumam comentar direta ou indiretamente o resultado negativo do tratamento com o peso e relacionar com o comportamento infantil. Esses comentários podem ser internalizado pela criança provocando visão negativa de si mesma devido a autoestima relacionada ao peso. O envolvimento dos pais durante a intervenção oferece a oportunidade de explorar os sentimentos dos pais em relação as preocupações com excesso de peso (LOWRY; BETHANY; DAVID, 2007).

Verificou-se, que a família também vivencia as consequências dos impactos sociais da obesidade infantil, conforme observado em “A família sofrendo e preocupando-se” quando a criança sofre o preconceito na família, na escola e na vizinhança. A respeito disso, o estudo de Hoeeg e Colaboradores (2020) explicou que quando as crianças faziam parte de contextos familiares mais amplos [com primos, tias e tios], eram servidos lanches saudáveis e solicitado permissão para servir lanches não saudáveis. Consequentemente, a criança era indiretamente responsável por aderir à alimentação saudável em contextos familiares, onde eram servidos mais alimentos do que não saudáveis.

Por conseguinte, as crianças achavam difícil aderir a hábitos saudáveis quando visitavam membros da família extensa e avós, ou estavam em ambientes escolares, esportivos e de lazer, bem como quando visitavam amigos. As preferências gerais por uma alimentação não saudável parecem se manifestar nesses diferentes contextos (HOEEG et al., 2020).

Cabe destacar que a alimentação é influenciada pelas diferentes fases do desenvolvimento físico, cognitivo, social e emocional do ser humano (SBP, 2012), e por sua vez, os padrões alimentares, relacionais e de estilo de vida, contribuem para o surgimento e o desenvolvimento de uma doença (ROLLAND, 1995).

Desta forma, torna-se mais adequado para o desenvolvimento infantil trabalhar com metas para a estabilização do peso, focando menos na perda de peso e mais em comportamentos saudáveis, como número de passos, horas assistindo televisão, identificando e evitando alimentos gordurosos ou com alto teor calórico. Assim, as crianças têm maior controle sobre seu comportamento do que sobre seu peso, com resultados mais visíveis, mutáveis e oportunos para elogios. Estratégias não relacionadas à alimentação como métodos para lidar com o estresse e críticas também ajudam a proteger as crianças do isolamento e a melhorar sua autoestima (LOWRY; BETHANY; DAVID, 2007).

Compreendeu-se neste estudo que a percepção sobre a obesidade infantil teve relação com experiências das famílias. E ainda, que a obesidade é uma doença complexa com repercussões psicossociais no sistema familiar e biológicas na criança. Tal dado contribui para destacar a necessidade de ajuste na abordagem do tratamento, com percepção da relevância de um contexto social saudável que favoreça a diminuição da obesidade.

7.4 O SISTEMA FAMILIAR MOVIMENTANDO-SE NO TRATAMENTO

Cada família tem suas próprias características, e a resposta familiar à doença acontece de acordo com seus padrões de manejo e comportamentos, e o conhecimento desses padrões pode contribuir para a compreensão das necessidades das famílias, direcionando para intervenções mais apropriadas. (MENDES-CASTILLO ET AL., 2012).

Conforme pode ser observado no diagrama da figura 13, o tratamento da obesidade infantil tem início quando a família recebe o diagnóstico. E, geralmente, nesta fase inicial é vivenciado com dificuldades até que a família experimente a adaptação às mudanças necessárias para que sejam obtidos os resultados esperados. Mas também ocorre, com menor frequência, da criança iniciar o tratamento da obesidade infantil e o sistema familiar se adaptar às mudanças necessárias sem enfrentar dificuldades diante dos impactos da doença.

FIGURA 13 - Diagrama O sistema familiar movimentando-se no tratamento



FONTE: O autor (2021).

A experiência familiar com a obesidade infantil integra reflexão sobre o processo vivenciando desde o início do tratamento. A família “Levando o tratamento como normal”, significa que o sistema familiar não reconheceu dificuldade expressiva no seu processo de adaptação. Por outro lado, outros sistemas familiares experimentam adversidades relevantes para o mesmo processo sendo percebida com dificuldade.

Todavia, as dificuldades também podem estar relacionadas à gestão da família, que por sua vez tem relação direta com o tempo de diagnóstico da criança haja visto a adaptação familiar e o manejo da doença. Com tempo, a maioria das famílias desenvolve habilidade para o tratamento e para esse manejo, minimizando sua desorganização. E assim, os estilos de manejo se alteram no decorrer do tempo, pois no início a família se encontra “desestruturada” (DEATRICK et al., 2006).

Considera-se que somente após os primeiros seis meses de diagnóstico da doença a família recupera seu funcionamento (GREY; KNAF; MCCORKLE, 2006). Quando há maior estresse as famílias precisam passar por transição de um estágio para o outro no processo de desenvolvimento familiar. Muitas vezes, é

necessário apoio profissional para auxiliar os membros da família a se reorganizarem e passarem do ciclo vital que estão vivenciando (CARTER et al., 1995).

Ao cuidar de uma criança e sua família o profissional de enfermagem precisa ir além da compreensão da doença e ter sensibilidade para reconhecer suas peculiaridades. Para isso, é necessário explorar também a experiência da criança, valorizando-a como sujeito ativo, pois se comunicam de forma verdadeira (GOMES et al., 2013).

Neste panorama “A criança percebendo as fragilidades e as potencialidades do seu tratamento”, apreendeu-se que o processo é vivido de modo singular por cada criança. Compreendeu-se como fragilidade quando a criança afirma: que não houve nenhuma mudança na sua vida e no seu ambiente domiciliar após o início do tratamento; quando referem dificuldade em seguir o tratamento como ter que comer o que não gosta e não poder comer o que gosta; sentimento negativos relacionados à tristeza percebida nos pais quando não consegue evitar comer doce ou outro alimento não recomendado.

Já as potencialidades fazem referência ao reconhecimento da importância do tratamento para a recuperação da saúde geral infantil futuramente; identificação das recomendações relacionadas à prática alimentar e impacto no excesso de peso; percepção de melhora no bem-estar após início do tratamento; acolhimento recebido na sala de brinquedos do ambulatório.

Neste estudo, a família percebe ambiguidade na criança em relação ao tratamento, observando empenho em seguir as recomendações. Mas também há famílias que observam a criança não seguindo o tratamento. Na ótica da família, a falta de compreensão infantil sobre a doença e as necessidades do cuidado ocorre devido à idade da criança e o seu respectivo desenvolvimento cognitivo.

Compreendeu-se que o envolvimento familiar é necessário e se dá, principalmente, quando a família busca consumir os mesmos alimentos recomendados para o tratamento da obesidade. Essa mudança de comportamento na prática alimentar é mediante o reconhecimento da família que a disponibilidade desses alimentos contribui para o consumo infantil conforme apresentado no comportamento e prática alimentar das famílias nesse estudo.

Verificou-se que as famílias manifestam preocupação com o estado de saúde da criança, conscientizando-se com possibilidade da obesidade infantil

perdurar até a vida adulta com risco para o desenvolvimento de diversas doenças e comprometimento da qualidade de vida. A partir das repercussões da obesidade infantil, verificou-se que surgiram 2 padrões familiares diferentes: as famílias que mantêm sua organização em torno de comportamentos não saudáveis relacionados ao peso e que levam à obesidade, e as famílias que se organizam em busca de comportamentos saudáveis que ajudam a manter o peso adequado.

Para Mendes-Castillo e colaboradores (2012), o advento de uma doença altera o equilíbrio de todo o sistema familiar e o enfermeiro deve saber a forma que família busca reorganizar-se para auxiliar a recuperar o equilíbrio. Segundo o Pensamento Complexo, a auto-organização só emerge com novas formas de comportamento quando o sistema está afastado de equilíbrio (CAPRA, 1996), e assim é compreendida a emergente organização da rotina familiar neste estudo.

Emergirem novos padrões de comportamento sob essas condições é resultado de um processo de auto-organização que envolve mudanças que não podem ser explicadas sob o princípio da causalidade pois resultam de transições imprevisíveis diante da necessidade, desordem e caos. Nesta vertente, o Paradigma da Complexidade é fundamentada na evolução de sistemas distantes de equilíbrio, e tem foco nas conexões entre os componentes e em sistemas abertos (FAJARDO-ORTIZ et al., 2015). Diante do exposto, neste estudo o processo de organização familiar está relacionado ao tratamento da obesidade infantil, com foco na mudança do comportamento alimentar e apoio do serviço de saúde para redução do excesso de peso infantil.

O sistema familiar percebeu que reorganizar as tarefas diárias e modificar seus comportamentos alimentares favoreceria a criança no tratamento, fato emergente nesta categoria conceitual, mais especificamente na subcategoria “Organizando-se”. Ressalta-se as 3 principais características dos sistemas auto organizadores são a emergência espontânea de novas estruturas e de novas formas de comportamento em sistemas abertos, afastados do equilíbrio, caracterizados por laços de realimentação internos (entre seus componentes) e descritos matematicamente de maneira não-linear (CAPRA, 1996).

Na perspectiva da complexidade, pressupõe-se ser fundamental conhecer a percepção e a perspectiva familiar sobre a doença para identificar os fatores que podem influenciar na mudança de comportamento necessária no tratamento, pois

o reconhecimento das necessidades manterá o sistema familiar aberto para novas conexões com o ambiente externo, como por exemplo, com as redes de apoio.

O sistema familiar “abre-se para receber energia do meio externo” em “Reconhecendo as redes de apoio”, e identificam que utilizam unidade de endocrinologia pediátrica como serviço especializado para o tratamento, os demais serviços de saúde especializado, como não estavam sendo utilizados pela maior parte das famílias, identificou-se falta desse serviço no referido ambulatório, e/ou falta de conhecimento das famílias em relação a sua disponibilidade na Atenção Primária à Saúde, como nutrição e psicologia.

De acordo com Fajardo-Ortiz e colaboradores (2015) na auto-organização os componentes do sistema unificam-se e reconfiguram-se na tentativa de auto ajustar-se para mudar sua organização e funcionar de acordo com a dinâmica interna e externa. Consequentemente, novos comportamentos podem emergir como novos caminhos resultantes da interconectividade do sistema.

Compreendeu-se que as famílias começaram a modificar a maneira que se comportavam “passando a ser mais controladas”, ou seja, antes não conseguiam dizer não, e limitar alguns comportamentos da criança e mudaram após um determinado tempo de tratamento. De acordo com o pensamento complexo, as regras internas são importantes para manter a organização do sistema familiar, identificar os limites nos subsistemas e delimitar o papel e a função de cada componente.

Para Maturana (1978) a mudança é uma alteração na estrutura familiar que acontece para compensar as perturbações com a finalidade de manter sua estrutura e estabilidade. E a própria mudança é experimentada como uma perturbação para alcançar posteriormente a estabilidade. Nesse cenário, a conversa com outras famílias que compartilham a mesma vivência e com a equipe profissional podem ser oportunidades para refletirem a respeito de suas crenças sobre a doença e suas habilidades para o cuidado (MENDES-CASTILLO et al., 2012).

A mudança na família pode ocorrer “nos domínios cognitivo, afetivo ou comportamental, mas a ocorrência de qualquer um deles causará impacto sobre os outros”. E as intervenções podem ser direcionadas para 1 dos 3 domínios ou todos (WRIGHT; LEAHEY, p. 37, 2018). Essas mudanças são vistas como comportamentos que podem ou não vir acompanhadas de discernimento.

Entretanto, para Wright e Bell citado por Wright e Leahey (2018), a mudança profunda e contínua ocorre no âmbito das crenças da família [cognição].

O conhecimento das repercussões de problemas de saúde, como a obesidade infantil, a partir experiência familiar, deve ser explorado até que sejam provocados impactos nas políticas de saúde pública, protocolos de tratamento e modelo de cuidado de enfermagem. O sistema familiar neste estudo vivencia o processo de organização de maneira não linear, tendo em vista as dificuldades vivenciadas no seu processo de organização, assim, ações simples, como limitar a quantidade e a disponibilidade de alimentos não saudáveis para a criança podem provocar mudanças inesperadas no comportamento alimentar infantil.

A resposta das famílias diante do processo de reorganização indica que acreditam na reeducação alimentar como principal estratégia para alcançar o resultado esperado que é a perda de peso, e compreende-se que o sistema familiar se adapta bem às mudanças e seus componentes atuam como uma rede autopoietica. Quando a perda de peso não é observada no tratamento da obesidade infantil considera-se que o sistema familiar vivencia dificuldades no seu processo de mudança e continua funcionando de maneira desordenada em busca da estabilidade e equilíbrio.

7.5 APRESENTANDO A TEORIA SUBSTANTIVA

A obesidade infantil é uma doença de origem multifatorial, e pode ter diagnóstico tardio já que é baseado nas medidas de peso e altura, e não em sintomas como grande parte das doenças. Além disso, a percepção familiar de que o excesso de peso não é prejudicial à saúde também pode contribuir para retardar o início do tratamento. Embora seja uma doença diagnosticada individualmente, foi considerada neste estudo como de enfrentamento coletivo pela família, e vislumbrada sob a ótica da complexidade na qual a família é considerada como SAC e rede de autoprodução com seus componentes mantendo contínua comunicação entre si.

Nesse âmbito, a abordagem de sistemas complexos exige conhecimento de diferentes áreas na tentativa de solucionar o problema em questão, em razão de ultrapassar os limites da disciplinaridade, exigindo uma abordagem inter, multi,

pluri e transdisciplinar, permitindo aproximação e comunicação conceitual (FURTADO; SAKOWSKI; TÓVOLI, 2015).

Após conhecer a percepção da família sobre a obesidade infantil e as repercussões no sistema familiar foi verificada a maneira que se organizam para atender as necessidades da criança e enfrentar o tratamento.

Para compreender a integração das categorias conceituais para a construção dos conceitos da teoria, bem como suas definições, apresenta-se o quadro 8 a seguir:

QUADRO 8 - Apresentando categorias, conceitos e definições

Categorias conceituais	Conceitos	Definição sob a ótica da complexidade
• <i>Discorrendo sobre a estrutura familiar</i> • <i>Analisando o funcionamento familiar</i>	➤ Reconhecendo a estrutura familiar	✓ Refere-se à identificação da composição familiar, das pessoas que têm excesso de peso, das relações e vínculos entre os integrantes. É o reconhecimento da rotina familiar, das características de organização, papéis e funções. ✓ É fundamental na avaliação da dinâmica intra e inter os subsistemas familiares, e da família com os sistemas mais amplos identificando os fatores que favorecem o desenvolvimento da obesidade infantil.
• <i>A obesidade infantil repercutindo no sistema familiar</i>	➤ A família modificando o seu padrão de organização	✓ Inicia com o reconhecimento dos impactos psicoemocionais, sociais e biológicos na criança, emocionais e sociais no sistema familiar. Como o padrão de organização familiar está incorporado na sua estrutura, pressupõe-se que a família é constituída pela forma como seus componentes relacionam-se. ✓ A obesidade infantil provoca movimentos de desordem e instabilidade na organização familiar, análogos a efeitos de ondas na água. ✓ Há necessidade de mudanças estruturais, como nos limites para que as regras internas sejam ajustadas e ocorra o fortalecimento da interrelação entre os componentes favorecendo a adaptação familiar positiva.
• <i>O sistema familiar movimentando-se no tratamento</i>	➤ O sistema familiar vivenciando o processo de transformação	✓ Quando a família consegue reconhecer o seu padrão de organização associado à instabilidade, e modifica-o adaptando-se bem às mudanças, significa que vivenciam o processo de transformação, ou seja, a autopoiese. ✓ Após identificar os comportamentos que favorecem o excesso de peso, o sistema familiar busca desenvolver novos comportamentos alimentares, definir limites, comunicar estilo de vida saudável e incentivar a prática de exercícios. ✓ No entanto, há famílias que não experimentam o processo de mudança (autopoiese) e permanecem vivenciando as repercussões da obesidade infantil sem conseguir adequar sua organização às necessidades do sistema familiar.

FONTE: O autor (2021).

A figura 14 apresenta a teoria substantiva “O sistema familiar transformando-se diante da complexidade da obesidade infantil” construído a partir compreensão da experiência das famílias que convivem com criança com obesidade, sob a ótica dos familiares e da própria criança. A obesidade infantil está representada pela gota de água na cor azul, e o sistema familiar pela água, que encontra-se em suposto equilíbrio, até ser impactado pela gota da doença.

Figura 14 - Representação gráfica da teoria substantiva “O sistema familiar transformando-se diante da complexidade da obesidade infantil”



FONTE: O autor (2021).

A partir disso, os processos de resposta e adaptação do sistema familiar é iniciado com o reconhecimento da obesidade infantil como fenômeno emergente na categoria conceitual “Discorrendo sobre a estrutura familiar”, com a identificação da composição familiar, pessoas que tem excesso de peso, as relações e vínculos entre os componentes da rede.

O processo de reconhecimento segue na descrição da rotina familiar, das características de organização, papéis e funções na categoria conceitual “Analisando o funcionamento familiar”. Nesta “fase” inicial, o sistema **Reconhecendo a Estrutura Familiar** é fundamental na avaliação da dinâmica intra

e inter os subsistemas familiares, e da família com os sistemas mais amplos para identificação dos fatores que favoreçam a obesidade infantil.

Conforme foi verificado nos resultados desse estudo e confirmado com a literatura discutida ter história familiar de excesso de peso, percepção da obesidade, relações de conflito no ambiente familiar, limites difusos no subsistema pais-filhos, rotina infantil que favoreça o sedentarismo (brincadeiras pouco ativas e não praticar exercício físico), socialização familiar comprometida, prática alimentar não saudável são dimensões interferem na dinâmica familiar e consequentemente no bem-estar da família interferindo em seu equilíbrio.

Logo após o diagnóstico as repercussões da doença são mais perceptíveis em algumas famílias, como verificou-se na categoria conceitual “A obesidade infantil repercutindo no sistema familiar”, que sinaliza os impactos psicoemocionais, sociais e biológicos na criança, emocionais e sociais no sistema familiar. Provoca movimentos de desordem e instabilidade na organização familiar, análogos a efeitos de ondas na água. E conforme representado graficamente, o movimento de repercussão da obesidade infantil encontra-se destacado no centro (com azul mais forte) e pode ir perdendo o impacto no sistema familiar (água).

Neste sentido, Moore e colaboradores (2019) reforçam a importância de perceber a família como um sistema complexo, bem como as intervenções dentro dela, pois podem provocar o desenvolvimento de novas estruturas e novos significados na família. O pensamento complexo concebe a auto-organização, está apto a reunir, contextualizar, globalizar, ao mesmo tempo em que reconhece o singular, o individual (ROCHA; SPAGNUOLO; BOCCHI, 2013).

O sistema familiar funciona como uma rede autopoietica, no qual os seus componentes são transformados por outros componentes da rede, organizacionalmente fechado e ao mesmo tempo sendo aberto em relação ao fluxo de energia e de matéria. Essa organização interna significa que são sistemas auto organizadores, que a ordem não é imposta pelo meio ambiente, e sim estabelecida pelo próprio sistema caracterizando-o como autônomo. Porém, não são isolados do ambiente externo, pois trocam com ele energia e matéria continuamente sem determinar a sua organização pois (CAPRA, 1996).

Neste aspecto, os limites de um sistema não são rígidos, são permeáveis, e esta permeabilidade permite o intercâmbio de energia e de matéria com o

ambiente externo, bem como aumento e melhoria da comunicação dos componentes internamente (TORRES, 2005).

Assim, explica-se que algumas das famílias investigadas apresentam fronteiras internas difusas quando vivenciam dificuldades em manter os limites na prática alimentar e demais atividades de rotina da criança. As fronteiras internas frágeis dificultam a definição de papéis, execução de tarefas, solução de problemas, comunicação e conseqüentemente, a organização do sistema familiar. As fronteiras externas moderadamente rígidas foram constatadas pelos poucos momentos de lazer relatados fora do ambiente familiar. As redes de apoio também são identificadas como fronteira externa/meio ambiente/ambientes sociais e representadas neste estudo pela igreja, amigos, família extensa, serviços de saúde e de educação e escola.

Como o padrão de organização familiar está incorporado na sua estrutura, pressupõe-se que a família é constituída pela forma como seus componentes estão interconectados e pelas suas respectivas relações. Logo, esse estudo apontou necessidade de mudanças estruturais, como tornar os limites no subsistema pai-filho mais rígido (quando difuso) para que as regras internas sejam ajustadas conforma a necessidade, bem como o fortalecimento das interconexões entre os componentes e consecutivamente o desenvolvimento de adaptação familiar positiva no tratamento da obesidade infantil, e em **Modificando o Padrão de Organização** a família vivencia esse processo.

A característica central de um sistema autopoiético é que ele pode passar por contínuas mudanças enquanto preserva seu padrão de organização. E a medida que interage com o meio ambiente sofre uma sequência de mudanças estruturais ao longo do tempo, e a sua estrutura é um registro de mudanças e interações. Assim, o desenvolvimento de um organismo individual é a sua história de mudanças (CAPRA, 1996). Neste contexto, após identificar os comportamentos que favorecem o excesso de peso, o sistema familiar busca desenvolver comportamentos alimentares saudáveis, estabelecer os limites no subsistema pai-filho, comunicar sobre um estilo de vida saudável e incentivar a prática de exercícios físicos.

Contudo, em uma rede autopoiética, os componentes produzem e transformam continuamente uns aos outros, o que pode ocorrer de duas maneiras distintas: um tipo de mudança de auto renovação no qual o organismo renova

continuamente a si mesmo e mantém sua identidade. E o segundo tipo no qual novas estruturas são criadas, novas conexões nas redes autopoiética. Essas mudanças de segundo tipo ocorrem com influência ambiental e/ ou do meio interno, como resultado da dinâmica interna do sistema. Essas interações internas e externas desencadeiam mudanças estruturais, geralmente de desenvolvimento e evolução. Diante disso, a consequência é um padrão de organização com características não-linear e imprevisível (CAPRA, 1996).

Quando a família consegue modificar o seu padrão de organização, adaptando-se bem às mudanças necessárias diante da obesidade infantil significa o **Sistema familiar Vivenciando o Processo de Transformação**. No entanto, mediante os resultados dessa pesquisa, foi observado que há famílias que não conseguem alcançar esse movimento de mudança, reorganização e transformação diante da obesidade infantil, devido as dificuldades experimentadas, e permanecem vivenciando as repercussões da doença sem conseguir adequar sua organização às suas necessidades, mantendo um funcionamento sem a regulação do sistema.

Esse processo de transformação do sistema familiar é reconhecido na complexidade como **Autopoiese**, e encontra-se destacado na representação gráfica da figura 14 na cor lilás e mais em direção às bordas da figura, indicando que nem todas as famílias conseguem vivenciá-lo. Conforme discutido na categoria conceitual “O sistema familiar movimentando-se no tratamento”, o processo de transformação da família tem relação não-linear com o tempo de adaptação do sistema à mudança provocada pela situação de emergência [obesidade].

Um sistema autopoiético passa por contínuas mudanças estruturais, e ao mesmo tempo preserva seu padrão de organização como de uma teia. A assim, o sistema vivo especifica as perturbações advindas do meio ambiente que desencadeiam mudanças (CAPRA, 1996).

É importante mencionar que foi observado que “a passagem de uma fase para outra” na vivência do processo de transformação do sistema familiar diante da obesidade infantil não ocorre de forma linear. Pois há família que vai e volta no processo de reconhecimento de sua estrutura, e não consegue identificar quais aspectos do seu padrão de organização contribuem para o excesso de peso infantil, e após a identificação não executam as estratégias para implementá-las, haja vista as dificuldades no processo seguinte que é o de modificação do padrão de comportamento.

Contudo, pressupõe-se que a avaliação da estrutura familiar de crianças com obesidade e de seu padrão de organização possibilita o reconhecimento de suas instabilidades e dificuldades. E como um sistema capaz de regular a si próprio consegue transformar-se para funcionar de modo saudável diante de situações complexas, por meio de seus recursos e estratégias de adaptação. A teoria apresentada contribui substancialmente para a prática da enfermagem familiar ampliando a abordagem do tratamento da obesidade para a unidade familiar como fonte de apoio social.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TFD construtivista permitiu a compreensão da experiência da unidade familiar com a obesidade infantil e a construção da teoria substantiva “O sistema familiar transformando-se diante da complexidade da obesidade infantil”, com reconhecimento das principais características estruturais e funcionais, e que a doença repercute nas esferas psicosociais e biológica na criança com impactos psicosociais na família. O modelo teórico explicitou a complexidade da obesidade infantil como uma doença de origem multifatorial que precisa ser abordada em contexto familiar sem perder o enfoque nas necessidades da criança e seu crescimento e desenvolvimento saudável.

Diante da compreensão de que o sistema familiar é uma rede autopoietica capaz de contribuir positivamente com o tratamento da obesidade infantil por meio transformação do seu padrão de organização, este estudo gerou nova evidência para que a família seja contemplada na abordagem da doença, já que, geralmente, o tratamento da obesidade é individual.

Ao utilizar a teoria da complexidade como referencial teórico a unidade familiar foi concebida como um sistema adaptativo complexo, no qual seus componentes e subsistemas estão fechados internamente, organizam-se com regras internas que matém a ordem no sistema, e limites externos abertos para que aconteçam as trocas necessárias com o meio ambiente. Essa capacidade de permeabilidade nos ambientes interno e externo ocorre a fim de gerenciar o funcionamento do sistema, pois os componentes são interconectados e sua produção causa efeito direto um sobre o outro, como um rede de relações.

Os resultados desse estudo contribuem para prática de enfermagem familiar indicando aspectos da dinâmica familiar que podem ser avaliados na estrutura e funcionamento das famílias como: história, composição, relações, vínculos, rotinas, atividades diárias, cuidado, apoio, comportamentos, práticas alimentares, lazer, exercícios físicos, brincadeiras da criança, ambientes sociais e redes de apoio. Diante dessa avaliação, é possível analisar como a obesidade infantil impacta no equilíbrio do sistema familiar, quais comportamentos estão favorecendo o excesso de peso e como a família está buscando retomar sua estabilidade.

Após essa análise é fundamental que a família reconheça, os seus recursos e fragilidades, para que possam reorganizar-se no processo de enfrentamento da doença que se propaga por todo o sistema. As intervenções profissionais devem visar as ações empreendidas pela unidade familiar para mudança com vistas não apenas a redução de peso, mas o bem-estar de toda a família.

Contudo, sugere-se que novas pesquisas especifiquem as características dos sistemas familiares relacionadas ao processo de autopoiese, já que se verificou modificação do padrão de organização em alguns sistemas e outros não. Pois já foi identificado nesse estudo estilo de limite permissivo, história familiar com excesso de peso e prática alimentar não saudável como aspectos comumente presentes nas famílias de crianças com obesidade. Também não ficou claro nesta pesquisa a relação do tempo de diagnóstico e tratamento com as repercussões da obesidade infantil no processo de adaptação nas famílias, e também as relações entre os irmãos, sendo necessário aprofundar estas análises.

Sugere-se ainda explorar a resolutividade dos serviços de atenção à saúde e rede de apoio, bem como as intervenções que implicam em auxiliar as famílias na vivência das repercussões sociais da obesidade infantil.

O estudo apresenta como limitação ter sido realizado com famílias de um único contexto de atendimento [público], sendo necessário explorar outras realidades sociais. Aponta-se a importância da validação do modelo teórico com as famílias participantes e com profissionais da área de enfermagem familiar, para melhor qualificação dos resultados da pesquisa.

Contudo, a principal contribuição desse estudo consiste em evidenciar cientificamente a experiência da família no processo de transformação dos seus padrões de organização diante da obesidade infantil, principalmente nos comportamentos e práticas alimentares, e também o reconhecimento das dificuldades vivenciadas e estratégias exitosas implementadas.

Assim, espera-se que os resultados dessa pesquisa redirecionem o tratamento atual da obesidade infantil, que tem enfoque na mudança de comportamento individual. Por conseguinte, este estudo pode contribuir para a prática clínica da enfermagem familiar ampliando a atenção para a unidade familiar, atentando para a constituição de sua estrutura, seu funcionamento, repercussões da doença no equilíbrio do sistema e organização da família como rede para seguir o tratamento.

A relevância dessa pesquisa consiste em reconhecer a família como fonte de apoio social no tratamento da obesidade infantil e fornecer sustentação teórica para a prática de enfermagem familiar ao considerar o funcionamento familiar como fator protetor de saúde para a obesidade infantil. Além disso, foi identificada necessidade de avaliação do padrão de organização à família para que as intervenções de cuidado sejam planejadas a partir do mapeamento dos pontos de instabilidade do sistema, que permitam a identificação de recursos e estratégias para torna-la uma rede autopoietica.

REFERÊNCIAS

ABARCA-GÓMEZ, et al., “Worldwide Trends in Body-Mass Index, Underweight, Overweight, and Obesity from 1975 to 2016”. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. **The Lancet**, v. 390, n. 10113, p. 2627-2642, 2017. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)>.

AMATUZZI, M. Experiência: um termo chave para a psicologia. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**. v. 13, p. 08-15, nov. 2007. Disponível em; <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/01Amatuzzi.pdf>>.

American Occupational Therapy Association, AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. traduzida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo. v. 26 n. 1, p. 49, 2015.

ANDREWS, T. et al. The methodology of classic grounded theory: considerations on its application in nursing research. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720170001560017>>.

ÂNGELO, M. The emergence of family nursing in Brazil. **Journal of Family Nursing**. V. 14, n. 4, p. 436-41, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1074840708327932>>.

_____, M. et al. Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 43, n. spe2, p. 1337-1341, 2009. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600033>>.

ASTEDT-KURKI, P.; PAAVILAINEN, E.; LEHTI, K. Methodological issues in interviewing families in family nursing research. **Journal of advanced nursing**, v. 35, n. 2, p. 288–293, 2001. Disponível em: < <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01845.x>>.

BARRETA, J. P. F. O conceito de vivência em Freud e Husserl. **Psicologia USP**, v. 21, n. 1, p. 47-78, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/42042>>.

BELLATO, R. et al. The Family Experience of Care in Chronic Situation. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 6, p. 81–88, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300012>>.

BERGE, et al. The Protective Role of Family Meals for Youth Obesity: 10-year Longitudinal Associations. **The Journal of pediatrics**, v. 166, nº 2, p. 296–30, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.08.030>>.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A.; MOREÉ, C. L. O. O. A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 828-845, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n4/v29n4a13.pdf>>.

BOUSSO, R. S. A Teoria dos Sistemas Familiares como referencial para pesquisas com famílias que experienciam a doença e a morte. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 257-261, abr.-jun. 2008. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/266>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Cadernos de Atenção Básica, n. 38. Brasília (DF); 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>

BURAWOY, M. Grounding globalization. In BURAWOY, J. A. et al. **Global ethnography: Forces, connections, and imaginations in apostmodern world**, p. 337-373. Berkeley, CA: University of California Press.

BURNS, T. P.; PATTEN, B. C.; HIGASHI, H. **Hierarchical Evolution in Ecological Networks**, in HIGASHI, M.; BURNS, T. P. Theoretical Studies of Ecosystems: The Network Perspective, Cambridge University Press, Nova York, 1991.

CAPRA, F. **A Teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996.

_____. **As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável**. São Paulo: Cultrix, 2005.

_____. Uma nova concepção de vida. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. v. 38, n.1, 1, pp. 7-9, jan./abr. 2007, Disponível em: <http://www.andredeak.com.br/pdf/fritjof_capra.pdf>.

CAPRA, F.; LUISI, P. L. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix, 2014.

CARMO, A. S. Family Characteristics, Perceived Environment for Physical Activity, and Childhood Obesity: An Approach with Structural Equation Models. **American Journal of Human Biology**, n/a: e23560, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/ajhb.23560>>.

CARTER, B.; et al. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, M. A.; et al. Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. v. 29, n. 2, p. 148-56, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v29n2/v29n2a08.pdf>> Acesso em: 05 nov. 2018.

CARVALHO, M. A.; MOREIRA, L. V. C.; RABINOVICH, E. P. Olhares de crianças sobre a família: um enfoque quantitativo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 26, n. 3, p. 417-426, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300004>>

CHARMAZ, K. **Grounded theory as an emergent method**. In S. N. Hesse-Biber, & P. Leavy, *Handbook of emergent methods* (pp. 155-170). New York, NY: Guilford Press. 2008.

_____. **Grounded theory: Objectivist and constructivist methods**. In N. Denzin, & Y. Lincoln. *The handbook of qualitative research*. 2nd ed, London, UK: Sage Publications, pp. 509-536, 2000.

_____. **A Construção da Teoria Fundamentada: Guia Prático para Análise Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

_____. **Constructing grounded theory**. London: Sage, 2006.

_____. KELLER, R. A Personal journey with grounded theory methodology. v. 17. n. 1, 2016. Disponível em: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2541/3936>>

CLARK, A. M. What are the components of complex interventions in healthcare? Theorizing approaches to parts, powers and the whole intervention. **Social Science & Medicine**, v. 93, p. 185-93, 2013.

CLARKE, A. E. **Situational analysis**: Grounded theory after the postmodern turn. Thousand Oaks, CA: Sage, 2005.

COMINATO, L.; YBARRA, M.; FRANCO, R. R. OBESIDADE. IN: **Obesidade infantil**. 1ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2017.

CORRÊA, V. P.; et al. O impacto da obesidade infantil no Brasil: revisão sistemática **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 14, n. 85, p. 177–83out., 2020. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1208>>.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa & projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3ª ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DAUGHETEE, C. Using genograms as a tool for insight in college counseling. **Journal of College Counseling**, v. 4, n.1, p. 73-6, 2001.

DEATRICK, J.; et al. Family management style framework: A new tool with potential to assess families who have children with brain tumors. **Journal Pediatric Oncology Nursing**. v. 23, n. 1, p. 19-27, 2006. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043454205283574>>.

DESSEN, M. A. Estudando a família em desenvolvimento: Desafios conceituais e teóricos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. esp., p. 202-219, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017021803303>

Dicionário brasileiro da língua portuguesa. **Michaelis**, 2018. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=experi%C3%Aancia>>

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SOUSA, A. I. J.; NITSCHKE, R. G. **Enfermagem com família**: modos de pensar e maneiras de cuidar em diversos cenários brasileiros. Florianópolis: Papa-Livro, p. 486, 2016.

FAJARDO-ORTIZ, G.; et al. The Dimension of the Paradigm of Complexity in Health Systems. *Cirugía y Cirujanos* v. 83, n.1, p. 81–86. jan., 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.circen.2014.03.001>>.

FURTADO, B. A.; SAKOWSKI, P.; TÓVOLI, M. IN: COSTA, E. G. Modelagem de sistemas complexos para políticas públicas.. **Caderno CRH** 28 677–79, v. 1, dez., 2015. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0103-49792015000300016>>.

FIGESE, B. H.; BOST, K. K. Family ecologies and child risk for obesity: focus on regulatory processes. **Family Relations**, v. 65, n. 1, p.94–107, feb. 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/fare.12170>>.

GEREMIA, R., et al. Childhood overweight and obesity in a region of Italian immigration in Southern Brazil: a cross-sectional study. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 41, n. 28), p.1-8. *(14) (2015).

GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; Simon, B. S.; Lacerda, M. R. Grounded Theory methodological aspects in Brazilian nursing thesis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.73, nº 6, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0274>>.

GLASER, B G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldine; 1967.

GLASER, B G.Theoretical sensitivity. Mil Valley: The Sociology Press; 1978.

GLASER, B. **Basics of Grounded Theory Analysis**. Mill Valley, CA: Sociology Press. 1992.

GLASER, B.G.; HOLTON, J. Remodeling Grounded Theory. Forum: Qualitative Social Research. v. 32, p.47-68, 2007.

GLOUBERMAN, S.; ZIMMERMAN, B. Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like? Comission on the future of health care in Canada. **Canadian Institute of Health Research**: 2002.

GOMES, I. P. Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: perspectiva de crianças. Texto Contexto Enfermagem .v. 22, n. 3, 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tce/a/JTfgsrpZ4FNnsLdpzT6Kznn/?format=pdf&lang=pt>>.

GOMES, L. B. E. et al. As Origens do Pensamento Sistêmico: Das Partes para o Todo. **Pensando Famílias**. v. 18, n. 2, p. 3-16, dez, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n2/v18n2a02.pdf>>.

GOMES, I. M.; et al. Teoria fundamentada nos dados na enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE (on line)*, v. 9, nº 1, p. 466–74, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i1a10360p466-474-2015>>.

GREY, M.; KNAFL, K.; MCCORKLE, R. A Framework for the Study of Self- and Family Management of Chronic Conditions Nursing Outlook, v. 54, n 5, p. 278–86. 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2006.06.004>>.

HALLBERG, L. R. M. The “core category” of grounded theory: Making constant comparisons. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**. v. 1, n. 3, p. 141–148, 2006.

HALLIDAY, J. A.; et al. The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review. **International Journal of Obesity**. v. 38, p. 480 – 493, 2014. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/ijo2013213>>.

HOEEG, D. et al. Contextual Complexities in Implementing a Family-Based Childhood Obesity Intervention: The Perspectives of Enrolled Children and Their Parents. **Children (Basel)**. v. 7, n. 12, p. 267, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/children7120267>>.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (HC-UFPR). Disponível em: <<http://www2.hc.ufpr.br/?q=content/uep-unidade-de-endocrinologia-pedi%C3%A1trica>>.

INGOLD, T. An anthropologist looks at biology. **Man**, n.25, p. 208-229, 1990.

KEELEY J. P.; JOSEPH A. S. Family Functioning and Childhood Obesity Treatment: A Family Systems Theory-Informed Approach. **Academic Pediatrics** 18, n. 6, p. 620–27, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.04.001>>.

KELLER, A. J. **Michaelis: Dicionário escolar alemão: Alemão português, português alemão**. São Paulo: Melhoramentos, 2002.

KENNY, M.; FOURIE, R. Contrasting classic, straussian, and constructivist grounded theory: methodological and philosophical conflicts. **The Qualitative Report**, v. 20, n. 8, p. 1270-89, 2015 Disponível em: <<http://nsworks.nova.edu/tqr/vol20/iss8/9>>.

KITZMANN, K. M.; DALTON III, W. T.; BUSCEMI, J. Beyond parenting practices: Family context and the treatment of pediatric obesity. **Family Relations**, v. 57, p. 13–23, 2008.

KITZMAN-ULRICH H, et al. The integration of a family systems approach for understanding youth obesity, physical activity, and dietary programs. **Clinical Child and Family Psychology**. Review. v. 13, p. 231–253, 2010. Disponível em: <<https://link.springer.com/journal/10567>>.

KOERICH, C.; et al. Grounded theory: evidencing divergences and contributions for nursing research. *Revista Mineira de Enfermagem*. v. 22, 1084, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180014>>

KREPPNER, K. Social relations and affective development in the first two years in family contexts. In J. Valsiner & K. J. Connolly (Eds.), **Handbook of developmental psychology**, p. 194-214. Londres: Sage, 2003.

KREPPNER, K. The child and the family: Interdependence in developmental pathways. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n.1, p. 11-22, jan.- abr. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4383.pdf>>

LIRA, A. K.; SOUZA, D. C. C.; CINTRA, V. M. Determinantes da obesidade infantil: um problema de saúde pública. **Temas em Saúde** .v. 20, n 1, p. 77–94, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.29327/213319.20.1-6>>

LOBSTEIN, T.; et al. Social Disparities in Obesity Treatment for Children Age 3–10 Years: A Systematic Review. **Obesity Reviews**. V. 22, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/obr.13153>>

LORENC, T.; OLIVER, K. Adverse effects of public health interventions: A conceptual framework. **Journal Epidemiology Community Health**. v. 68, p. 288–290, 2014.

LOWRY, K. W.; BETHANY, J. S.; JANICKE, D. M. The Effects of Weight Management Programs on Self-Esteem in Pediatric Overweight Populations.

Journal of Pediatric Psychology. v. 32, n.10, p.1179–95, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm048>>.

MANN, C. M.; et al. Application of the intervention mapping protocol to develop keys, a family child care home intervention to prevent early childhood obesity. **BMC Public Health.** v. 15, n. 1227, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4675063/>>.

MATURANA, H, R. **Biology of Language: The Epistemology of Reality.** As it appears in the form of Chapter 2 in: MILLER, G. A.; LENNEBERG, E. Psychology and Biology of Language and Thought: Essays in Honor of Eric Lenneberg. New York: Academic Press, p. 27-63. ISBN 0-12-497750-2, 1978. Disponível em: <<http://www.enolagaia.com/UMUArchive/M78BoL.html>>.

MAZZA, V. A.; et al. A família como unidade de análise em pesquisas de enfermagem. IN: **METODOLOGIAS DA PESQUISA PARA ENFERMAGEM EM SAÚDE: da teoria à prática.** ORG. Maria Ribeiro Lacerda, Renata Perfeito Ribeiro, Regina Gema Santini. Vol 2. Porto Alegre: Moriá, 2018. ISBN: 978-85-99238-36-3.

MENDES-CASTILLO, A. M. C.; et al. Estilos de manejo familiar: uma possibilidade de avaliação no transplante hepático pediátrico”. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 25, p. 867–72, 2012).Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600007>>.

MCGOLDRICK, M.; GERSON, R.; SHELLENBERGER, S. **Genograms:**

MIRANDA, L. S. M. V.; VIEIRA, C. E. N. K.; TEIXEIRA, G. A.; et al. Theoretical model of nursing care for children with obesity. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 73, n. 4, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0881>>.

MISOCZKY, M. C. Da abordagem de sistemas abertos à complexidade: algumas reflexões sobre seus limites para compreender processos de interação social. **Cadernos Ebape,** v. 1, n. 1, ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v1n1/v1n1a02.pdf>>.

NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto & Contexto Enfermagem,** v. 14, n. 2, p. 280-6, abr.-jun., 2005. NOBRE, L. N.; et al. Early determinants of overweight and obesity at 5 years old in preschoolers from inner of Minas Gerais, Brazil. **Nutrición Hospitalaria.** v. 28, n. 3, p. 764-71, 2013.

NORWICKA, P.; FLODMARK, C. E. Family in pediatric obesity management: a literature review. **Internacional Journal of Pediatric Obesity**. v. 3, p. 44–50, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/17477160801896994>>.

OLIVEIRA, L.C. et al. Excesso de peso, obesidade, passos e atividade física de moderada a vigorosa em crianças. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, n. 38, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006771.pdf>.

ORTEGA, Y. GASSET, J. El tema de nuestro tiempo. Madrid: Tecnos, 2002.
PAZIN, D.C. et al. Circunferência da Cintura está associada à pressão arterial em crianças com índice de massa corpórea normal: avaliação transversal de 3417 crianças escolares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 109, n. 6, p. 509-515, 2017. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2017/aop/AOP_8642.pdf>

PAVÃO, M. R.; et al. Rotina e necessidades de apoio: relato de familiares de crianças de zero a dois anos, público alvo da educação especial. **Revista Educação Especial**, v. 31, n. 61, p. 447–62, 2018. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3131/313158866018/html/index.html>>.

PENDLEBURY, M. **Experiência** (filosofia). In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikipedia Foundation, 2018. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Experi%C3%Aancia_\(filosofia\)&oldid=51630758](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Experi%C3%Aancia_(filosofia)&oldid=51630758)>.

PINEDA, E, BASCUNAN, J, SASSI, F. Improving the school food environment for the prevention of childhood obesity: What works and what doesn't. **Obesity Review**. V. 22, n. 2, n. 131762021.

PINHEIRO, I. R.; CREPALDI, M. A.; CRUZ, R. M. Entendeu ou quer que eu desenhe? Transições familiares através da visão sistêmica. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 175–192, 2012.

PINHEIRO, M. F. G.; GOMES, C. L. Abordagens do brincar em cursos de graduação na área da saúde: educação física, fisioterapia e terapia ocupacional. **Movimento**, Porto Alegre. v. 22, n. 2, p. 555-566, 2016.

PLSEK, P. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. **Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America**. Washington: National Academies Press, 2001.

PUHL, R.; SUH, Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. **Current Obesity Report**. v. 4, p.182–190, 2015.

Rede Nacional Primeira Infância (RNPI). Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. **Plano Nacional da Primeira Infância - Projeto Observatório Nacional da Primeira Infância - Mapeamento da Ação Finalística “Criança com Saúde”: Obesidade Infantil**. Fortaleza (CE); 2014.

REIS, C. E. G.; VASCONCELOS, I. A. L.; BARROS, J. F. N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 4: p. 625-33, 2011. **Report**, v. 20, n. 8, p. 1270-89, 2015 Disponível em: <<http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol20/iss8/9>>.

RÍOS-PONCE, M. A.; GUEVARA-CRESPO, N. D.; ÁLVAREZ-VALENCIA. J, F. Características y percepción de hogares con obesidad infantil en Cuenca, Ecuador. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, n. 88, p. 207–20, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.21158/01208160.n88.2020.2694>>.

ROBINSON, C. A. Unifying distinctions for nursing research with persons and families. **Journal of Family Nursing**, v. 1, n. 1, p. 8-29, 1995. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/107484079500100102>>.

ROCHA, S. A., MANGINI, S. R. S.; BOCCHI, S. C.; Assistência em saúde: revisão integrativa do conhecimento produzido à luz da complexidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 12, nº 1, p. 189–97, out., 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i1.10722>>.

RODRIGUEZ, B. C.; GOMES, I. C.; OLIVEIRA, D. P. Família e nomeação na contemporaneidade: uma reflexão psicanalítica. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 135–50. 2017. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2236-64072017000100009&lng=pt&nrm=iso&tling=pt>.

ROLLAND. J, S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; et al. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 373-92.

SANTOS, D. F. B.; et al. Implicações da pouca preocupação e percepção familiar no sobrepeso infantil no município de Curitiba, PR, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 5, p. 1717-1724, 2017.

SANTOS, J. L. G.; et al. Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 52: e03303, 2018.

SANTOS, P. et al. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.69, ago., p. 646–5, 2016. Disponível: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405j>>.

SCHERER, A. D.; MOREÉ, C. L. O. O.; CORADINI, A. O. Obesidade, família e transgeracionalidade: uma revisão integrativa da literatura. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 26, n. 58, p. 17–37, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-78412017000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>.

SCHROEDER, K. B. R. S.; KOBULSKY, J. M.; SARWER, David. B. The Association between Adverse Childhood Experiences and Childhood Obesity: A Systematic Review”. **Obesity Reviews**. V. 22, n. 7, e13204, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/obr.13204>>.

SEPÚLVEDA, A.R.; et al. Identifying Loss of Control Eating within Childhood Obesity: The Importance of Family Environment and Child Psychological Distress. **Children (Basel)**. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/children7110225>>.

SILVA BARRETO, M.; GARCIA-VIVAR, C.; MARCON, S. S.. Methodological Quality of Grounded Theory Research with Families Living with Chronic Illness. **International Journal of Africa Nursing Sciences**. v. 8, p.14–22, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.01.001>>.

SKELTON, J. A.; et al. Family dynamics and pediatric weight management: Putting the family into family-based treatment. **Current Obesity Reports** v. 9, n. 4, p. 424-441, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1007/s13679-020-00407-9>>.

SLEDDENS, E. F. C., General Parenting, Childhood Overweight and Obesity-Inducing Behaviors: A Review. **International Journal of Pediatric Obesity: IJPO: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity** v. 6, n. 2, p. 12-27. jun., 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.3109/17477166.2011.566339>>.

SMITH, J. D.; et al. An Individually Tailored Family-Centered Intervention for Pediatric Obesity in Primary Care: Study Protocol of a Randomized Type II Hybrid Effectiveness–Implementation Trial (Raising Healthy Children Study).

Implementation Science. v. 13, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13012-017-0697-2>>.

SMITH, J. D.; et al. Preventing weight gain and obesity: indirect effects of the family check-up in early childhood. **Prevention Science – Springer**, v. 16, n. 3, p. 408–419, apr. 2015.

SOUZA, F. M.; BÖING, E. As repercussões do tratamento de leucemia aguda na dinâmica familiar: um estudo de casos múltiplos. **Contextos Clínicos**, v. 11, n. 2, p. 217–31, ago., 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.4013/ctc.2018.112.07>>.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento de Nutrologia. Manual de orientação alimentar do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 3 ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012.

_____. (SBP). **Obesidade na infância e adolescência**. Manual de Orientação. São Paulo; 2020.

STRAUSS, A; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamenta**. Tradução: Luciane de Oliveira da Rocha. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TASSARA, V.; NORTON, R. C.; MARQUES, W. E. U. Importância do contexto sócio familiar na abordagem de crianças obesas. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 309-14, 2010.

TEODORO, F. C. **Famílias vivenciando o adoecimento por câncer de mama** [recurso eletrônico] Fernanda Cassanho Teodoro – Curitiba, 2019. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019. Orientadora: Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza Coorientadora: Profa. Dra. Marilene Lowen Wall.

THOMPSON, D. S.; et al. Scoping Review of Complexity Theory in Health Services Research. **BMC Health Services Research**. v. 16, n. 87, 2016. Disponível em: <doi: [10.1186/s12913-016-1343-4](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1343-4)>.

TUFFIN, R. Implications of complexity theory for clinical practice and healthcare organization. **BJA Education**, v. 16, n.10, p. 349–352, out. 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/bjaed/article/16/10/349/2288640>>.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico: O novo paradigma da ciência**. 9ª ed. Campinas: Papyrus, 2010.

VASQUES, R. C. Y.; BOUSSO, R. S.; MENDES-CASTILLO, A. M. C. A experiência de sofrimento: histórias narradas pela criança hospitalizada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n. 1, p. 122-9, 2011.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R. A. G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 552-60, 2002.

VIERNTEINER, J. L. O conceito de vivência (Erlebnis) em Nietzsche: gênese, significado e recepção. **Kriterion**, v. 54, n. 127, p. 141-155, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/kr/v54n127/n127a08.pdf>.

WALSH, F. **Processos Normativos da Família**: diversidade e complexidade. 4ª ed. Artmed. 2016. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713105/>.

WALSH, F. **Processos Normativos da Família**: diversidade e complexidade. 4ª ed. Artmed. 2016. 9788582713105. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713105/>.

WALSH, F. **Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity**. 3rd edn. The Guilford Press: New York, 2003.

_____, F. **Strengthening family resilience** New York: Guilford Press. 2nd. 2006.

World Health Organization (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. WHO Technical Report Series, n. 854. Geneva, 1995.

_____. **Data Report of the commission on ending childhood obesity**. Geneva, Switzerland, 2016.

_____. **Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition**. Updates for the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível

em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259133/1/9789241550123-eng.pdf?ua=1>>.

_____. **Obesity and overweight.** Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 2021. (WHO Technical Report Series, n. 894). Disponível em:< <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> >.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias:** um guia para a avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2018. 327 p.

WRIGHT, L. M.; WATSON, W. L.; BELL, J. M.; **Beliefs: The heart of healing in families and illness.** New York: Basic Books; 1996.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Experiência de famílias com crianças obesas

Pesquisador: Verônica de Azevedo Mazza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 84781418.8.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.712.546

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "Experiência de famílias com crianças obesas", sob a responsabilidade da Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza – Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPR, e colaboradora Sâmea Marine Pimentel Verga (discente).

Trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa com a metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Será empregada a abordagem construtivista, proposta por Katy Charmaz (2009). O cenário do estudo será composto por ambulatorios especializados público e privado que atendem crianças com obesidade, localizados em Curitiba-PR: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná/Unidade de Endocrinologia Pediátrica e Instituto de Pesquisa do Comportamento Alimentar de Curitiba (IPCAC). Nestes cenários serão identificadas as crianças com obesidade para posteriormente serem entrevistados os seus familiares, os quais indicarão o momento mais conveniente para a realização da entrevista. Os participantes do estudo serão familiares de crianças obesas (com idade entre zero e 10 anos) atendidas nos serviços especializados de tratamento para obesidade infantil no município de Curitiba-PR. A entrevista será realizada inicialmente com o familiar que estiver acompanhando a criança na consulta ambulatorial (amostragem inicial), e estes poderão indicar outro(s) familiar(es) para participar da pesquisa. Os dados serão coletados por meio de entrevista intensiva (em profundidade) com aproximadamente 30 participantes, em média, 15 famílias, sendo duas pessoas entrevistadas em cada família. Será utilizado um roteiro de entrevista contendo questões abertas e semiestruturadas

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.712.546

referentes à elaboração de um genograma e ecomapa da família, e também referentes aos objetivos da pesquisa. As entrevistas serão registradas por meio de áudio digital e posteriormente transcritas em arquivo do Microsoft Word®. Para auxiliar na organização e análise dos dados coletados, será utilizado o MAXQDA (software profissional para a análise de dados qualitativos e métodos mistos de pesquisa).

Objetivo da Pesquisa:

São objetivos da pesquisa:

- Interpretar a experiência de famílias que convivem com a obesidade infantil
- Construir uma teoria substantiva que explicita essa experiência

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras: "Como benefício da pesquisa aponta-se a contribuição científica e o conhecimento sobre a organização, interação e experiência da família de crianças obesas, o que proporcionará aos profissionais de saúde subsídios para melhor planejamento do cuidado e para sustentar a elaboração de estratégias de atenção à saúde da criança. A partir dos conceitos e da teoria que será desenvolvida ao final desta pesquisa poderão ser propostas ações específicas para o cuidado da criança obesa e sua família.

O risco que a pesquisa poderá acarretar aos participantes, uma vez que não haverá intervenções, será o desconforto ao responder as perguntas da pesquisa, em virtude da presença da pesquisadora durante a entrevista. Com vistas a minimizar estes riscos, será explicado ao participante sobre o sigilo das informações e quanto à condução da coleta de dados. Também com esta finalidade, a entrevista será realizada em lugar reservado, conforme a preferência do participante, e possibilitada a sua desistência a qualquer momento caso se sinta desconfortável para responder as questões abordadas na entrevista".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está bem redigido e apresenta fundamentação teórica e metodológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados devidamente assinados.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.712.546

Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_servico_envolvidoHC.pdf	12/03/2018 08:02:30	IDA CRISTINA GUBERT	Aceito
Outros	check_list.pdf	08/03/2018 16:43:20	SÁMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordancia_do_diretor_de_ensino_e_pesquisa_HC.pdf	08/03/2018 16:35:28	SÁMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_instituicao_coparticipant_e_IPCAC.pdf	08/03/2018 16:34:59	SÁMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.doc	08/03/2018 16:29:41	SÁMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.doc	08/03/2018 16:29:11	SÁMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/03/2018 11:30:04	SÁMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_responsabilidade.pdf	06/03/2018 11:26:18	SÁMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	06/03/2018 11:25:03	SÁMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_uso_especifico_de_material.pdf	06/03/2018 11:24:41	SÁMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_tornar_publico_os_resultados.pdf	06/03/2018 11:24:22	SÁMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_confidencialidade.pdf	06/03/2018 11:24:05	SÁMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficio_do_pesq_encaminhando_projeto_ao_CEP.pdf	06/03/2018 11:19:00	SÁMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 14 de Junho de 2018

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR **Município:** CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO ENVOLVIDO



Concordância dos Serviços Envolvidos

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
COMPLEXO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR

Curitiba, 23 de 02 de 2018

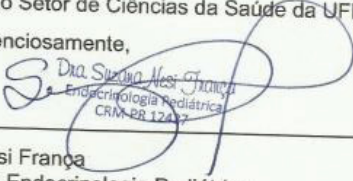
Senhor Coordenador,

Declaramos que nós da **Unidade de Endocrinologia Pediátrica** do **Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná** estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "**Experiência de famílias de crianças obesas**" sob a responsabilidade da **Prof.ª Dr.ª Verônica de Azevedo Mazza**, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em março de 2021.

Estamos cientes de que os participantes da pesquisa serão familiares de crianças com obesidade, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 (CNS) e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminhar, a esta Instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Atenciosamente,


Dr.ª Suzana Nesi França
Endocrinologia Pediátrica
CRM-PR 12417

Suzana Nesi França
Unidade de Endocrinologia Pediátrica
Departamento de Pediatria- UFPR
Hospital de Clínicas da UFPR

HOSPITAL DE CLÍNICAS UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (HC-UFPR), sito na Rua General Carneiro,
181 – CEP 80060-900, Alto da Glória, Curitiba, Estado do Paraná, Brasil, inscrita no CNPJ sob nº
75.095.679/0002-20.

ANEXO C – DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



DECLARAÇÃO INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Pesquisador(a) Responsável : Verônica de Azevedo Mazza

Título da Pesquisa: Experiência de famílias de crianças obesas

Instituição Coparticipante: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Declaro ter lido e concordar com o Projeto de Pesquisa acima descrito, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, e em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do projeto de pesquisa em tela, assim como do compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. É necessário aguardar o parecer final do Comitê de Ética da Instituição Proponente, bem como da Instituição coparticipante para início da pesquisa.

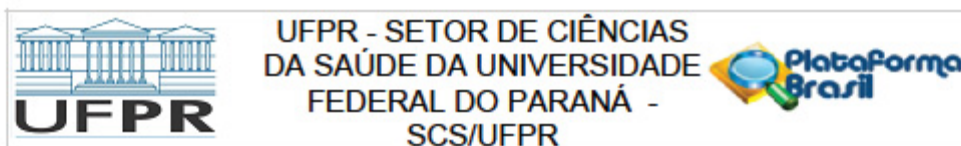
Curitiba, 27 02 2018

Prof. Dr. Rosires Pereira de Andrade
Gerente de Ensino e Pesquisa do CHC/UFPR

ANEXO D – HISTÓRIA EM QUADRINHOS



ANEXO F – PARECER DE EMENDA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Experiência de famílias com crianças obesas

Pesquisador: Verônica de Azevedo Mazza

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 84781418.8.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.504.040

Apresentação do Projeto:

Solicitação de emenda ao Projeto de pesquisa intitulado "Experiência de famílias com crianças obesas", pesquisadora responsável Profa. Dra. Verônica de Azevedo Mazza (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR) e colaboradora Sâmea Marine Pimentel Verga (discente).

A solicitação de emenda se deve à inclusão de participante da pesquisa e de técnica de coleta de dados. As pesquisadoras solicitam a inclusão de um grupo amostral para a coleta de dados, envolvendo as crianças (amostra de 8 participantes), com idade entre 7 e 10 anos que realizam tratamento para obesidade nos ambulatórios especializados: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná/Unidade de Endocrinologia Pediátrica e Instituto de Pesquisa do Comportamento Alimentar de Curitiba (IPCAC). Nestes locais já estão sendo realizadas as entrevistas com familiares que estão acompanhando a criança no momento da consulta.

Para as entrevistas com as crianças, as pesquisadoras propõem como instrumento de apoio a utilização de uma história em quadrinhos sobre o tema Obesidade Infantil, como estratégia para aproximar a criança do tema da pesquisa. Em seguida, será realizada a entrevista em profundidade utilizando um roteiro semiestruturado com questões referentes à experiência da família com crianças obesas. Os questionamentos foram elaborados a partir da análise dos dados coletados até o momento (junto aos pais da criança). Para a entrevista, as crianças poderão utilizar um flanelógrafo, que é um quadro recoberto com feltro, sobre o qual ilustrações e letreiros podem ser colocados, retirados ou deslocados de sua posição inicial. Desta forma, poderão responder às

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

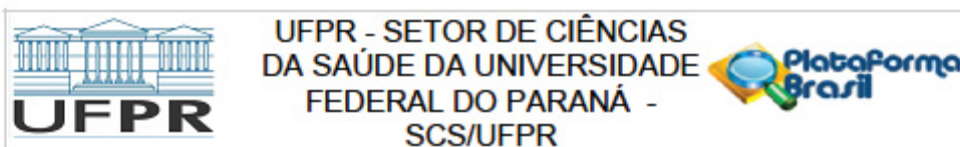
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.504.040

questões e reproduzir as suas experiências relacionando as figuras nos cenários do flanelógrafo como família, escola, brincadeiras, pessoas. As entrevistas serão áudio gravadas e realizadas pela pesquisadora, em sala reservada nos respectivos ambulatorios. O familiar poderá estar presente no momento da entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

São objetivos da pesquisa:

- Interpretar a experiência de famílias que convivem com a obesidade infantil
- Construir uma teoria substantiva que explicite essa experiência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras destacam: "como benefício da pesquisa aponta-se a contribuição científica e o conhecimento sobre a organização, interação e experiência da família de crianças obesas, o que proporcionará aos profissionais de saúde subsídios para melhor planejamento do cuidado e para sustentar a elaboração de estratégias de atenção à saúde da criança. A partir dos conceitos e da teoria que será desenvolvida ao final desta pesquisa poderão ser propostas ações específicas para o cuidado da criança obesa e sua família.

O risco que a pesquisa poderá acarretar aos participantes, uma vez que não haverá intervenções, será o desconforto ao responder as perguntas da pesquisa, em virtude da presença da pesquisadora durante a entrevista. Com vistas a minimizar estes riscos, será explicado ao participante sobre o sigilo das informações e quanto à condução da coleta de dados. Também com esta finalidade, a entrevista será realizada em lugar reservado, conforme a preferência do participante, e possibilitada a sua desistência a qualquer momento caso se sinta desconfortável para responder as questões abordadas na entrevista".

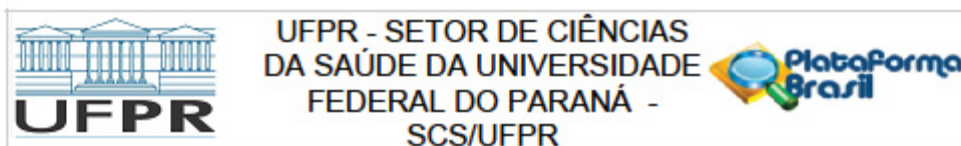
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sobre a emenda apresentada, considera-se a proposta coerente ao método da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). As pesquisadoras propõem a utilização de uma ferramenta facilitadora (história em quadrinho) para a realização das entrevistas com as crianças, as quais serão apenas áudio gravadas, sem o uso da imagem. A proposta é que sejam entrevistadas oito crianças, de 7 a 10 anos, e os devidos termos (TCLE aos pais/responsáveis e TALE) foram apresentados.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Página 02 de 05

continua



Continuação do Parecer: 3.504.040

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram devidamente apresentados pelas pesquisadoras.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou de parecer favorável à solicitação de emenda ao referido projeto de pesquisa.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1394234_E1.pdf	09/07/2019 15:01:32		Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

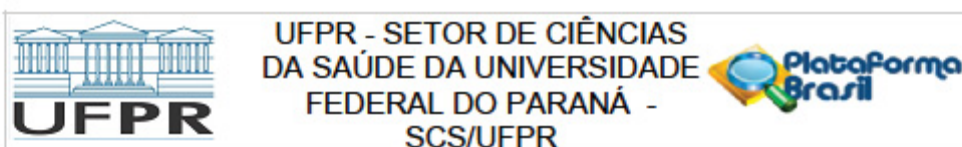
Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Página 03 de 05

continua



Continuação do Parecer: 3.504.040

Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_uso_especifico_de_material.pdf	06/03/2018 11:24:41	SAMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_tomar_publico_os_resultados.pdf	06/03/2018 11:24:22	SAMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_confidencialidade.pdf	06/03/2018 11:24:05	SAMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficio_do_pesq_encaminhando_projeto_ao_CEP.pdf	06/03/2018 11:19:00	SAMEA MARINE PIMENTEL VERGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 13 de Agosto de 2019

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE A – CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



CONVITE AOS FAMILIARES DE CRIANÇAS COM OBESIDADE



A Universidade Federal do Paraná, em parceria com (nome da instituição coparticipante) está realizando uma pesquisa direcionada aos familiares de crianças com obesidade, com o objetivo de interpretar a experiência de famílias que convivem com a obesidade infantil e construir uma teoria substantiva que explicita essa experiência.

Convidados a participar: familiares de crianças (de 0 a 10 anos de idade) com obesidade.

Aos que desejarem participar: informar nome e contato na instituição que a criança faz tratamento ou entrar em contato com as enfermeiras da Universidade Federal do Paraná responsáveis pela pesquisa conforme as informações abaixo:

- Verônica de Azevedo Mazza: e-mail: mazza@ufpr.br
- Samea Marine Pimentel Verga: e-mail: samea_ap@yahoo.com.br / sameaverga@ufpr.br

A PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA E GRATUITA



PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof.ª Dr.ª Verônica de Azevedo Mazza
Telefone: (41) 3361-3756
PESQUISADORA: Enf.ª Samea Marine Pimentel Verga
Telefone: (41) 3387-9992/(41) 99161-2989/ (96) 99116-3146
Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 – Bloco Didático II
CEP 80210-170 | Jardim Botânico | Curitiba | PR | Brasil, 3º andar, no horário de 08 hs às 12hs.

APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Verônica de Azevedo Mazza e Samea Marine Pimentel Verga da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, familiar de criança com obesidade para participar de um estudo intitulado “**Experiência de famílias de crianças obesas**”.

a) O objetivo desta pesquisa é interpretar a experiência de famílias que convivem com a obesidade infantil e construir uma teoria substantiva que explicita essa experiência. A teoria substantiva é uma forma de explicar teoricamente como é essa experiência e como as famílias se organizam quando tem uma criança com obesidade.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessária a realização de uma entrevista guiada por um roteiro e gravada em áudio. Não será filmada sua imagem, apenas gravada sua voz. A entrevista será gravada em sala reservada com a presença do (a) senhor (a) e das pesquisadoras, em ambulatorios especializados público e privado que atendem crianças com obesidade, localizados em Curitiba-PR. Nestes locais, serão identificadas as crianças com obesidade e você familiar que acompanha a criança, poderá participar da pesquisa e indicar outro(s) familiar (es) para participar posteriormente, pois a entrevista ocorrerá, em média, com duas pessoas de cada família. Você participante também indicará o momento mais conveniente para a realização da entrevista. Será utilizado um roteiro de entrevista contendo: dados referentes à criança (idade, sexo, tempo de diagnóstico da obesidade, tratamento, etc...); perguntas abertas (referentes à experiência da família em conviver com a criança obesa) e semi-estruturadas referentes à elaboração de um genograma e ecomapa da família (pessoas que compõem a família, idade, sexo, tipo de parentesco, tipo de vínculo, problemas de saúde, redes de apoio como escola/unidade de saúde/igreja/comunidade).

c) Para tanto você deverá comparecer, em uma das instituições a seguir (local onde visualizar o cartaz ou recebeu folder do convite para a pesquisa), para participar da entrevista áudio-gravada, o que levará aproximadamente 30 minutos:

- Hospital de Clínicas da Universidade Federal Paraná/Unidade de Endocrinologia Pediátrica. Endereço: Rua Padre Camargo, nº 250, Alto da Glória, Curitiba/PR.
- Instituto de Pesquisa do Comportamento Alimentar de Curitiba (IPCAC). Endereço: Alameda Júlia da Costa, nº 1708, Bigorrião, Curitiba/PR.

d) É possível que você experimente algum desconforto/constrangimento no momento da entrevista, ao relatar a sua experiência como familiar de criança com obesidade. Para reduzir esse risco a entrevista será realizada em sala reservada e conforme sua preferência.

e) Os benefícios esperados com este estudo são melhorar as estratégias de cuidado para a criança obesa e sua família, e também fornecer subsídios para a assistência à saúde da criança. A partir dos conceitos e da teoria substantiva, que será desenvolvida ao final da pesquisa, poderão ser propostas ações específicas para o cuidado da criança obesa e sua família.

f) Os pesquisadores responsáveis por este estudo poderão ser localizados conforme as informações abaixo relacionadas:

- Verônica de Azevedo Mazza – E-mail: mazzas@ufpr.br / Telefone: (41) 3361-3756

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
Orientador [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

continua

- Samea Marine Pimentel Verga- E-mail: samea_ap@yahoo.com.br / Telefone: (41) 3387-9992 / (96) 98401-2706 / (96) 99116-3146

Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Bloco Didático II, terceiro andar, sala do GEFASED, CEP 80210-170 | Jardim Botânico | Curitiba | PR | Brasil, no horário de 08hs às 12hs, Telefone: (41) 3361-3756, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

h) Somente pessoas autorizadas terão acesso às informações desta pesquisa: pesquisadores e alunos de pós-graduação. Quando os resultados forem divulgados em relatórios ou publicações, seu nome não aparecerá nos documentos, desta forma, nenhum participante seja identificado.

i) O material obtido (entrevistas áudio gravadas e transcritas) será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado das pastas de arquivo Word, ao término do estudo, dentro de cinco (5) anos.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como impressão, transporte das pesquisadoras, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PR nº 2712546
na data de 14/06/2018. (Assinatura)

Eu, _____, li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão atenda. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

[_____, de _____ de _____]

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [_____]

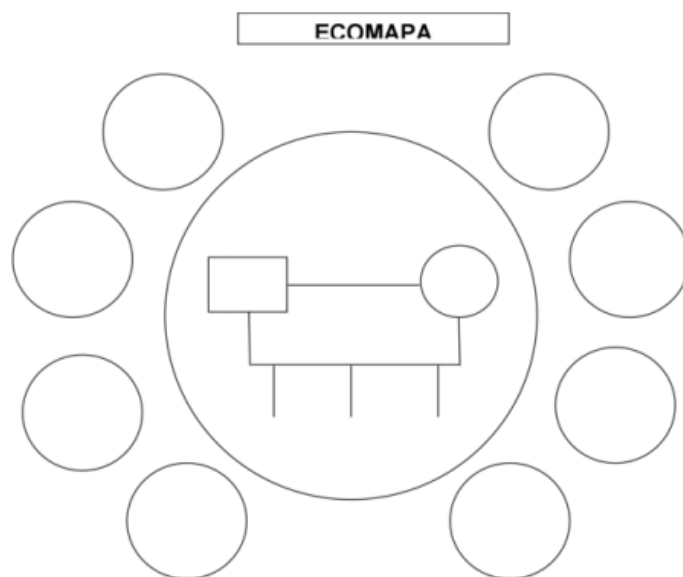
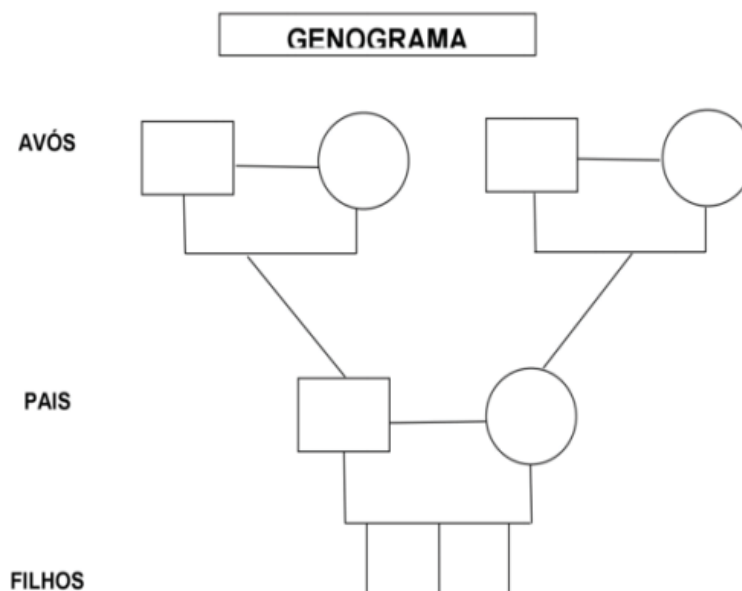
- Verônica de Azevedo Mazza - Orientadora

- Samea Marine Pimentel Verga - Pesquisadora

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

continua

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



continua

4 - Questionamentos

Como tem sido conviver com a situação de obesidade de (nome da criança)?

Alguém sofre algum impacto com isso? Se sim, quem e como?

Alguém se preocupa com o fato de ter uma criança obesa na família? Se sim, fale mais sobre isso.

E como ele (a) (nome da criança) lida com essa situação?

Me conte como é o dia-a-dia (rotina) de (nome da criança).

Como é a rotina alimentar da família (tipo de alimentos, horário das refeições, fazem refeições na mesa)?

Quais os serviços de saúde ou profissionais você procura para cuidar do (nome da criança)?

O que ou quem você acha que poderia ajudar vocês com a lidar melhor com a obesidade do (nome da criança)?

APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Crianças de 07 a 12 anos)

Nós Verônica de Azevedo Mazza e Samea Marine Pimentel Verga convidamos você _____ a participar do estudo **“Experiência de famílias de crianças obesas”**.

Por que estamos propondo este estudo? Por que precisamos conhecer a experiência das famílias em conviver com uma criança com obesidade, pois outros estudos já apontaram a importância de pesquisar o contexto familiar da criança com excesso de peso, pois a família é responsável pelo seu cuidado. **O**

que significa assentimento ?



Assentimento é um termo que nós, pesquisadores, utilizamos quando convidamos uma pessoa da sua idade (criança) para participar de um estudo. Depois de compreender do que se trata o estudo e se concordar em participar dele você pode assinar este documento.

Nós te asseguramos que você terá todos os seus direitos respeitados e receberá todas as informações sobre o estudo, por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado Termo de Assentimento Livre e Esclarecido contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável (pela pesquisa/atendimento ou à equipe do estudo) para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.



Por que estamos querendo fazer este estudo?

Por que assim a família e as crianças podem expressar seus próprios pontos de vista e significados sobre como é a experiência de famílias que convivem com a obesidade infantil.

Você poderá sentir algum desconforto ao responder alguma pergunta



Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE [rubrica]
Orientador [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Setor de Ciências da
Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 350/040
na data de 13/08/2013

continua

Os benefícios da pesquisa são propor melhorias para o cuidado da criança com obesidade e sua família.

Se você ou os responsáveis por você tiverem dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve contatar o pesquisador principal Verônica de Azevedo Mazza – E-mail: mazzas@ufpr.br / Telefone: (41) 3361-3756 ou membro de sua equipe Samea Marine Pimentel Verga- E-mail: samea_ap@yahoo.com.br / Telefone: (41) 99161-2989 ou no endereço Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Bloco Didático II, terceiro andar, sala do GEFASED, CEP 80210-170 | Jardim Botânico | Curitiba | PR | Brasil, no horário de 08hs às 12hs.



Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.



Mas, se você não se sentir confortável em participar, fique à vontade para dizer não e estará tudo bem.

Se em algum momento não tiver mais interesse em participar da pesquisa, pode pedir para seus pais ou responsáveis comunicarem os pesquisadores.

Você entendeu? Quer perguntar mais alguma coisa ?

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com o pesquisador responsável sobre este estudo e os detalhes deste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

Local e data Assinatura da criança

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD
Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB, nº 3304040
na data de 13.02.2019

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PAIS E/OU RESPONSÁVEL LEGAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE – PAIS E/OU RESPONSÁVEL LEGAL

A criança, sob sua responsabilidade, está sendo convidada(o) por nós, Verônica de Azevedo Mazza e Samea Marine Pimentel Verga, da Universidade Federal do Paraná, a participar de um estudo intitulado **“Experiência de famílias de crianças obesas”**. O estudo está sendo realizado para conhecer a experiência das famílias em conviver com uma criança com obesidade, pois outros estudos já apontaram a importância de pesquisar o contexto familiar da criança obesa já que a família é responsável pelo seu cuidado.

a) O objetivo desta pesquisa é interpretar a experiência de famílias que convivem com a obesidade infantil e construir uma teoria substantiva que explicite essa experiência. A teoria substantiva é uma forma de explicar teoricamente como é essa experiência e como as famílias se organizam quando tem uma criança com obesidade.

b) Caso você autorize a participação da criança nesta pesquisa, será necessária a realização de uma entrevista guiada por um roteiro e gravada em áudio. Não será filmada a imagem da criança, apenas gravada sua voz. A entrevista será gravada em sala reservada em ambulatórios especializados público e privado que atendem crianças com obesidade, localizados em Curitiba-PR. Para iniciar a entrevista com as crianças será utilizado um instrumento de apoio que é uma história em quadrinhos sobre o tema Obesidade Infantil, como estratégia para aproximar a criança do tema da pesquisa. Para a entrevista, as crianças poderão utilizar um flanelógrafo, que é um quadro recoberto com feltro, sobre o qual ilustrações e letreiros podem ser colocados, retirados ou deslocados de sua posição inicial. Desta forma, poderão responder às questões e reproduzir as suas experiências relacionando as figuras nos cenários do flanelógrafo como família, escola, brincadeiras, pessoas.

c) Para tanto é necessário comparecer, em uma das instituições a seguir (local onde visualizou o cartaz ou recebeu folder do convite para a pesquisa), para participar da entrevista áudio-gravada, o que levará aproximadamente 30 minutos:

- Hospital de Clínicas da Universidade Federal Paraná/Unidade de Endocrinologia Pediátrica. Endereço: Rua Padre Camargo, nº 250, Alto da Glória, Curitiba/PR.
- Instituto de Pesquisa do Comportamento Alimentar de Curitiba (IPCAC). Endereço: Alameda Júlia da Costa, nº 1708, Bigorrião, Curitiba/PR.

d) É possível que a criança experimente algum desconforto/constrangimento no momento da entrevista, ao relatar a sua experiência com a obesidade. Para reduzir esse risco a entrevista será realizada em sala reservada e conforme sua preferência.

e) O risco relacionado ao estudo pode ser o constrangimento.

f) Os benefícios esperados com este estudo são melhorar as estratégias de cuidado para a criança obesa e sua família, e também fornecer subsídios para a assistência à saúde da criança. A partir dos conceitos e da teoria substantiva, que será desenvolvida ao final da pesquisa, poderão ser propostas ações específicas para o cuidado da criança obesa e sua família.

g) Os pesquisadores responsáveis por este estudo poderão ser localizados conforme as informações abaixo relacionadas:

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
Orientador [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

continua

- Verônica de Azevedo Mazza – E-mail: mazzas@ufpr.br / Telefone: (41) 3361-3756
 - Samea Marine Pimentel Verga- E-mail: samea_ap@yahoo.com.br / Telefone: (41) 99161-2989

Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Bloco Didático II, terceiro andar, sala do GEFASED, CEP 80210-170 | Jardim Botânico | Curitiba | PR | Brasil, no horário de 08hs às 12hs, Telefone: (41) 3361-3756, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

i) A participação da criança neste estudo é voluntária, portanto, é possível desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O atendimento da criança está garantido e não será interrompido em caso de desistência de continuar participando.

j) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas que são: pesquisadores e alunos de pós-graduação. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a identidade da criança seja preservada e mantida sua confidencialidade.

k) O material obtido (entrevistas áudio gravadas e transcritas) será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado das pastas de arquivo Word, ao término do estudo, dentro de cinco (5) anos.

l) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como impressão, transporte das pesquisadoras, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá o nome da criança, e sim um código.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo para o qual autorizo a participação [da criança] do adolescente sob minha responsabilidade. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que somos livres para interromper a participação a qualquer momento sem justificar nossa decisão e sem qualquer prejuízo para mim e para a criança.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _____

Assinatura do Pai ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB nº 3504040
 na data de 12/08/2019. *OK*

APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CRIANÇAS

1- IDENTIFICAÇÃO:

Entrevista nº: _____

Local da entrevista: _____ Data: ____/____/____

Identificação da criança entrevistada: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Identificação da família: _____

2- QUESTIONAMENTOS

2.1- Quem são as pessoas que fazem parte da sua família? E quem mora na mesma casa que você?

2.2- Me conte sobre as coisas que você faz durante o seu dia.

2.3- Quais suas brincadeiras preferidas? Com quem você mais gosta de brincar? Por quê?

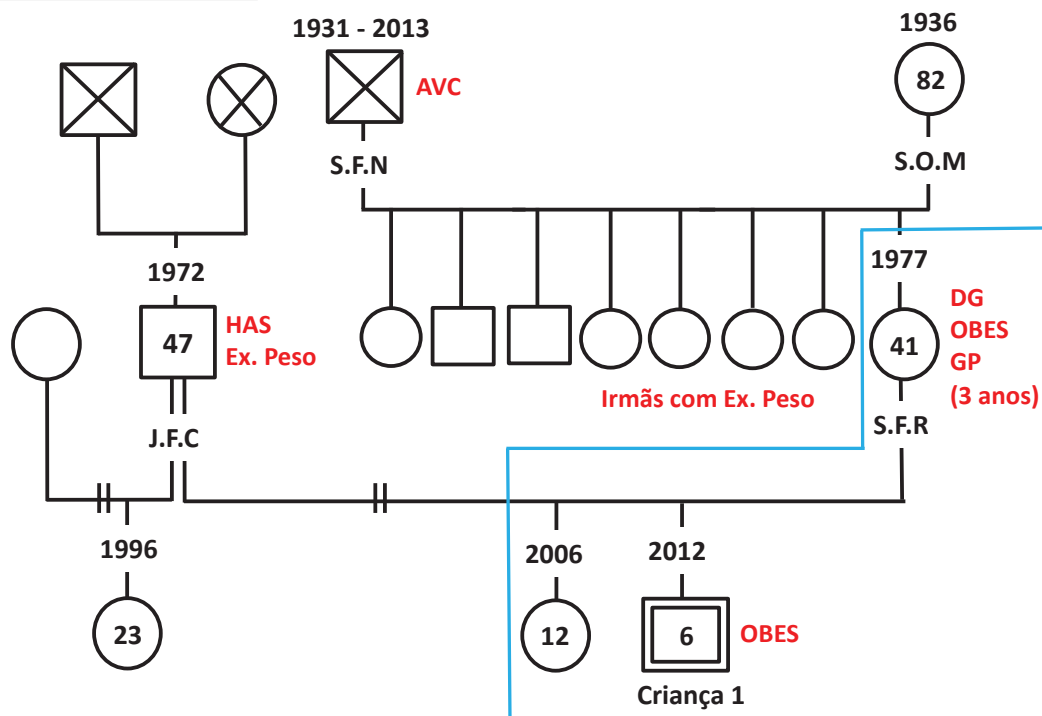
2.4- Conta para mim o que vocês comem em casa?

2.5- Depois que você começou este tratamento o que mudou na sua casa?

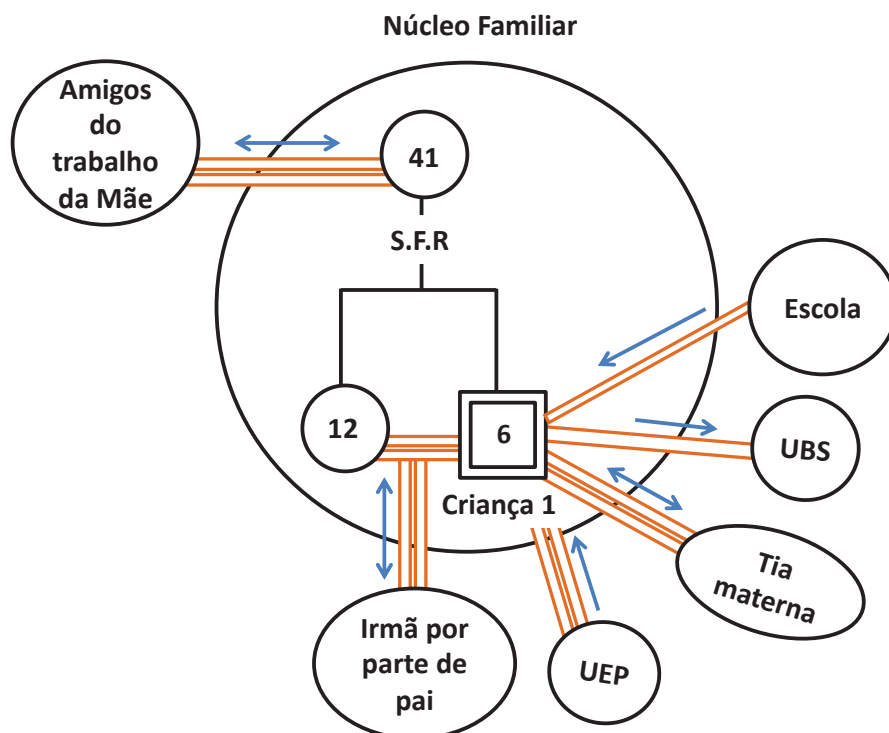
2.6- O que você acha de fazer esse tratamento?

APÊNDICE F – GENOGRAMA E ECOMAPA DAS FAMÍLIA
FAMÍLIA 1

Genograma Família 1

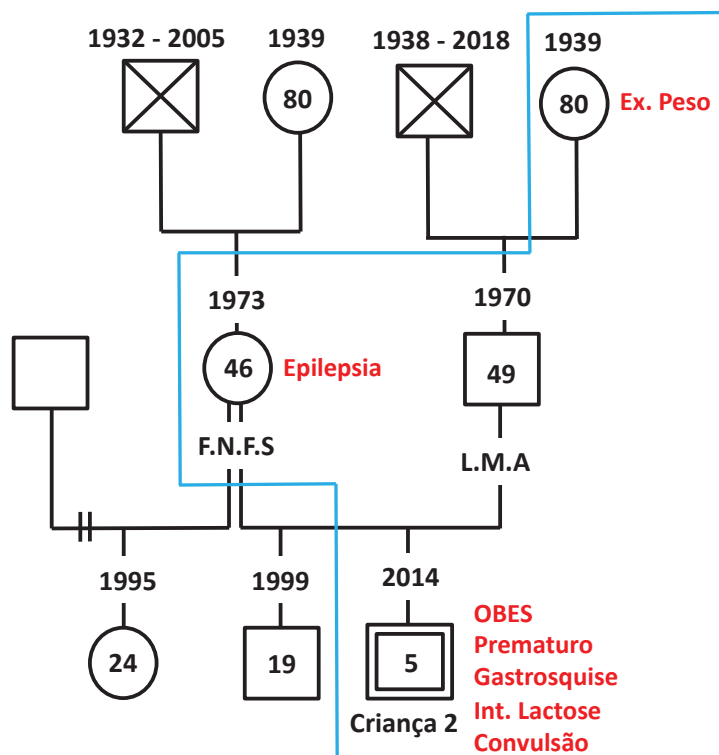


Ecomapa Família 1

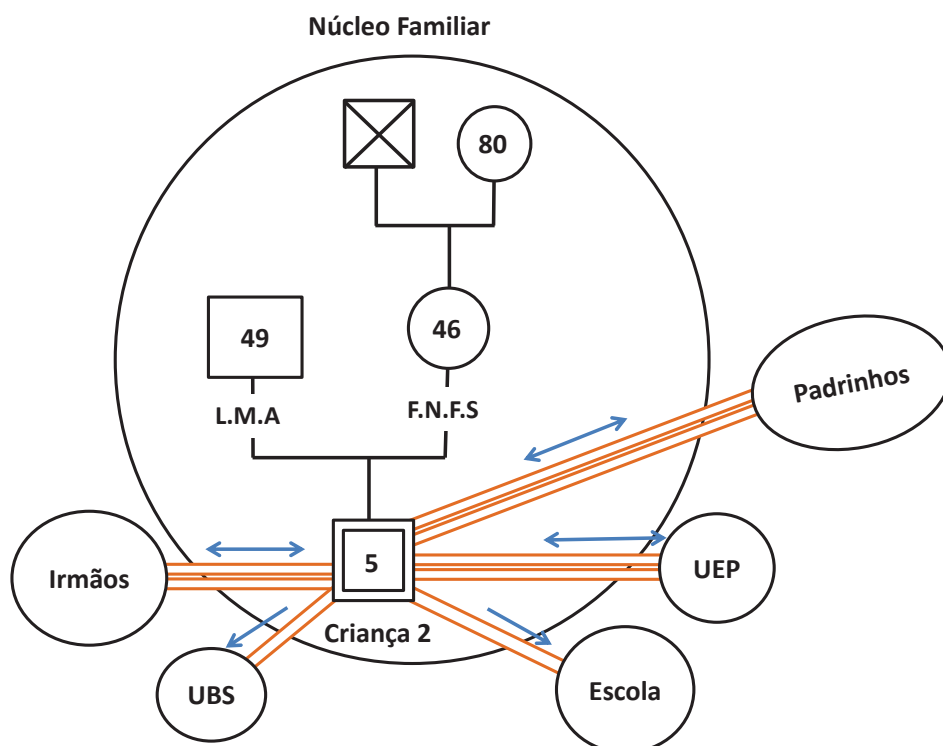


FAMÍLIA 2

Genograma Família 2

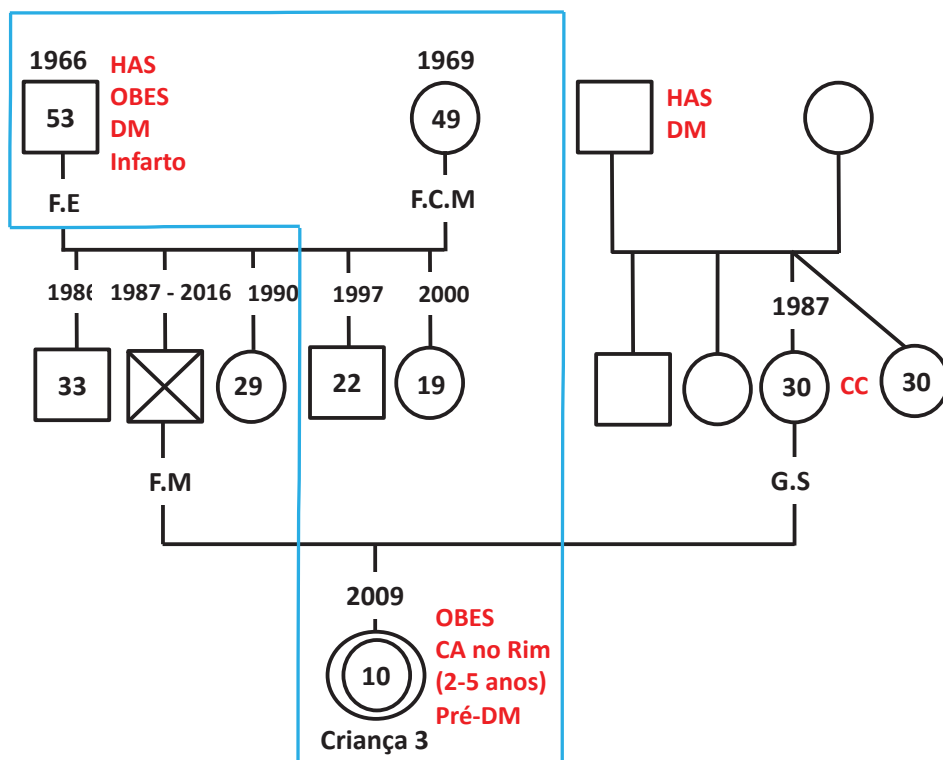


Ecomapa Família 2



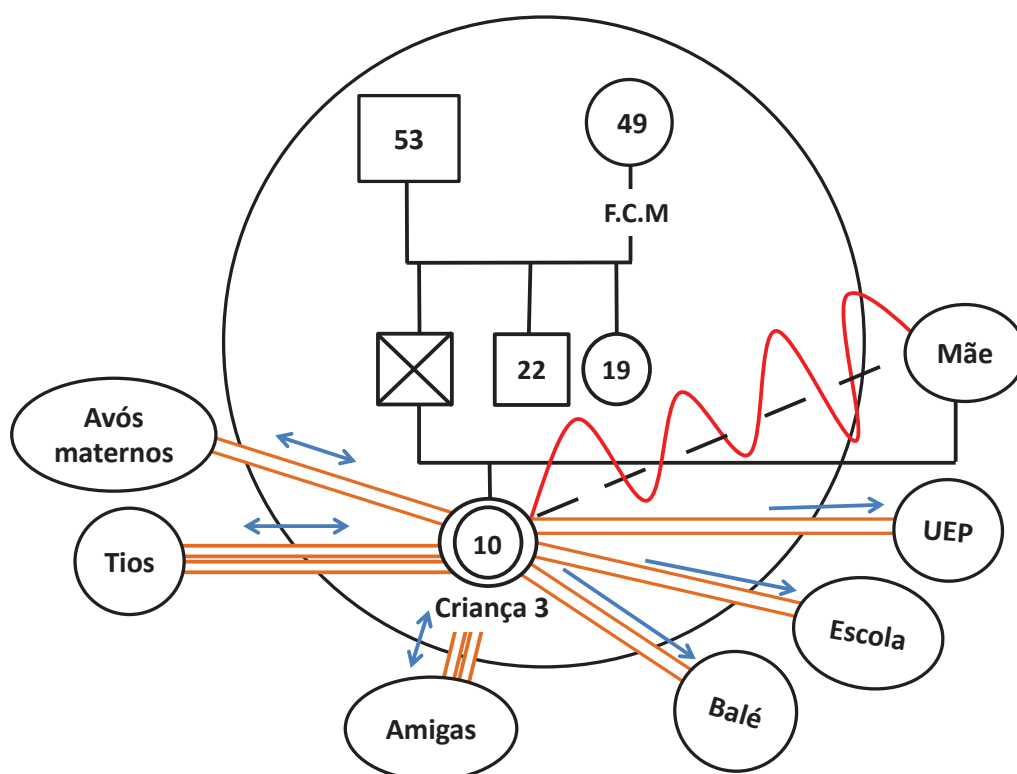
FAMÍLIA 3

Genograma Família 3



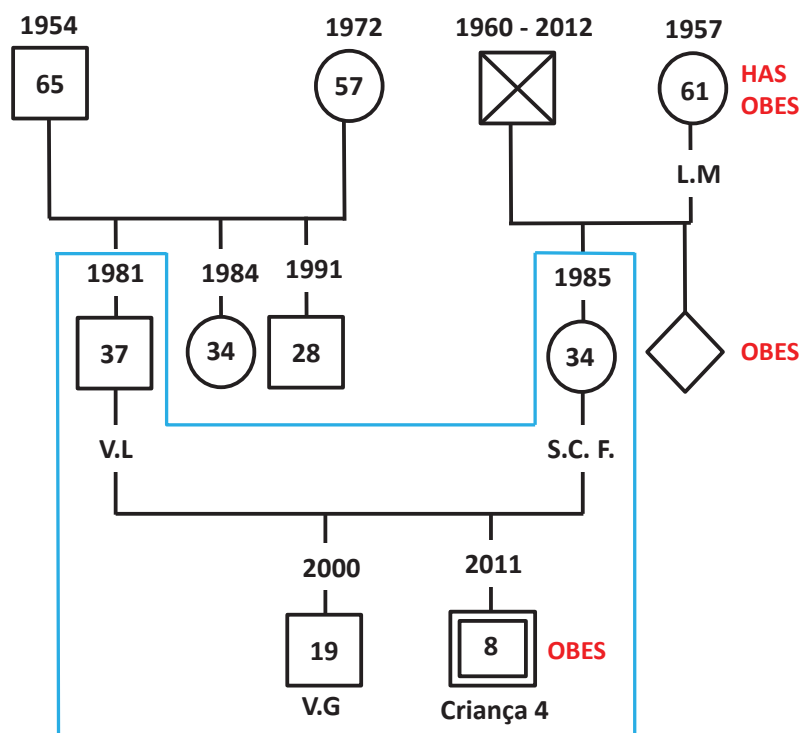
Ecomapa Família 3

Núcleo Familiar

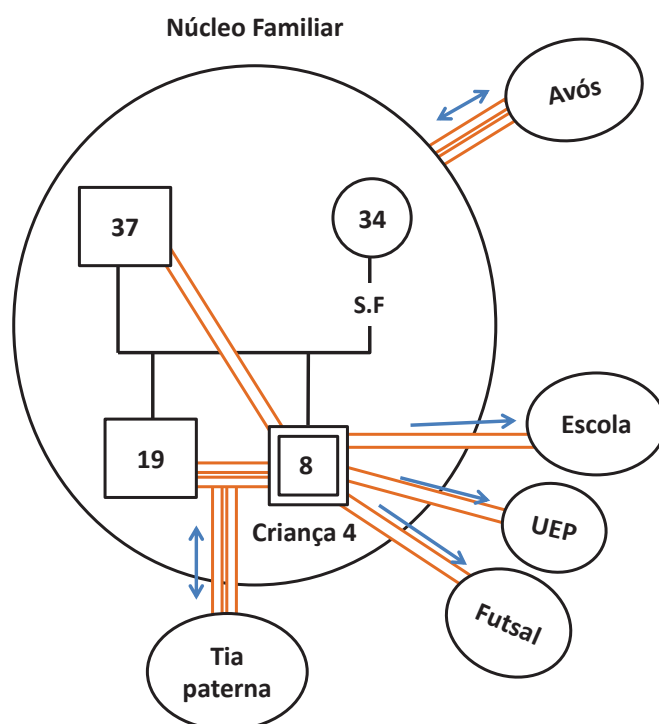


FAMÍLIA 4

Genograma Família 4

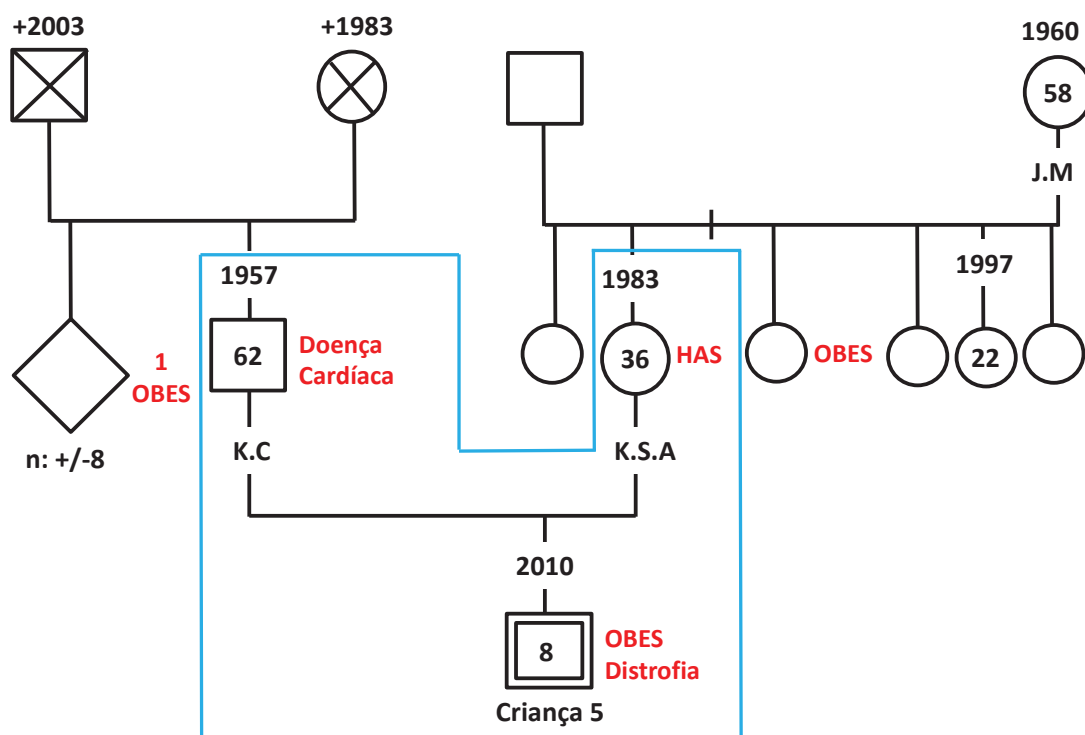


Ecomapa Família 4

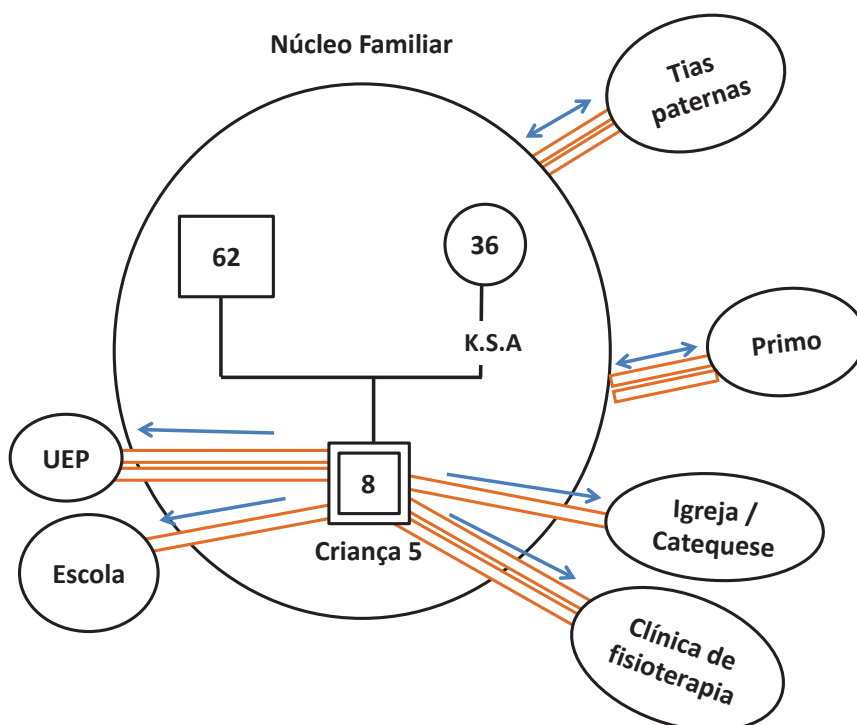


FAMÍLIA 5

Genograma Família 5

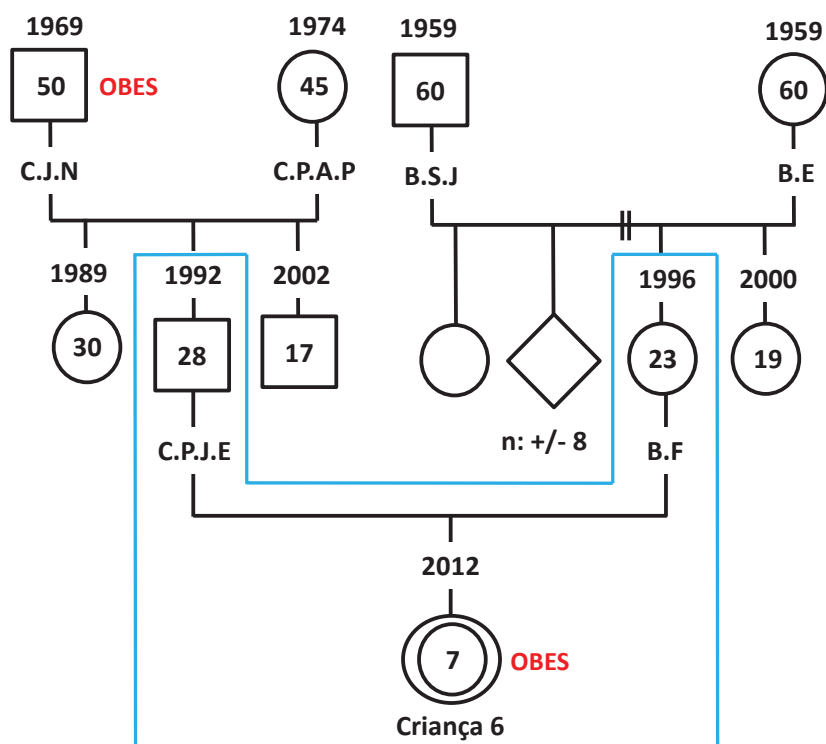


Ecomapa Família 5



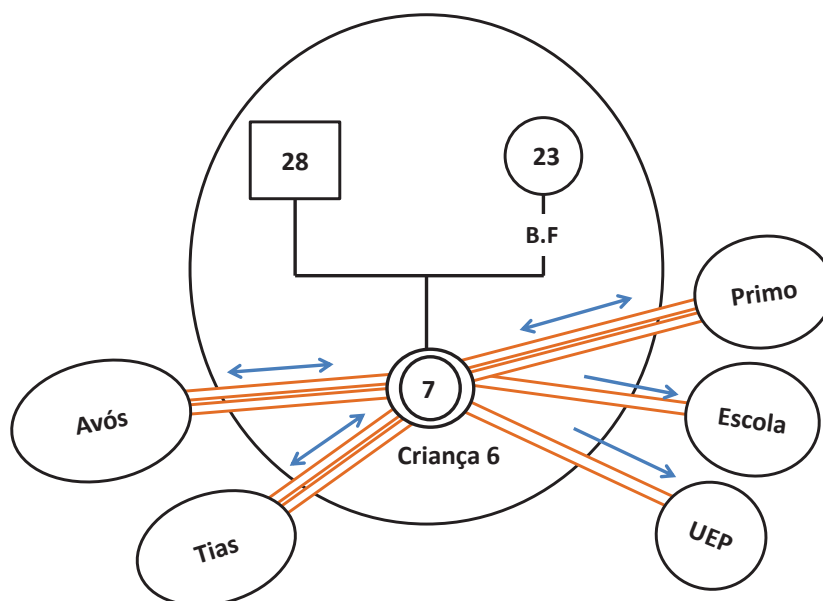
FAMÍLIA 6

Genograma Família 6



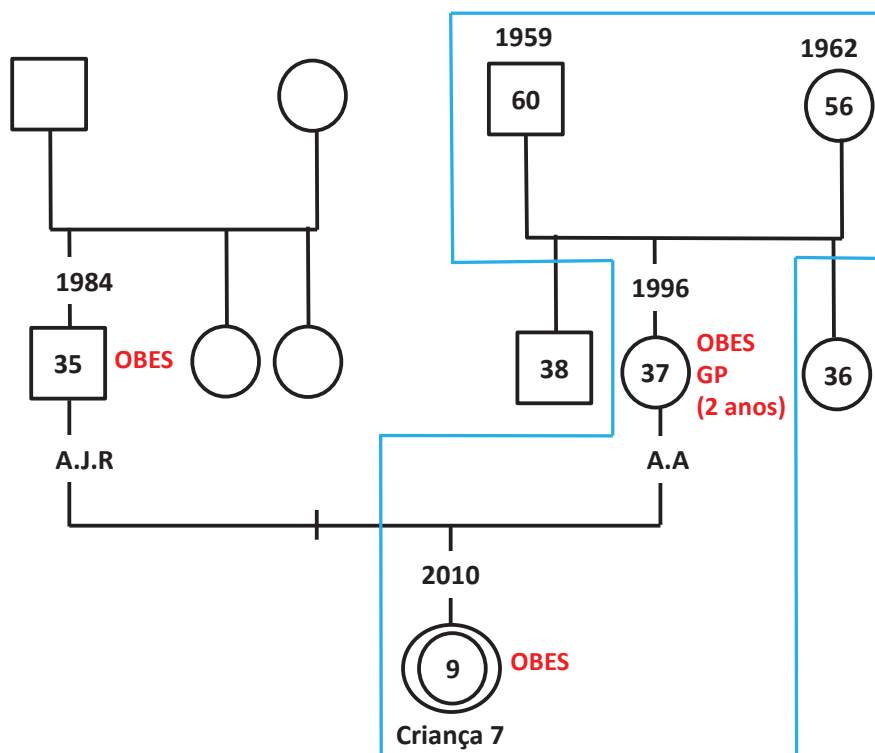
Ecomapa Família 6

Núcleo Familiar



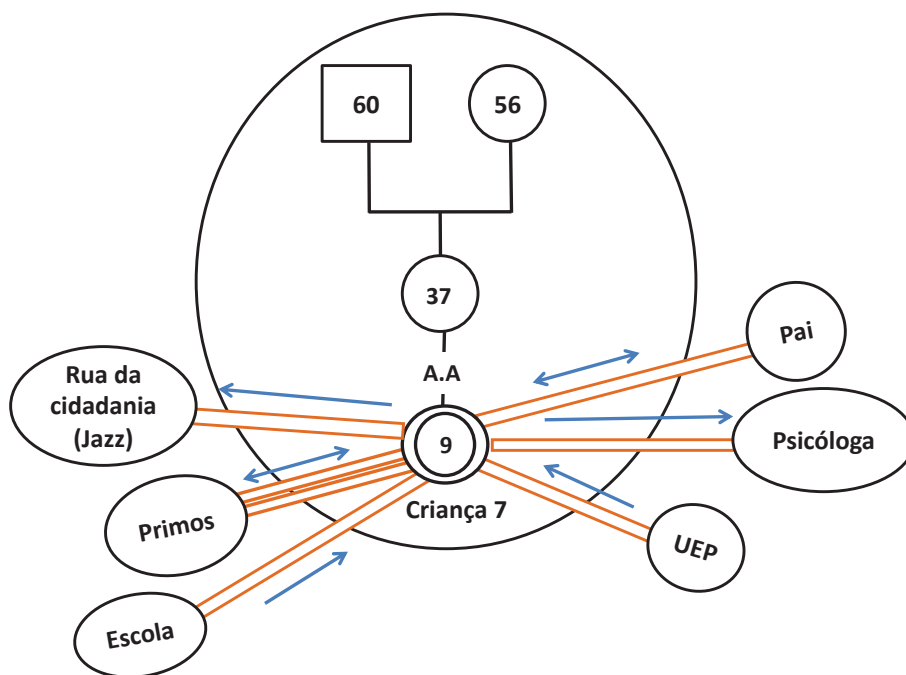
FAMÍLIA 7

Genograma Família 7



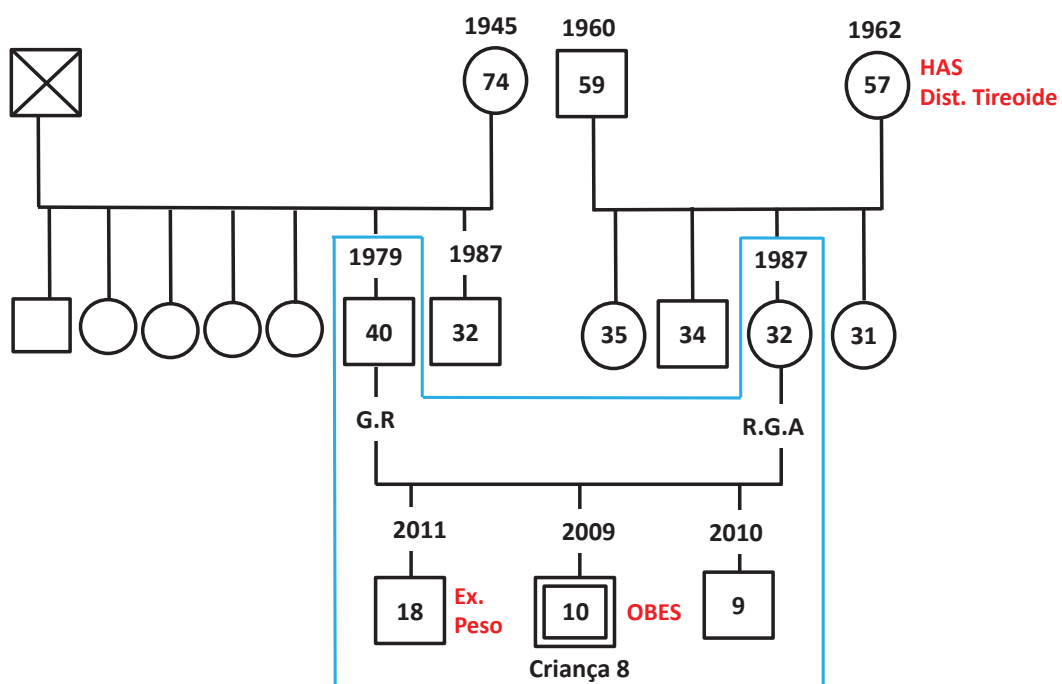
Ecomapa Família 7

Núcleo Familiar



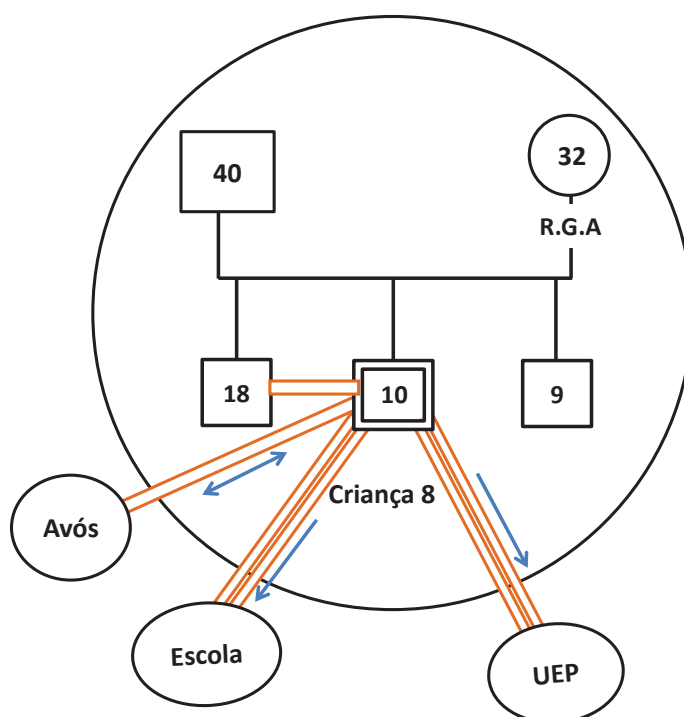
FAMÍLIA 8

Genograma Família 8



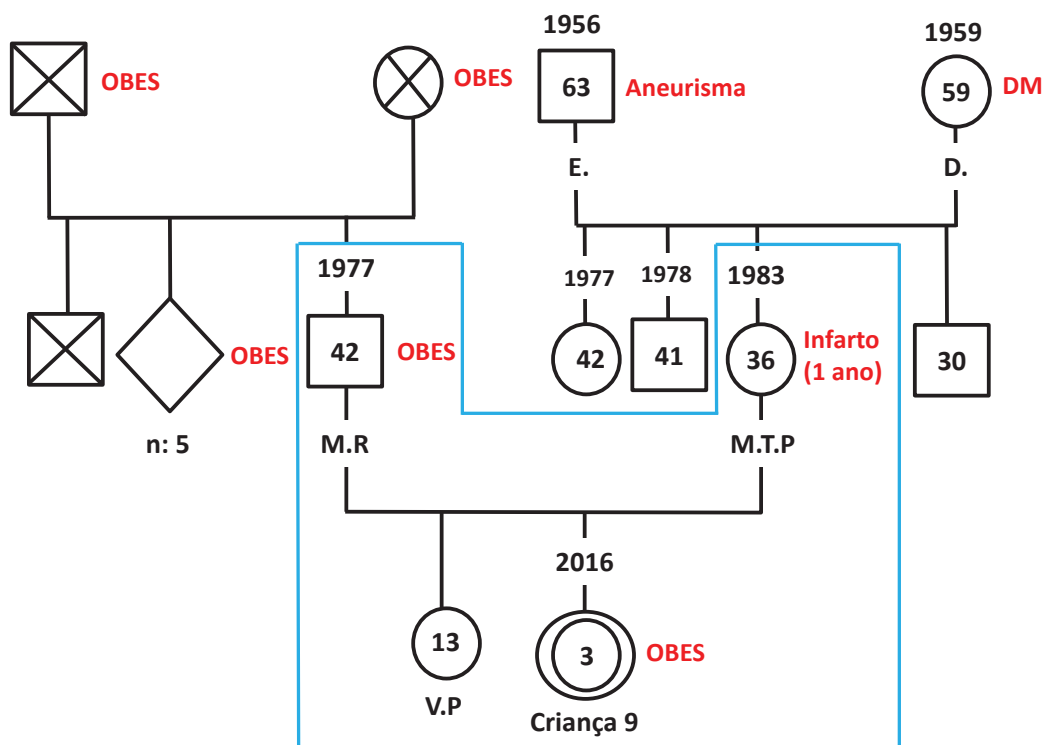
Ecomapa Família 8

Núcleo Familiar



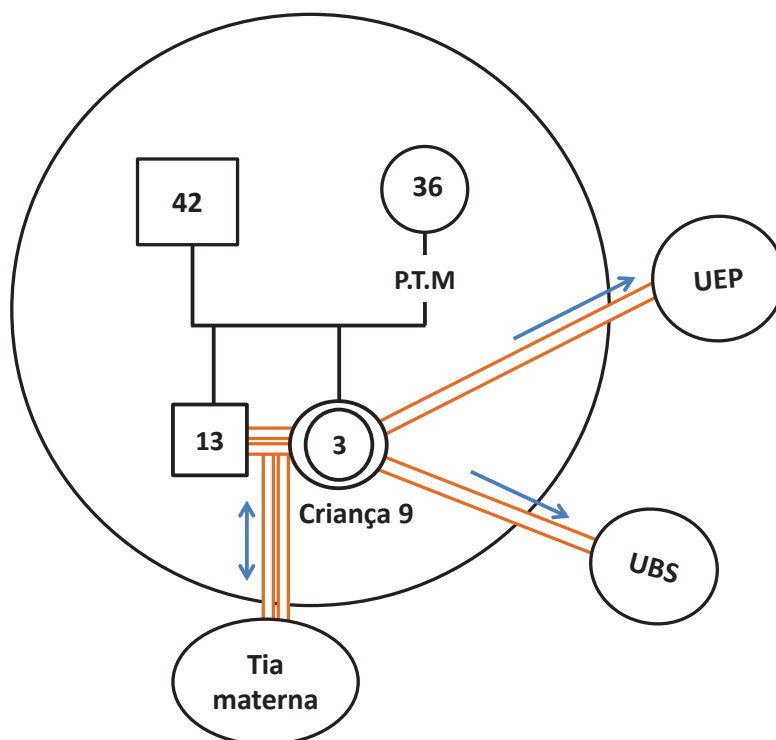
FAMÍLIA 9

Genograma Família 9



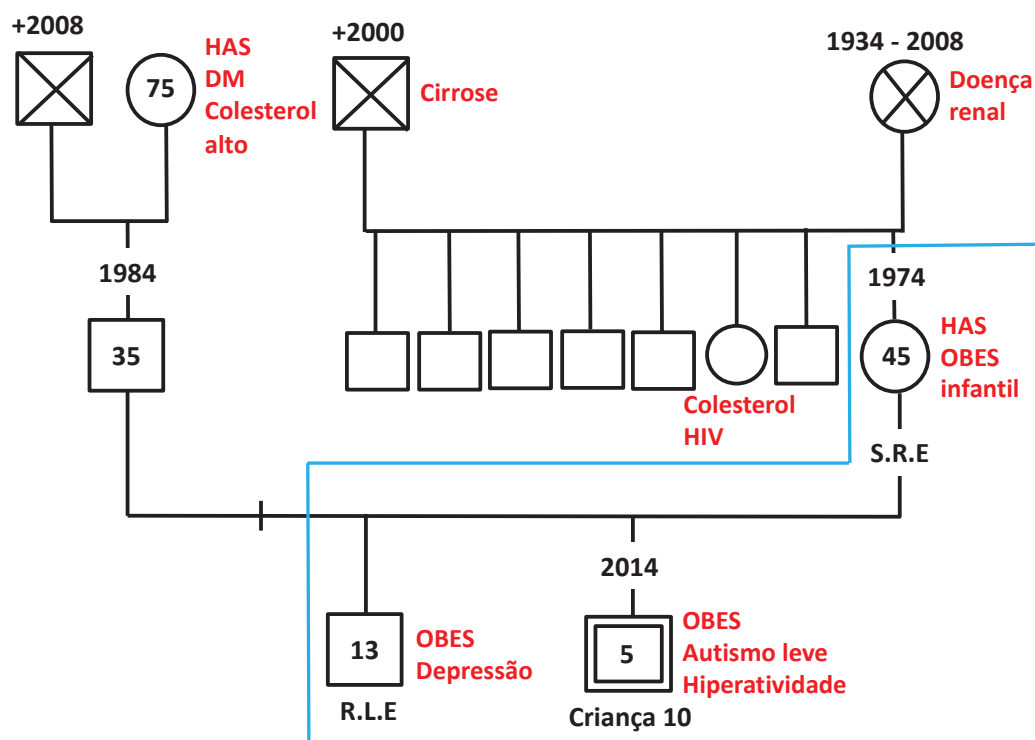
Ecomapa Família 9

Núcleo Familiar

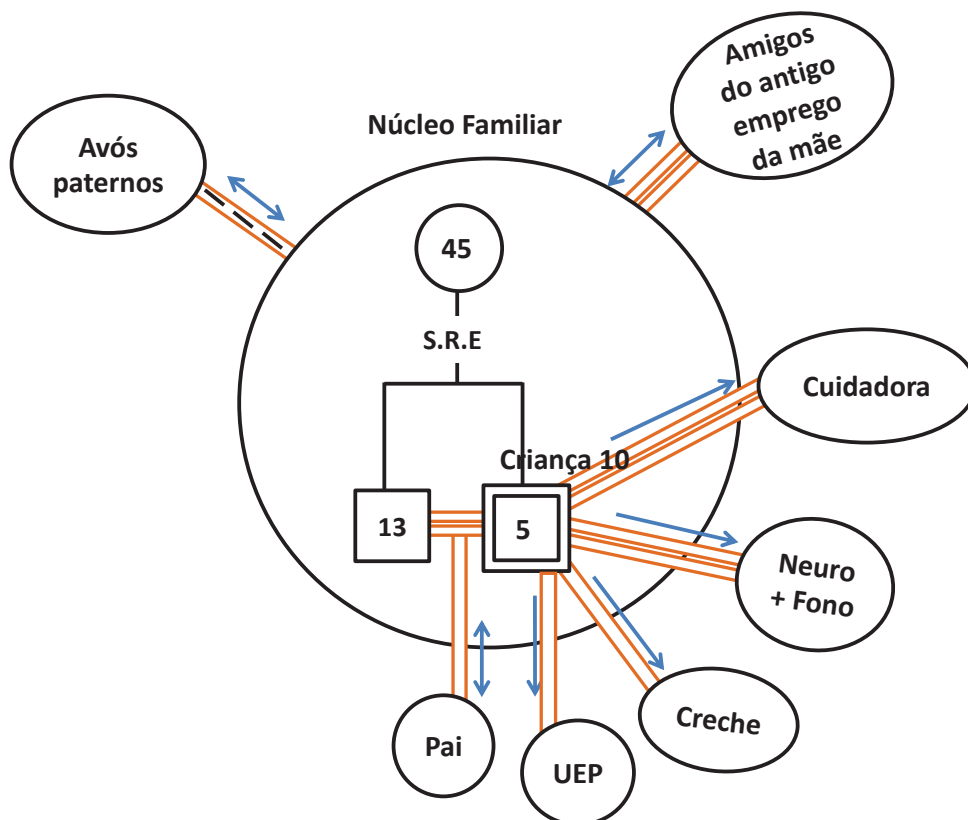


FAMÍLIA 10

Genograma Família 10

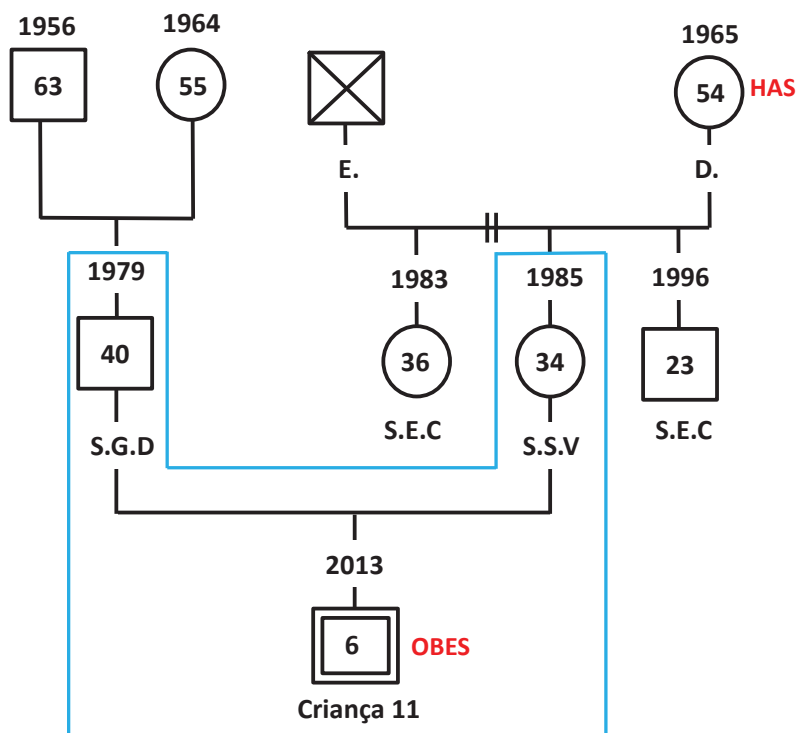


Ecomapa Família 10



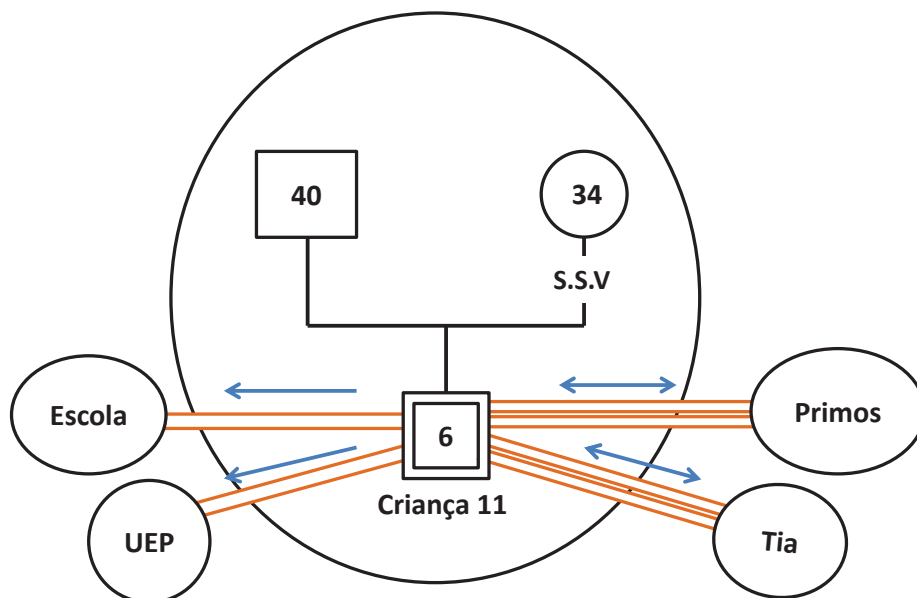
FAMÍLIA 11

Genograma Família 11

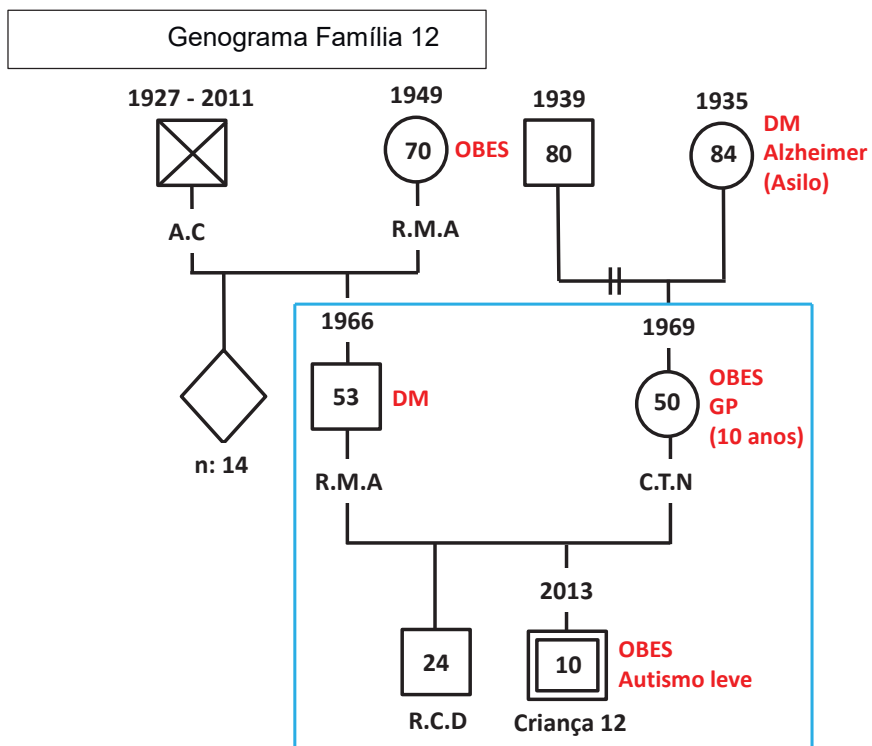


Ecomapa Família 11

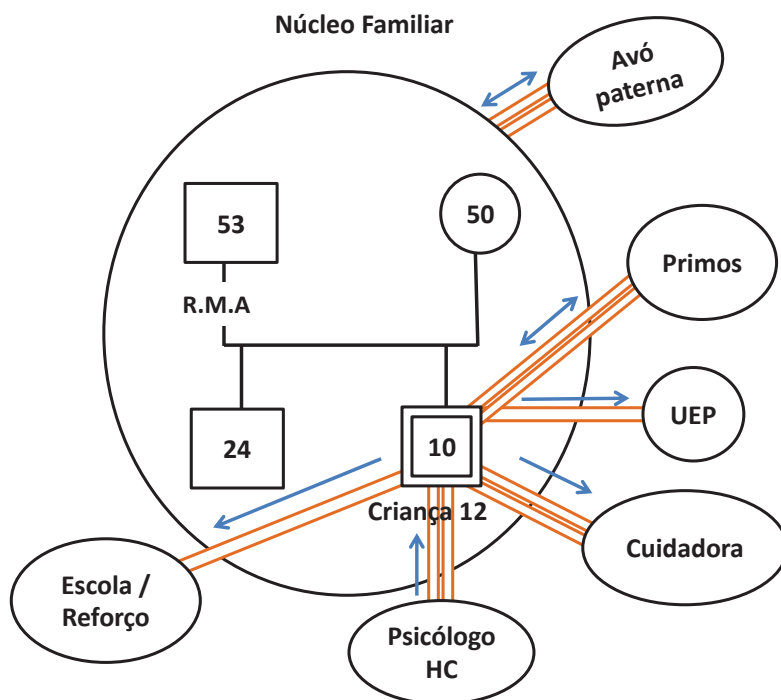
Núcleo Familiar



FAMÍLIA 12

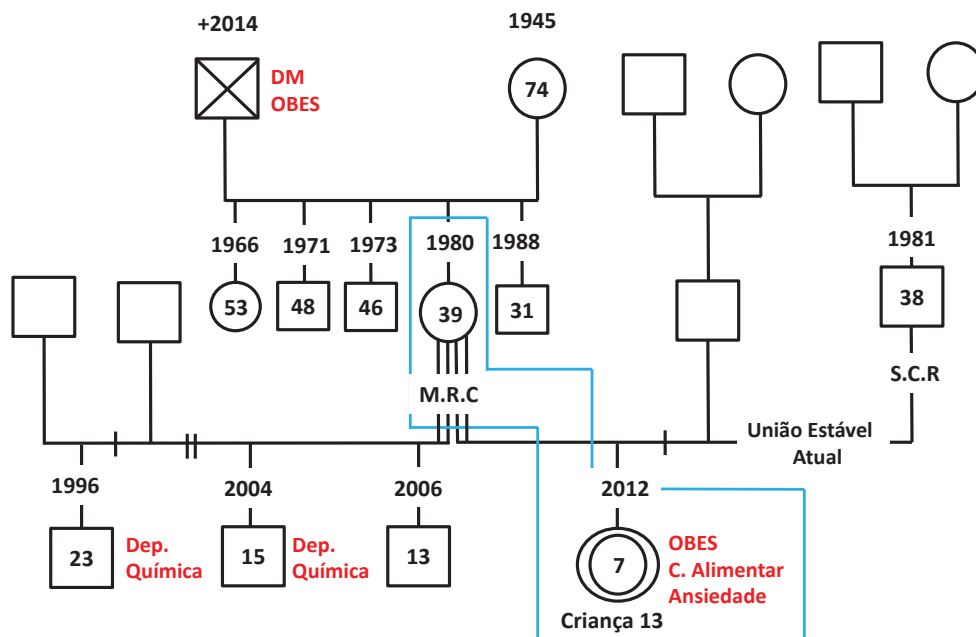


Ecomapa Família 12

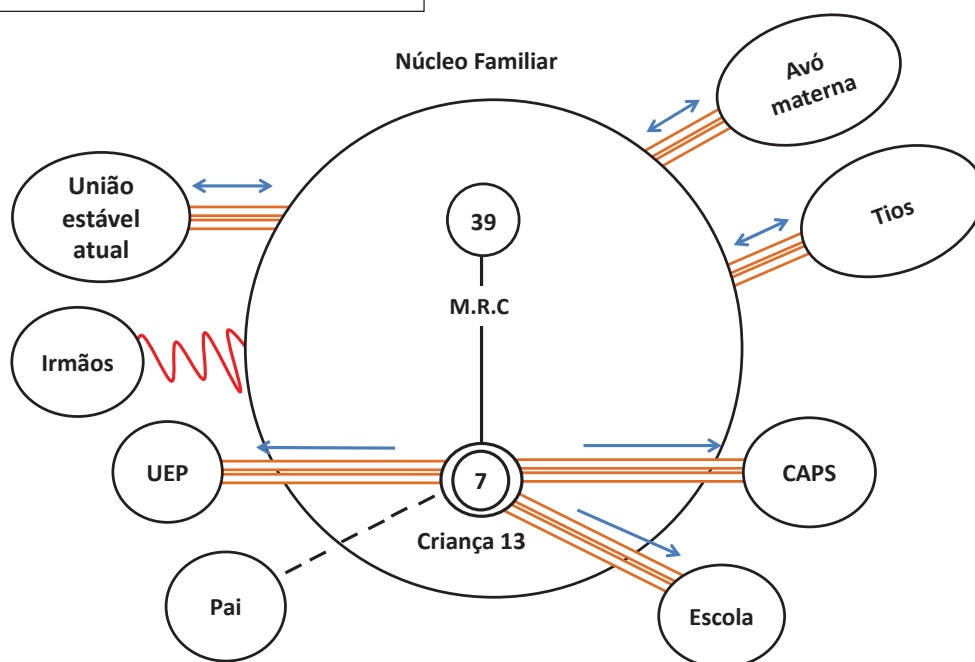


FAMÍLIA 13

Genograma Família 13

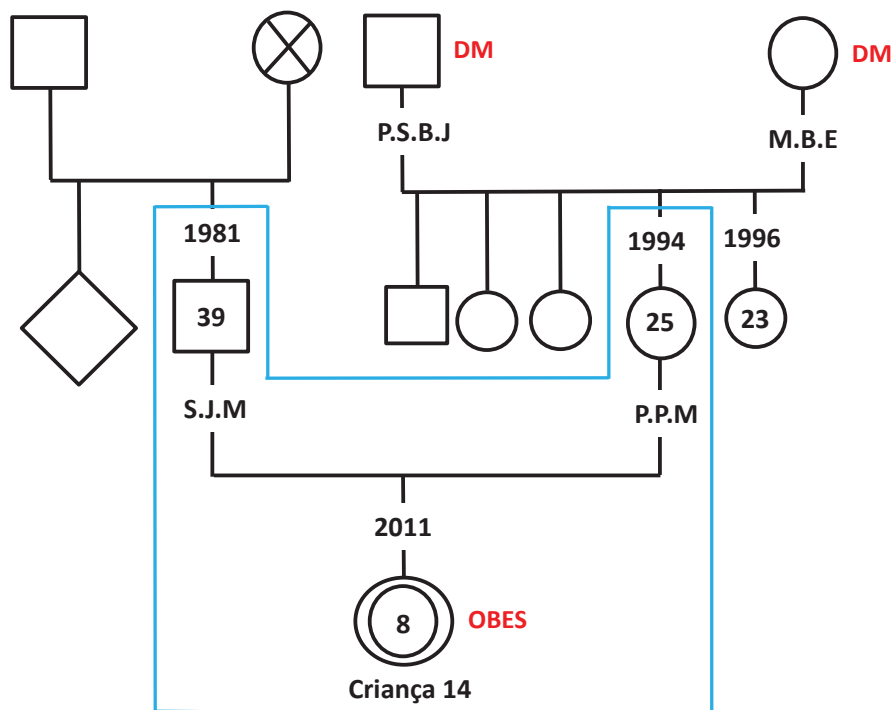


Ecomapa Família 13



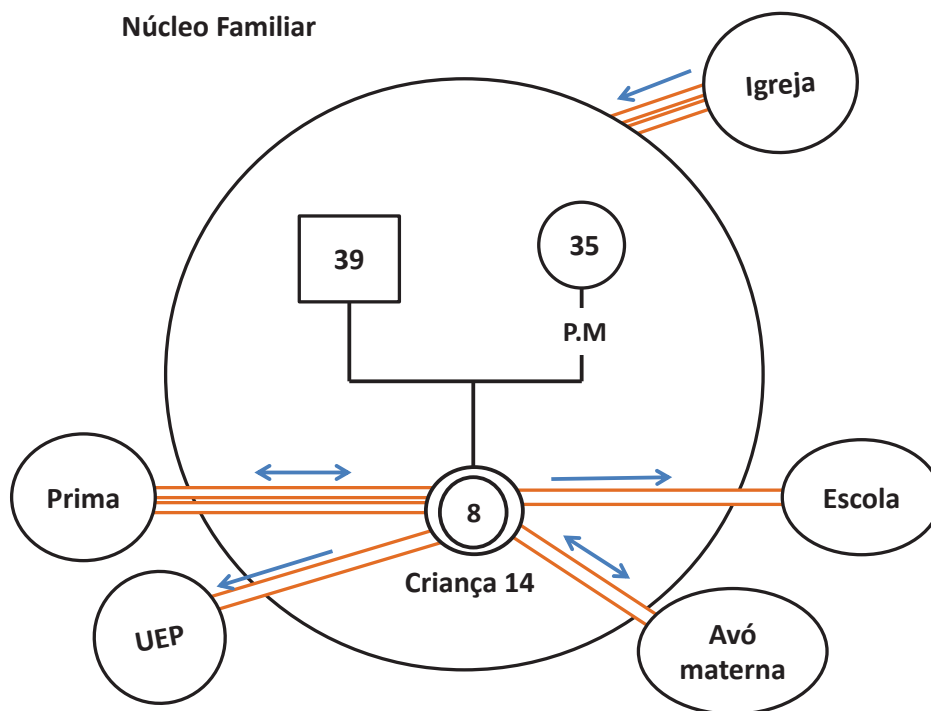
FAMÍLIA 14

Genograma Família 14



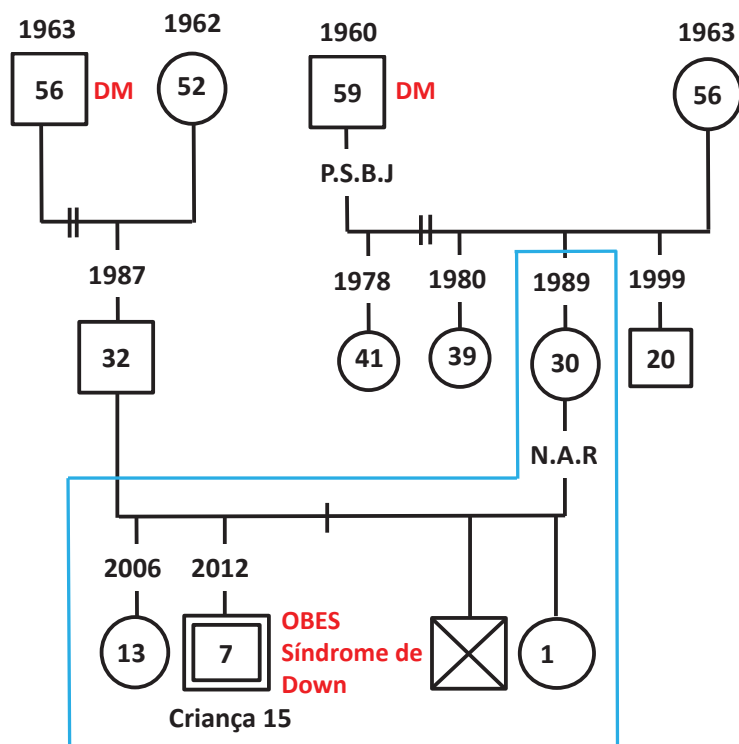
Ecomapa Família 14

Núcleo Familiar

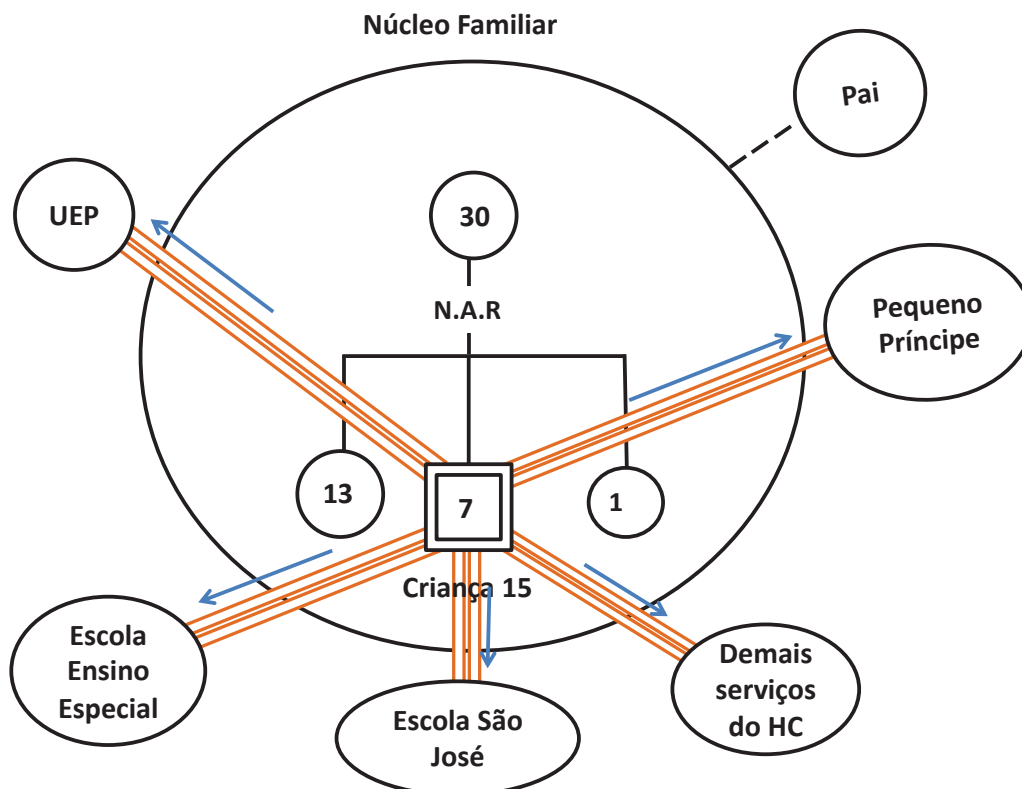


FAMÍLIA 15

Genograma Família 15

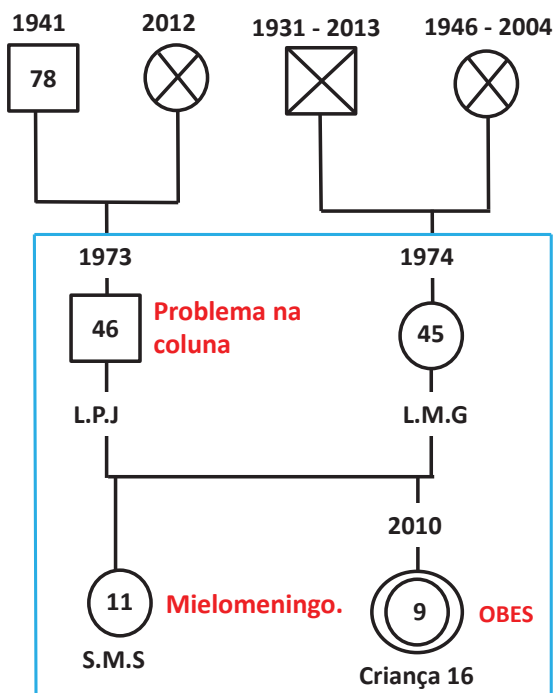


Ecomapa Família 15



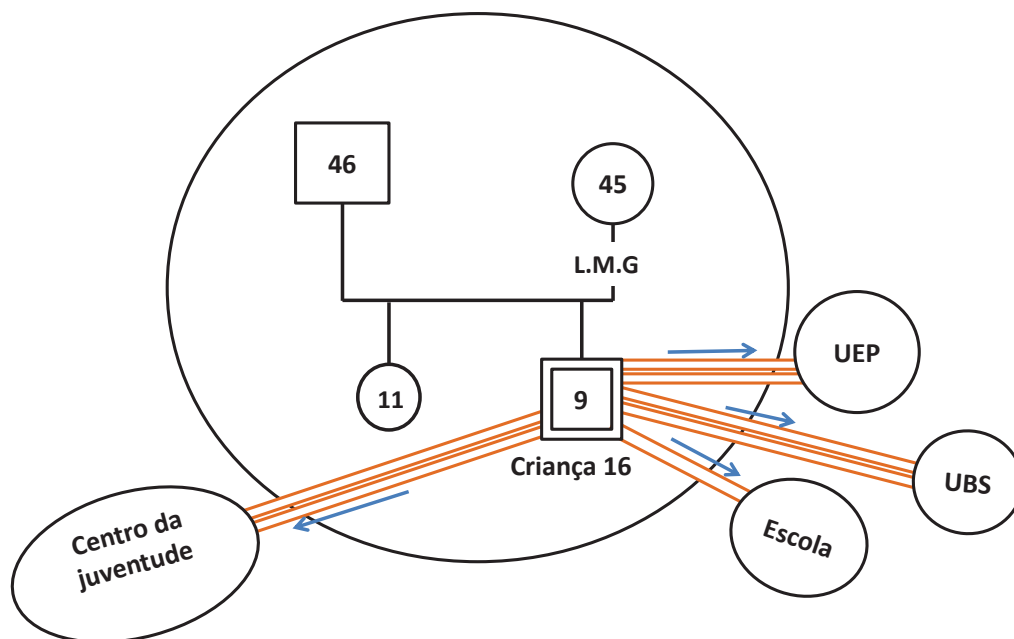
FAMÍLIA 16

Genograma Família 16



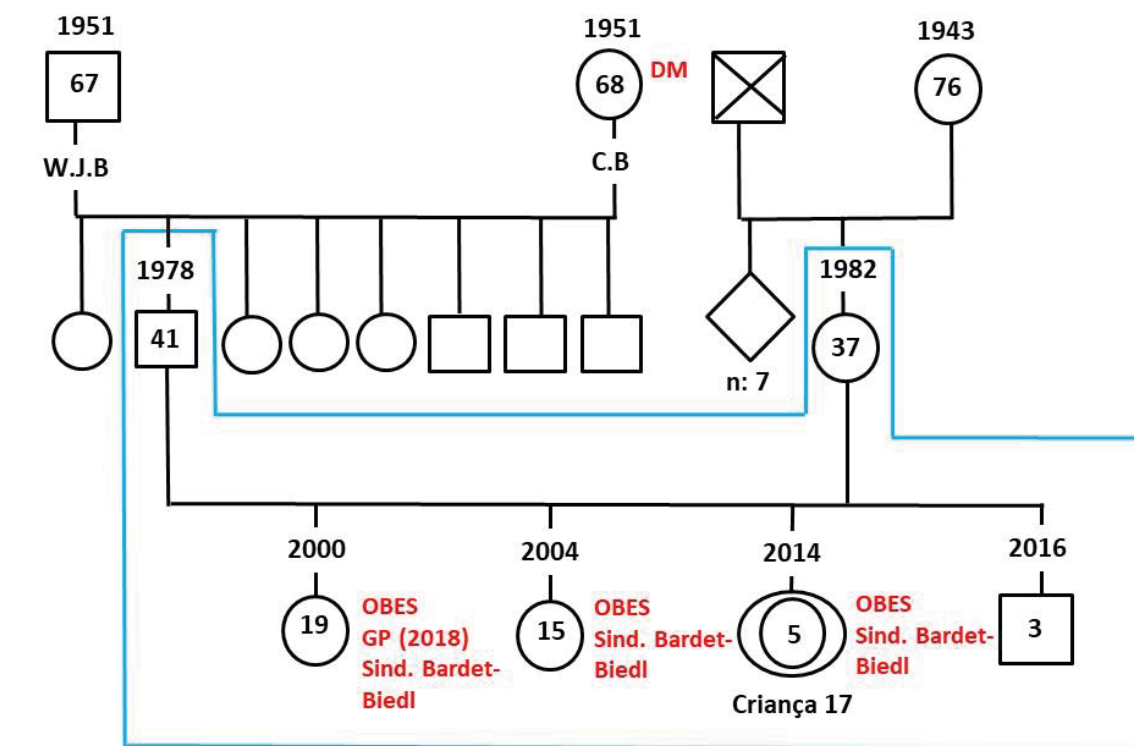
Ecomapa Família 16

Núcleo Familiar



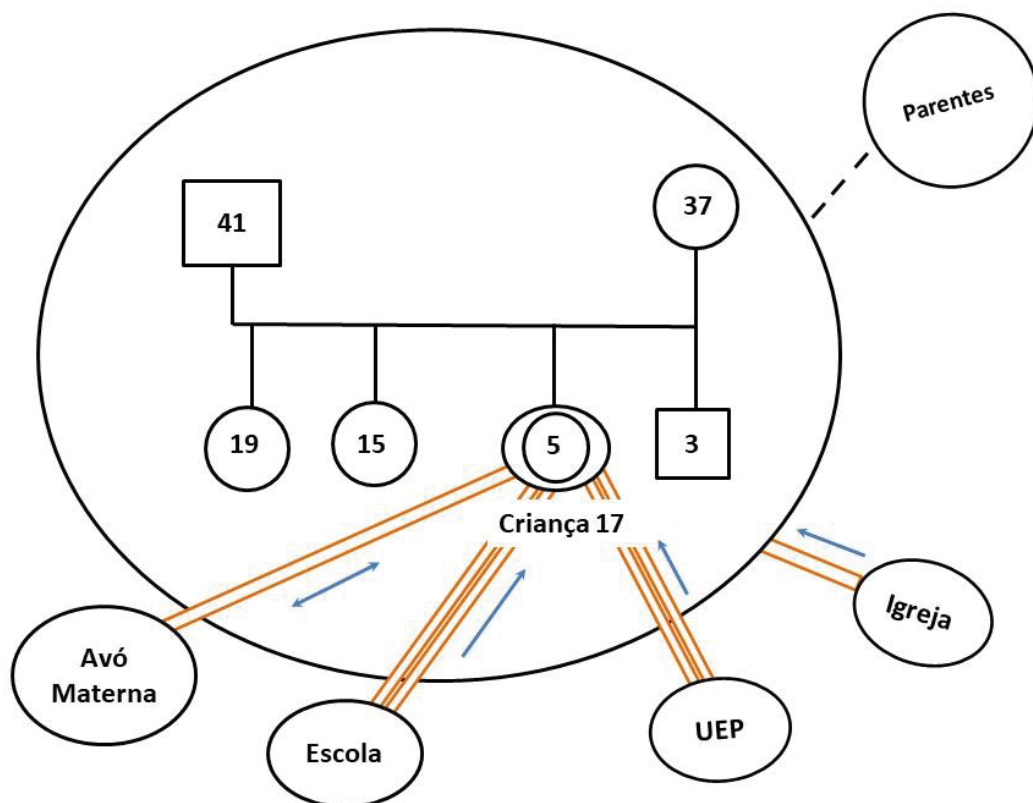
FAMÍLIA 17

Genograma Família 17



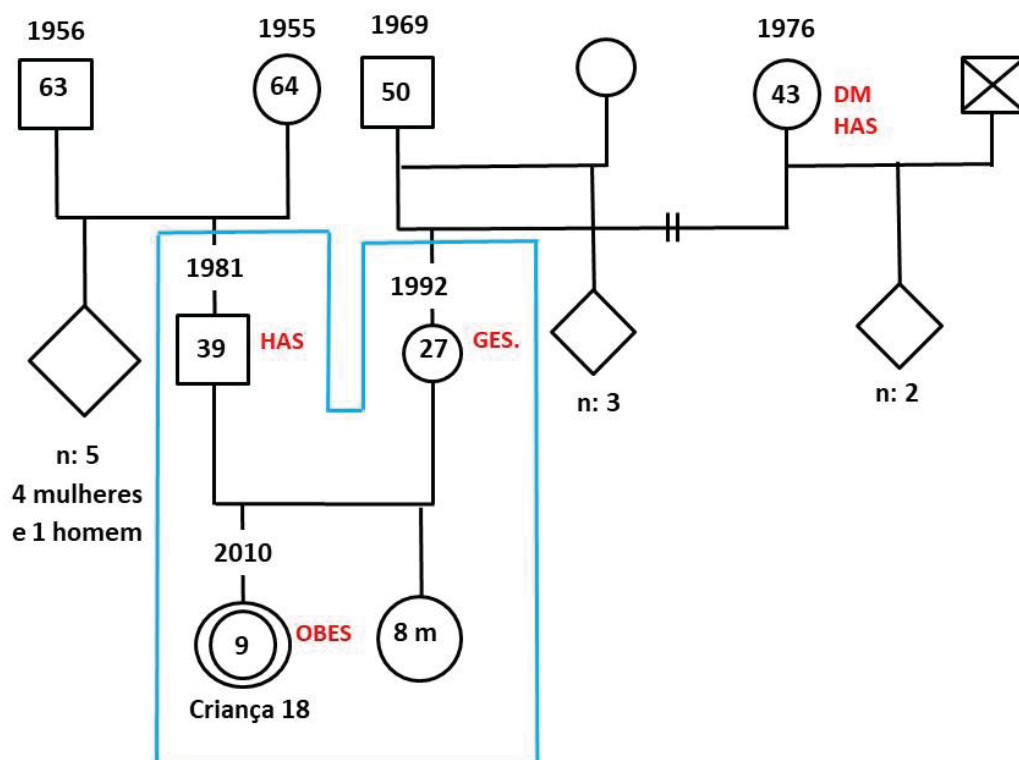
Ecomapa Família 17

Núcleo Familiar

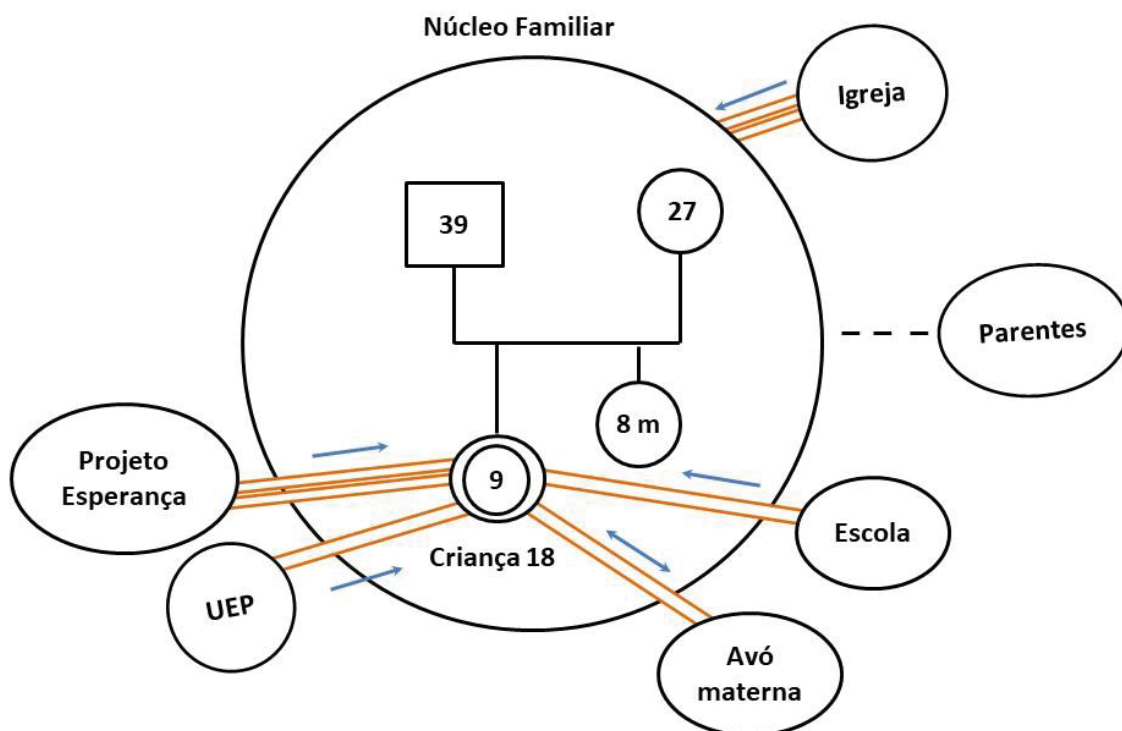


FAMÍLIA 18

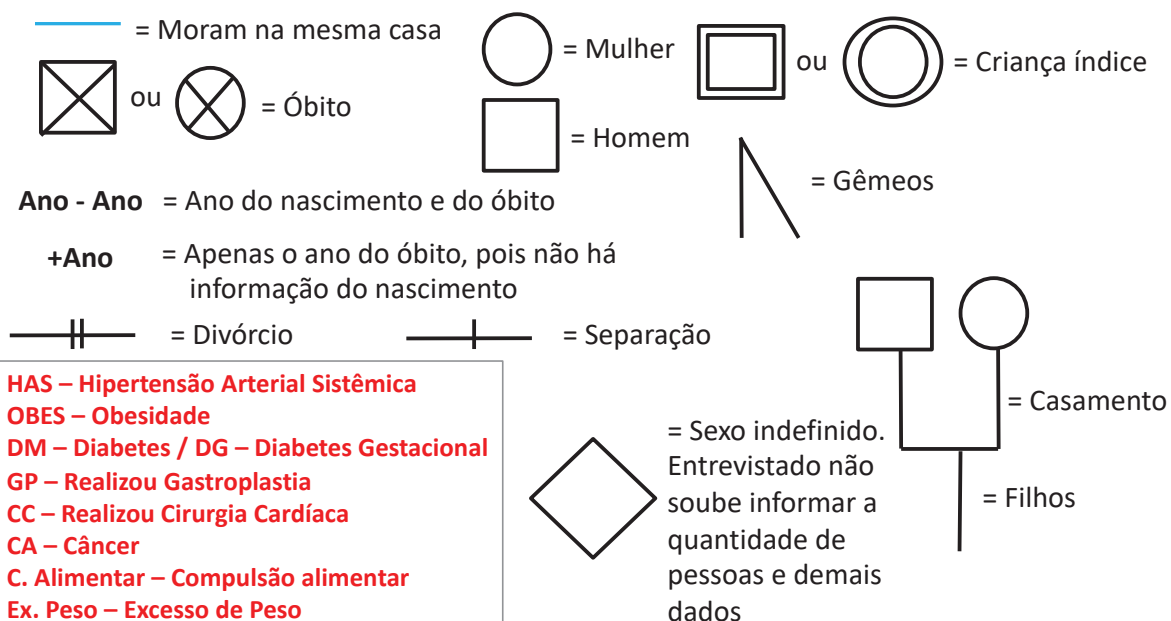
Genograma Família 18



Ecomapa Família 18



APÊNDICE G - LEGENDA GENOGRAMA E ECOMAPA



- Homem sempre o primeiro a ser representado, porém as representações podem mudar conforme ordem de nascimento de irmãos e/ou de casamentos anteriores.

- Em cima da representação consta o ano de nascimento e/ou óbito;
- No centro da representação consta a idade de cada indivíduo;
- As iniciais invertidas ou a numeração da criança/entrevista estão em baixo da representação;
- As representações sem informações não foram informadas pelos entrevistados.

LEGENDA ECOMAPA

