

DM
SILV/Li.1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**PARENTALIDADE
E OBESIDADE INFANTIL**

Liliana Isabel Monteiro da Silva

Lisboa, 2006



17850

ISPA
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Biblioteca
17850
25/11/08
Tel: 21 001 17 00 - www.ispa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Professor Doutor António Pazo Pires, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme a Portaria nº. 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação à alínea b) do ponto nº. 2 do artigo 5º do Decreto-lei nº. 216/92 de 13 de Outubro.

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a participação de algumas pessoas, às quais reitero o meu agradecimento, nomeadamente ao Prof. Doutor António Pires pela sua orientação ao longo deste percurso, à Dra. Aldina Lopes e à Dra. Liza Aguiar, do Departamento da Mulher e da Criança do Hospital de Santarém, que autorizaram e viabilizaram a recolha da amostra, de forma sempre prestável.

Mas o final de mais uma etapa da minha vida curricular fica a dever-se ao apoio incondicional dos meus Pais.

Obrigada ainda aos Amigos e Colegas pela disponibilidade permanente e por se manterem fiéis ao longo desta caminhada.

Resumo

O objectivo deste trabalho de investigação é construir uma teoria explicativa sobre o Comportamento Materno das Mães de Crianças com Excesso de Peso ou Obesidade. Foram contactadas e entrevistadas 14 mães de crianças com esta problemática e cujas idades variam entre os 31 e os 44 anos de idade. As crianças tinham idades entre os 6 e os 15 anos, todas utentes da Consulta de Obesidade Infantil do Departamento de Pediatria do Hospital de Santarém, EPE.. Os dados foram recolhidos através de entrevistas não-estruturadas e analisados de acordo com o método da Grounded Theory. Da análise à forma como estas mães se posicionam face ao excesso de peso da criança, sublinha-se o tempo que medeia entre o início do aumento de peso e a procura de ajuda por parte das mães, maioritariamente promovido pelos técnicos, bem como a pouca preocupação com a saúde da criança. Destaca-se a ausência de uma atitude pró-activa, que pode levar à adopção de comportamentos contraproducentes face à perda de peso e alterações alimentares na criança, revelando uma atitude quase negligente destas mães. Esta mesma atitude é observada na desvalorização sistemática da imagem corporal, apesar da existência de indicadores de problemas ligados a esta questão. Destaca-se, ainda, a tentativa que estas mães fazem de se demitirem do seu papel de cuidadoras à medida que a criança ganha autonomia, numa atribuição de responsabilidade pelo excesso de peso exclusivamente à criança.

Palavras-chave: Excesso de Peso, Obesidade, Criança, Mãe, Comportamento Parental, *Grounded Theory*.

Abstract

The purpose of this study is to develop a theory about the Maternal Behaviour of Mothers of Children with Overweight or Obesity. Fourteen mothers of children with this diagnose were contacted and interviewed, with ages between thirty-one and forty-four years old. All children had ages between six and fifteen years old and they were all patients from the Paediatric Department of the Santarém Hospital. Data were collected by means of non-structured interviews, and analysed according to Grounded Theory method. Data suggest that these mothers take too much time getting medical help in order to control weight increase, and even wait for other's to take the initiative. They don't seem worried about the children's health or about their body image, despite their children's concern about it. We can underline the absence of a pro-active attitude that will lead them to adopt wrong child feeding practices, which can be an obstacle to weight loss. They also seem to resign from their caregiver role as long as the child gets old and assign them the responsibility of their own overweight.

Key words: Cancer, Child, Mother, Maternal Behaviour, *Grounded Theory*.

ÍNDICE

VOLUME I

Introdução.....	1
Conhecer a Obesidade.....	2
Causas.....	3
Fazer o Diagnóstico.....	4
Problemas Físicos Associados à Obesidade.....	5
Problemas Psicológicos Associados à Obesidade.....	6
Números da Obesidade Infantil.....	7
Persistência da Obesidade na Idade Adulta.....	8
Comportamento e Obesidade.....	8
Obesidade e Família.....	9
Parentalidade.....	11
Formas de Intervenção.....	14
Formulação do Problema.....	16
Método.....	20
Participantes.....	20
Procedimento.....	21
Procedimento da Análise dos Resultados.....	21
Resultados.....	23
Discussão dos Resultados.....	31
Referências Bibliográficas.....	35
Anexos.....	39
Anexo A: Lista de Categorias.....	41
Anexo B: Lista de Memorandos.....	52

VOLUME II

Anexo C: Entrevistas Codificadas.....	84
Entrevista 1.....	85
Entrevista 2.....	94

Entrevista 3.....	101
Entrevista 4.....	110
Entrevista 5.....	117
Entrevista 6.....	127
Entrevista 7.....	130
Entrevista 8.....	134
Entrevista 9.....	141
Entrevista 10.....	146
Entrevista 11.....	150
Entrevista 12.....	156
Entrevista 13.....	160
Entrevista 14.....	163
Anexo D: Grounded Theory: o Método.....	168

Lista de Tabelas

TABELA 1: Caracterização das Mães Participantes do Estudo.....	20
--	----

Lista de Figuras

FIGURA 1: Esquema dos Resultados: Relação Materna com Peso da Criança.....	30
---	----

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se assistido a um aumento mundial da obesidade, em todos os grupos etários (Speiser, Rudolf, Anhalt, Camacho-Hubner, Chiarelli, Eliakim, Freemark, Gruters, HersHKovitz, Iughetti, Krude, Latzer, Lustig, Pescovitz, Pinhas-Hamiel, Rogol, Shalitin, Sultan, Stein, Vardi, Werther, Zadik, Zuckerman-Levin & Hochberg, 2005). Vista como a doença do século XXI, a Organização Mundial de Saúde considera-a uma epidemia (WHO, 1998; McCarthy, Burg, Smith & Burn, 1998), o que torna a obesidade um verdadeiro problema de saúde pública.

Os avanços tecnológicos e científicos proporcionaram um maior conhecimento sobre as influências dos factores genéticos, fisiológicos, psicológicos, metabólicos e ambientais no peso corporal, dando-nos uma perspectiva, cada vez mais sedimentada, da complexidade dos mecanismos de regulação do peso”, (Moreira, 2005, p.13). Mas, genericamente, excesso de peso e obesidade surgem a quando da acumulação excessiva de massa gorda (Speiser et al., 2005).

As modificações nos padrões alimentares sofridas ao longo do tempo, onde a alternância entre períodos de fome e períodos de relativa abundância, contrasta com a «abundância permanente» do mundo industrializado actual (Carmo, 2003; Moreira, 2005) que, acrescidas de um cada vez menor gasto energético, numa clara tendência para “estender a mão para a comida, quando ela se oferece. E para nos mexermos o menos possível”, (Carmo, 2003, p.14), aliadas ainda à selecção natural “dos geneticamente magros, gastadores de energia” imposta pelas fomes e infecções, têm vindo a traduzir-se numa cada vez maior imposição da obesidade. Esta realidade, não se limita aos países industrializados, com grandes reservas de comida e padrões de vida elevados, uma vez que, mesmo nos chamados países do «terceiro mundo», a tendência é para que as classes económicas mais altas, estejam mais predispostas a essa condição (Mirtipati et al., 1998, cit. por Parizková & Hills, 2005, p.3). Ao aumento da obesidade corresponde um aumento dos riscos de doença associados, como sejam a diabetes tipo II, a arteriosclerose e hipertensão, podendo isto significar que a actual geração de crianças está em maior risco de morrer precocemente do que a geração dos seus pais (Parizková & Hills, 2005). Para além disto, a obesidade tem,

invariavelmente, elevados custos para os Sistemas de Saúde, custos ainda mais elevados quando se consideram as morbilidades associadas (Bodhani, 2006).

Nos Estados Unidos da América, “estima-se que os custos de saúde da obesidade do adulto atinjam 70 biliões de dólares, ou seja, 7% dos gastos com cuidados de saúde”, (Moreira 2005, p. 17). Tomando em consideração que a obesidade nas crianças tende a persistir na idade adulta, o cálculo dos custos em cuidados de saúde ligados à obesidade infantil, torna-se mais difícil de ser feito, uma vez que os mesmos serão sentidos a curto, médio e longo prazo.

Embora questões genéticas e de hereditariedade concorram para o aparecimento da obesidade infantil, são os factores comportamentais – ligados ao estilo de vida, alimentação e actividade física – os que actualmente mais contribuem para o seu crescimento exponencial (McCarthy et al., 1998; Birch e al., 1999; Baur & O'Connor, 2004), sendo também os mais estudados e focalizados na intervenção. E estes comportamentos, por serem aprendidos, são quase indissociáveis da ambiente social e familiar da criança.

Nos últimos anos, o alerta para a problemática da obesidade infantil, tem levado à realização de estudos epidemiológicos, a debates e congressos e à discussão pública. O aumento da prevalência da obesidade infantil sugere a importância de investigações acerca dos possíveis factores ambientais que podem concorrer para que os factores genéticos produzam um aumento da obesidade infantil (Birch & Fisher, 2000). A importância do estudo desses factores prende-se que o facto de que se são eles que suportam esta epidemia, a sua modificação pode reduzi-la (Faith, Berkowitz, Stallings, Kerns, Storey & Stunkard, 2004). Contudo, embora quase sempre referidas como parte fundamental nesta questão, poucos estudos se têm debruçado sobre as famílias. Muitas vezes apontadas como fonte para o início e manutenção da obesidade na criança, são-lhes dadas sugestões, estratégias, sem um conhecimento prévio acerca das suas realidades e necessidades.

Conhecer a Obesidade

A obesidade pode ser definida como uma síndrome multifactorial que inclui alterações antropológicas, psicológicas, fisiológicas, bioquímicas, metabólicas, anatómicas e sociais, sendo normalmente caracterizada por um aumento do nível de adiposidade e um correspondente aumento de peso corporal, que deve ser avaliado de acordo com os valores estandardizados para a idade e género (Parizková & Hills, 2005). Deve ser feita a distinção entre o excesso de peso – referente a um aumento do peso corporal na razão da altura – e a obesidade – que se refere a uma aumento anormal da proporção da gordura corporal (Bray, 1987, cit. por Parizková & Hills, 2005, p.6) ou a um maior aumento de tecido adiposo relativamente a outros tecidos do corpo (Wahlqvist & Hills, 1994b, cit. por Parizková & Hills, 2005, p.6).

Causas

As causas apresentadas para explicar a obesidade incluem teorias fisiológicas e teorias comportamentais (Ogden, 1999), sendo actualmente estas últimas o alvo de grande parte da investigação. Embora factores genéticos e ambientais concorram para o seu aparecimento precoce, apenas uma pequena percentagem da obesidade infantil está associada a estas questões (www.childobesity.com; Baur & O'Connor, 2004), destacando-se a actividade física e o comportamento alimentar como os determinantes para o aumento de peso nas crianças. Parizková & Hills (2005), sublinham mesmo que, o rápido aumento da obesidade em todas as faixas etárias não podem ser unicamente explicado pelas modificações significativas registadas no mapa genético. Estudos recentes sobre a obesidade infantil consideram que a actual epidemia fica a dever-se a uma massiva modificação ambiental, ao longo das últimas décadas, levando a um aumento do sedentarismo, diminuição da actividade física e aumento da energia acumulada pelo organismo (Baur & O'Connor, 2004; McCarthy et al. 1998). Deste modo, "o meio ambiente, os factores culturais, económicos e sociais, a ingestão de alimentos de valor calórico, a diminuição da actividade física, a estrutura familiar e os factores emocionais, são cada vez mais permissivos à expressão das tendências genéticas da obesidade" (Coutinho, 1998). A acrescentar aos factores comportamentais, as influências ambientais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da obesidade infantil (Faith, Berkowitz, Stallings,

Kerns, Storey & Stunkard, 2004). Os efeitos ambientais podem ser categorizados como partilhados e não partilhados. Os primeiros estão perfeitamente correlacionados para os membros da família e afectam o seu fenotipo da mesma forma; os segundos são experimentados de forma diferenciada e agem produzindo diferentes fenotipos em cada membro da família (Birch & Fisher, 2000). Um dos factores ambientais estudados e que parece influenciar mais a alimentação da criança é o controlo parental da alimentação da criança (Faith et al., 2004).

Fazer o Diagnóstico

A mensuração/quantificação do excesso de peso e da obesidade na infância, não reúne ainda consenso alargado, essencialmente devido à ausência de um método simples, acessível, específico e exacto para medir a quantidade de massa gorda nesta faixa etária, bem como estimar a sua relação com o risco subjacente de problemas cardiovasculares ou metabólicos (Speiser et al., 2005). Devido à dificuldade na medição da quantidade de gordura (adiposidade), o excesso de peso e a obesidade são normalmente estimados pelo recurso ao Índice de Massa Corporal (IMC), sendo que cada país possui tabelas de IMC com correcção à idade, género e curva de crescimento específicas (Speiser et al., 2005; Parizková & Hills, 2005). A OMS faz a distinção entre os diversos níveis de IMC, de acordo com o risco de comorbilidades associadas (Moreira, 2005). Contudo, o IMC não contempla a diferença entre a quantidade de massa gorda – “gordura que armazenamos e pequenas quantidades de gordura essenciais que se distribuem no sistema nervoso central e nas membranas das nossas células, (Moreira, 2005, p.17)” - e a quantidade de massa magra – “traduz a quantidade de água do corpo, o osso e toda a massa celular correspondente a órgãos, músculos e ao sistema imune, (Moreira, 2005, p.17)” - de cada indivíduo, podendo o mesmo IMC implicar algumas diferenças na composição corporal dos indivíduos. Contudo, embora existam outros exames mais pormenorizados para o estudo exaustivo da obesidade, o IMC é o habitualmente mais utilizado.

Para além do aumento do peso corporal, “a localização anatómica da gordura corporal pode também modificar o risco de saúde, sabendo-se que a localização da adiposidade no segmento superior do corpo (gordura visceral) origina maiores riscos para a saúde do que a localização no segmento inferior. Indivíduos obesos, cuja localização de gordura se faz sobretudo junto das pernas e nádegas, por oposição aos que têm a gordura distribuída na zona abdominal, apresentam menos complicações

de saúde, como hipertensão, diabetes ou alterações do colesterol e triglicéridos plasmáticos”, (Moreira, 2005, p.15; Parizková & Hills, 2005). Nas crianças, a localização e distribuição da gordura também é tida em consideração, referenciando-se a forma do corpo como sendo uma «pêra» ou «maçã».

A abordagem técnica inicial da criança com excesso de peso ou obesa deve ter em conta factores como a história nutricional – aleitamento, idade de introdução da alimentação sólida, calorias ingeridas na alimentação, de acordo com os nutrientes e grupos de alimentos -, o nível de actividade física, problemas do sono – como o «ressonar» e a apneia (Speiser et al., 2005) -, bem como a história familiar de obesidade, problemas cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial.

Problemas Físicos Associados à Obesidade

A obesidade infantil está associada ao desenvolvimento de um grande número de complicações médicas (Birch & Fisher, 2000; Speiser et al., 2005; Bodhani, 2006) e psicossociais significativas, quer a nível imediato quer a longo prazo (Baur & O'Connor, 2004), tendo vindo a ser associada a «doenças cardiovasculares, diabetes, traumatismo das articulações, cancro, hipertensão e mortalidade» (Ogden, 1999; www.childobesity.com; Speiser et al., 2005; Faith & Kerns, 2005), favorecendo complicações cerebrovasculares e cardiovasculares futuras (Macedo, Trigueiros & Freitas, 1997).

Desta forma, as crianças obesas devem ser avaliadas para a existência de morbilidades associadas, incluindo despiste de factores de risco cardíaco, problemas ortopédicos associados ao peso, problemas de pele, problemas respiratórios como a asma, perturbações do sono, principalmente a apneia e potenciais sequelas psiquiátricas, nomeadamente depressão, baixa auto-estima, auto-imagem negativa (Speiser et al., 2005; www.childobesity.com; Parizková & Hills, 2005). Ao longo das últimas décadas tem-se vindo a verificar um aumento de casos de diabetes tipo II em crianças, números que anteriormente estavam quase exclusivamente associados aos adultos (Speiser et al., 2005), pelo que a presença de diabetes deve ser considerada e devidamente despistada e/ou diagnosticada (McCarthy et al., 1998; Boyse, 2004; www.childobesity.com; www.cite-sciences). O risco do diagnóstico de diabetes na criança deve ainda ter em conta história familiar da doença. Crianças com este tipo de antecedentes familiares «podem considerar-se em risco e predispostas, do ponto

de vista genético e comportamental, para manifestações subtis ou anormalidades metabólicas não sintomáticas, que podem actuar sinergicamente para determinar uma expressão de obesidade que abra as portas, anos mais tarde, a doenças crónicas, metabólicas e degenerativas”, (Moreira, 2005, p.19). Factores metabólicos como o perfil lipídico - colesterol total, LDL, HDL -, a hipertensão arterial, a glicémia, função tiroideia, transaminases, cortisol, entre outros, devem ser tidos em consideração (Speiser et al., 2005).

Importante ainda notar que o impacto do crescimento da prevalência de certas doenças associadas à obesidade, poderá não ser perceptível nas próximas décadas, dado que o aumento da taxa de prevalência da obesidade em jovens adultos poderá ser relacionado com um aumento da prevalência de alguns destes quadros sintomáticos, apenas quando esta camada mais jovem da população chegar à faixa etária dos sessenta (Seidell, 1998).

Problemas Psicológicos Associados à Obesidade

Actualmente reconhece-se que as perturbações psicológicas relacionadas com a obesidade ficam a dever-se mais às consequências do que às suas causas, sendo que os problemas psicossociais têm vindo a ser considerados os mais significativos e persistentes a longo prazo. As dificuldades emocionais estão ligadas a obstáculos culturais e à preocupação constante com o emagrecimento, uma vez que «a obsessão cultural dos dias de hoje em relação à magreza, aversão à gordura, tanto nos adultos como nas crianças, e a censura aos indivíduos obesos, pode promover uma baixa auto-estima e uma auto-imagem pobre nos indivíduos que não se coadunam com a imagem magra, estereotipadamente atraente» (Ogden, 1999, p.148).

Quanto às crianças obesas, de acordo com Escrivão et al. (2000), estas apresentam já maior risco para algumas doenças e distúrbios psicossociais provocados pelo estigma da obesidade, que são de grande relevância nesta fase de estruturação da personalidade. A discriminação face às crianças obesas começa muito cedo na infância e vai-se institucionalizando progressivamente (Bodhani, 2006). Portanto, a obesidade infantil aumenta a possibilidade do aparecimento de problemas emocionais e sociais nas crianças, bem como na idade adulta (McCarthy et al. 1998), uma vez que «as crianças obesas tendem a ser isoladas pelo grupo,

tendem a desenvolver menor auto-estima e tendem a ser menos convidadas a participar em jogos desportivos» (Viana, 2002, p.614). Moreira (2005), sublinha também esta ideia, afirmando que estas crianças “podem apresentar baixa auto-estima, e estados de depressão, sendo muitas vezes alvo de discriminação pelos professores e outras crianças, ou pela própria família, (p.20)”. A obesidade infantil afecta a auto estima e tem consequências negativas no desenvolvimento social e cognitivo (Veugelers & Fitzgerald, 2005; Bodhani, 2006). De notar ainda que já aos seis anos de idade, crianças com excesso de peso são descritas como preguiçosas, estúpidas, feias e desonestas (McCarthy et al. 1998; Viana, 2002). Finalmente, muitas pessoas com excesso de peso podem experimentar dificuldades emocionais que não são medidas por testes psicológicos e que estão relacionadas com questões específicas como o sentimento de solidão, resultante da falta de entendimento do seu problema por parte dos amigos ou da frustração por excesso de peso.

Números da Obesidade Infantil

Estima-se que 7% da população mundial seja obesa e que duas e três vezes mais tenham excesso de peso (Speiser et al., 2005).

De acordo com o Centers of Disease Control's National Health and Nutrition Examination Survey, em 2001 aproximadamente 22% das crianças americanas tinham excesso de peso e mais de 11% eram obesas (McCarthy et al., 1998). Outros estudos afirmam que mais de um quarto das crianças entre os 6 e os 11 anos de idade, são obesas e que este número tem duplicado nos últimos 30 anos e triplicado nas crianças entre os 12 e os 17 anos (Boyse, 2004; Speiser et al., 2005; Parizková & Hills, 2005).

Na Europa, de acordo com o relatório da International Obesity Task Force de Março de 2005, uma em cada cinco crianças tem excesso de peso ou é obesa. A mais alta prevalência pode ser encontrada nas regiões mediterrâneas, sendo que alguns países têm uma maior proporção de crianças com excesso de peso do que os Estados Unidos da América (www.cite-sciences; Speiser et al., 2005). Este estudo aponta a Itália como sendo o país com maior prevalência de excesso de peso e obesidade infantil com 36%, seguida de Malta com 35%, da Grécia com 31%, Espanha com 30% e Croácia com 27%. Sublinhe-se ainda rápida aceleração no aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade de 0.2% nos anos 70, crescendo

actualmente 2% ao ano, isto é, 400 000 crianças europeias com excesso de peso ou obesas por ano (www.cite-sciences).

Em Portugal, um estudo realizado entre Outubro de 2002 e Junho de 2003, coloca o país em segundo lugar no ranking dos países europeus com crianças obesas, apenas ultrapassado pela Itália (Padez, Fernandes, Mourão, Moreira & Rosado 2004; www.cienciapt.net). Este estudo revela que 32%, isto é, uma em cada dez crianças portuguesas entre os 7 e os 9 anos de idade é obesa, sendo que a estes acrescem cerca de 20% com excesso de peso (Padez et al., 2004; www.cienciapt.net).

Persistência da Obesidade na Idade Adulta

A obesidade tende a persistir ao longo da vida (www.obesity.org) e essa persistência depende de diversos factores, incluindo a idade em que a criança se torna obesa, a severidade da doença e a presença de obesidade em pelo menos um dos pais (Speiser et al., 2005; www.childobesity.com). Crianças obesas têm maior probabilidade de se tornarem adolescentes obesos, que, por sua vez, têm grande probabilidade de se manterem obesos na idade adulta (Birch & Fisher, 2000; www.obesity.org; Birch & Fisher, 2000; Viana, 2002), podendo reduzir a expectativa de vida em muitos anos (www.cite-sciences). Estudos revelam que, uma criança obesa tem 40 por cento mais de probabilidade de se tornar um adulto obeso, o que representa «um risco de vir a ser um adulto obeso que é o dobro do risco de uma criança com peso adequado vir a ser igualmente um obeso adulto» (Viana, 2002, p. 614) e que nos adolescentes obesos esta probabilidade aumenta para os 70 por cento. A partir dos seis anos de idade, a probabilidade de que a obesidade persista excede os 50 por cento, e 70 a 80 por cento dos adolescentes obesos continuarão a sê-lo em adultos (www.childobesity.com ; Boyse, 2004; www.cite-sciences).

A obesidade em pelo menos um dos pais, aumenta o risco da sua persistência em crianças de qualquer idade (www.childobesity.com; Boyse, 2004; www.obesity.org).

Comportamento e obesidade

Na infância e na adolescência, um dos motivos que pode levar a que o peso seja negligenciado pelos pais e educadores é a falsa crença de que o crescimento por si resolve o problema da obesidade (Parizková & Hills, 2005). De facto, o crescimento pode ser um aliado, mas apesar disso pode haver ganho excessivo de peso.

Estudos apontam para a importância dos comportamentos adoptados pela criança, quer ao nível da alimentação, quer ao nível da prática de exercício físico, para o aparecimento e/ou manutenção do excesso de peso e obesidade (www.childobesity.com; Boyse, 2004). Crianças que passam mais tempo a ver televisão e a jogar vídeo jogos, estão em maior risco de terem excesso de peso, (Boyse, 2004), uma vez que o número de horas de televisão têm vindo a ser associado à obesidade infantil (www.childobesity.com; Birch, Francis & Lee, 2003; Ritchie, Welk, Styne, Gerstein & Crawford, 2005; www.marshfieldclinic), podendo estar a substituir a actividade física diária da criança. Acrescente-se o hábito de comer, normalmente alimentos calóricos, associado a estes momentos de inactividade ((Birch et al., 2003; Boyse, 2004). Carmo (2003, p.33), afirma mesmo que "a generalidade das crianças está sujeita a um regime de engorda, (...) é o que parece acontecer actualmente a 15 % em Portugal", definindo este conceito como a "disponibilidade imensa de comida hipercalórica dirigida às crianças e jovens e uma passividade física, que várias circunstâncias e sobretudo as novas tecnologias possibilitam".

Obesidade Infantil e a Família

As crianças crescem, desenvolvem-se em contexto relacional social e familiar. E é a família quem desempenha um papel primordial na promoção da aquisição de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, sendo que os pais proporcionam tanto os genes como o contexto familiar para o desenvolvimento da criança (Birch, Fisher, Cutting & Grimm-Thomas, 1999). Estudos sobre obesidade infantil têm vindo a enfatizar a importância dos factores ambientais, especialmente no que diz respeito ao ambiente familiar e práticas parentais de alimentação. Os pais desempenham um papel preponderante na modelagem das experiências alimentares

precoces da criança, através das suas atitudes e práticas alimentares (Birch e al., 1999; Hodges, 2003; Boyse, 2004; Fisher et al, 2000, cit. por Faith & Kerns, 2005; Golan & Crow, 2004b; Robinson, Kiernan, Matheson & Haydel, 2001, cit. por Bodhani, 2006). A «modelagem parental» de uma alimentação saudável e da prática de actividade física deve ser encarada como reforço destes padrões durante a infância (Ritchie et al., 2005; www.marshfieldclinic; Jain, Sherman, Chamberlin, Carter, Powers, & Whitaker, 2000; www.kon.org). Alguns estudos mostraram que a história de dieta parental, preocupações e práticas alimentares influenciam o desenvolvimento do comportamento alimentar da criança e consequentes resultados no peso (Birch et al., 1999). As crianças tendem a comer os alimentos que lhes são servidos mais frequentemente e tendem a preferir aqueles que encontram disponíveis em casa. Sendo os pais responsáveis pela comida disponível para a criança, eles podem ter um grande impacto na sua preferência e ingestão (Patrick & Nicklas, 2005, cit. por Bodhani, 2006). A exposição precoce da criança a frutos e vegetais e alimentos ricos em energia, açúcar e gordura, pode desempenhar um importante papel no estabelecimento de hierarquias de preferência e selecção de alimentos (www.kon.org). Por outro lado, os pais influenciam o ambiente alimentar dos seus filhos de diversas formas, nomeadamente através da escolha de um método de alimentação para a criança; pelos alimentos aos quais têm acesso; pela extensão da exposição aos media que permitem em casa; bem como pela forma como interagem com a criança nos momentos de refeição (www.kon.org). As mães, como primeiras cuidadoras da criança, estruturam as refeições oferecendo alguns alimentos e não outros e usando práticas alimentares que fornecem informação à criança acerca da quantidade que pode ingerir e o que pode ingerir (Birch et al., 1999).

O declínio da frequência das refeições em família tem sido também associado ao aumento da obesidade nas últimas duas décadas (Taveras et al. 2005, cit. por, Bodhani, 2006). Investigações sugerem que quando os pais proporcionam companhia à hora das refeições, estabelecem uma atmosfera positiva e modelam comportamentos apropriados com a comida, os seus filhos tendem a ter maior qualidade alimentar (Golan & Crow, 2004^a). Taveras et al. (2005, cit. por Bodhani, 2006) encontraram uma relação positiva entre a frequência de refeições em família e a ingestão de fruta, vegetais e uma associação negativa com consumo de bebidas. Gillman e col. (2001, cit por, Bodhani, 2006) afirmam que as refeições em família estão associadas a alimentações mais saudáveis. Desta forma, o estilo alimentar dos

pais pode ser uma das formas patológicas através da qual os pais promovem a alimentação em excesso e, portanto, o excesso de peso na criança (Birch et al., 2003).

Torna-se, portanto, perceptível que a obesidade infantil não é apenas um problema da criança, mas um problema de toda a família, cujo empenho é determinante na sua resolução. É importante os pais terem presente a ideia de que as crianças fazem o que os adultos fazem e não o que os adultos dizem logo, o comportamento alimentar dos pais é modelo para a criança (Boyse, 2004). Elas aprendem rapidamente, percebendo e apreendendo os padrões e hábitos alimentares dos pais, as suas preocupações em relação à alimentação, regras quanto a alimentos e refeições, etc., ressaltando daqui a necessidade dos pais serem um bom exemplo para os seus filhos comendo uma grande variedade de alimentos e praticando exercício físico (www.kon.org). Os pais são agentes fundamentais no desenvolvimento de um ambiente familiar que fomente uma alimentação saudável e a prática de actividade física na criança e adolescente, modelam as práticas alimentares dos seus filhos, a prática de actividade física, comportamento sedentário e, em última instância o seu peso. O conhecimento parental acerca da nutrição, a sua influência na selecção da comida, estrutura das refeições, padrões alimentares da família, as suas próprias práticas alimentares, os seus próprios níveis de actividade física, os seus hábitos sedentários incluindo as horas de TV, todas influenciam o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis da criança, que contribuem para um peso normal ou para a obesidade (Lindsay, Sussner, Kim & Gortmaker, 2006, cit por Bodhani, 2006; Golan, Weizman, Apter, & Fainara, 1998).

Estudos acerca dos padrões alimentares dos jovens, referem que, apesar da sua procura de autonomia e experiências, crianças e adolescentes acabam por preferir o mesmo tipo de alimentos que os pais. A análise dos diários alimentares conclui que as suas ideias acerca da alimentação reflectem os valores aprendidos na família, com os amigos, professores e media, preferindo e mantendo as mesmas refeições e tipos de alimentos presentes durante a infância, mesmo quando os pais deixam de fazer a sua selecção (www.kon.org). Ou seja, embora a autonomia aumente com o aumento da idade da criança, o ambiente familiar mantém-se como a maior influência na sua alimentação e actividade física.

O comportamento parental é definido por Rutter (1989), como sendo "uma tarefa que diz respeito aos cuidados que se prestam às crianças; uma tarefa que inclui propiciar um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da criança; responder ao desconforto da criança, às interações sociais, pedidos e comportamentos disruptivos; e resolver conflitos e dificuldades interpessoais", (cit. por Pires, 1990, pp.445). Segundo o mesmo autor, um desenvolvimento equilibrado depende sobretudo de aspectos como as respostas dos pais a necessidades específicas da criança (o choro ou as dores), ou às solicitações sociais (sorriso), assim como às interações específicas que eles iniciam.

Bornstein (1988 e 1996), identifica quatro domínios do comportamento parental e respectivos cuidados parentais: os cuidados primários que dizem respeito à satisfação das necessidades da criança, assegurando o seu bem-estar, incluindo a alimentação e limpeza; os cuidados sociais, que incluem as estratégias físicas e verbais que os pais usam para expressar sentimentos para com a criança e para se envolverem em trocas emocionais com ela; os cuidados didáticos, que dizem respeito às estratégias físicas e verbais usadas pelos pais para que a criança se envolva com o meio; e o domínio da imposição de limites envolvendo o inculcar convenções e regras assim como o respeito pela autoridade, (cit. por Pires, 2001, pp17).

No caso da alimentação, a parentalidade está relacionada com factores que influenciam o comportamento alimentar, como sejam a exposição e acessibilidade à comida; a modelagem de comportamentos alimentares (Hodges, 2003), alteração de padrões de actividade/inactividade da criança. Importa, por isso conhecer os padrões das famílias em todos estes vectores. Pais e cuidadores, para além de serem modelos, exercem uma poderosa influência sobre os hábitos alimentares e actividades das crianças. Esta poderosa influência acontece porque os pais normalmente controlam a exposição da criança a estímulos alimentares e à selecção de alimentos e estabelecem o ambiente físico e emocional no qual a obesidade pode ou não ter lugar (Golan, Fainaru & Weizman, 1998; Bodhani, 2006). O desenvolvimento de factores de risco é modelado pelos estilos de parentalidade e características familiares como padrões de ingestão alimentar e de actividade, conhecimento nutricional, práticas parentais de alimentação infantil, e interacção de pares e irmãos (Davison & Brich, 2001, Bodhani, 2006). Os estilos de parentalidade têm vindo a ser implicados no

desenvolvimento dos padrões alimentares da criança, com as atitudes de sobre e sub-controlo alimentar associadas a resultados desfavoráveis para a criança (Jackson, Mannix, Faga & McDonald, 2005). Birch e Fisher (2001) identificaram 3 padrões de práticas alimentares existentes na taxonomia de estilos de parentalidade de Baumrind. O estilo autoritário, inclui comportamentos como a restrição da criança ao acesso a certos alimentos (ex. sobremesas) e a pressão para que a criança coma outros alimentos (ex. vegetais). Este estilo é caracterizado pela tentativa de controlar as escolhas e preferências da criança. O estilo permissivo, caracterizado pela «negligência alimentar» em que a criança pode comer aquilo que entender e nas quantidades que desejar. O estilo autoritativo representa o equilíbrio entre as duas anteriores, em que a criança é encorajada a comer alimentos saudáveis mas são-lhe dadas algumas hipóteses de escolha. Neste estilo, os pais determinam o tipo de alimentos a que a criança tem acesso, e a criança é quem determina quais ingere. Este estilo tem vindo a ser associado a uma maior quantidade de vegetais e frutos disponíveis para a criança e a uma maior ingestão destes mesmos alimentos e menor ingestão de alimentos hipercalóricos (Patrick & Nicklas, 2005, cit por, Bodhani, 2006). Outro estudo sugere quatro padrões alimentares dos pais que têm vindo a ser considerados como passíveis concorrentes para o desenvolvimento da obesidade. 1) Alimentação emocional – comer como resposta a um stress emocional; 2) alimentação instrumental – usar a comida como recompensa; 3) incentivo em excesso ou encorajamento para comer, vindo tanto do entusiasmo dos pais por verem a criança a comer aquilo que tão carinhosamente prepararam para ela, e da sua crença de que uma criança mais «cheinha» é mais saudável; 4) a restrição alimentar de alimentos hipercalóricos, que melhora a qualidade da dieta da criança e, portanto, reduz a probabilidade de obesidade (Waldle, Sanderson, Guthrie, Rapoport & Plomin, 2002, cit por, Bodhani, 2006).

Desta forma, e tendo os estilos de parentalidade vindo a ser implicados no desenvolvimento dos padrões alimentares da criança, (Jackson, Mannix, Faga & McDonald, 2005, cit. por Bodhani, 2006), um dos mecanismos possíveis para a ocorrência das mudanças no ambiente familiar deve ser as mudanças nas práticas/estilos de parentalidade. O estilo autoritativo, em vez do excessivo controlo dos pais, pode contribuir para que os pais mantenham um ambiente saudável (Golan, & Crow, 2004b).

Só conhecendo se pode compreender e só compreendendo se podem construir e adaptar programas de intervenção para o combate ao excesso de peso e obesidade na criança, tanto numa intervenção directa com ela mas, sobretudo, numa maior e mais eficaz focagem na família. Importa perceber até que ponto os pais têm consciência dos seus estilos parentais referentes à alimentação e do impacto que estes têm na alimentação da criança, qual a percepção que têm acerca do excesso de peso e da obesidade, e de que forma estão preparados para alterar padrões comportamentais instalados, ajudando assim a criança na aceitação e adopção de estilos de vida mais saudáveis.

Formas de Intervenção

Como em tantas outras problemáticas, a actuação ideal relativamente à obesidade e, ainda mais no que se refere à obesidade infantil, seria a prevenção. Contudo, quando a situação se encontra já instalada, a educação alimentar é o grande objectivo tanto para a criança como para a família, no sentido de alcançar mudanças comportamentais. Resultados da implementação de programas de intervenção na obesidade infantil evidenciam a importância da inclusão família no tratamento de obesidade (McCarthy et al., 1998; Boyse, 2004; Ritchie et al., 2005; www.marshfieldclinic), sugerindo o limitar a presença de comida hipercalórica; não encorajar verbalmente a criança a comer; alterar os padrões de horas televisivas, (Boyse, 2004; Carmo, 2003); estabelecer horários e contexto para as refeições; ensinar a criança a parar de comer quando saciada, evitar restrições alimentares excessivas ou utilizar a comida como recompensa (Ritchie et al., 2005), como algumas das estratégias a serem utilizadas pelos pais. Importa conhecer os padrões e hábitos alimentares e de refeições da família, bem como da actividade ou inactividade, assegurando o estabelecimento de uma aliança com os membros da família, evitando que adoptem uma posição defensiva e hesitante, que pode comprometer todo o tratamento. Para além disto, o apoio e o reforço positivo da criança feitos pelos pais, são uma peça fundamental de qualquer programa de intervenção, não só pelo suporte e estímulo que influenciam positivamente a crianças, como pelo apoio que fornecem ao trabalho dos técnicos (McCarthy et al.,

1998). Os programas de intervenção na obesidade devem usar o envolvimento dos pais como uma das chaves de sucesso no desenvolvimento de um ambiente que promove a alimentação saudável e prática de actividade física entre as crianças e adolescentes (Lindsay et al., 2006). Os diversos programas baseados na família enfatizam a necessidade de realizar mudanças no ambiente familiar (Golan & Crow, 2004b). Programas tendo pais como únicos agentes da mudança, foram mais efectivos no tratamento da obesidade infantil do que as abordagens convencionais em que as crianças são o foco principal da mudança (Golan et al., 1998). Nos resultados incluem-se um menor numero de abandonos do tratamento, aumento da perda de peso, e melhor manutenção da perda de peso da criança, potencial perda de peso nos pais, e possível evitamento de certos efeitos adversos da dieta (Golan et al., 1998). Deve ser ainda tida em consideração a percepção que os pais têm do peso da criança e das suas implicações na saúde física e mental da criança, (Hodges, 2003). De facto, nem sempre os pais têm ideias correctas do que é e do que representa o excesso de peso e a obesidade, tanto no imediato como no futuro.

Reconhecer a obesidade infantil, é um aspecto clinico que obedece e recorre a medidas específicas, mas a percepção que os pais fazem do excesso de peso e da obesidade é influenciada por outros factores (Hodges, 2003). Num estudo qualitativo, as mães não definem o excesso de peso ou a obesidade dos seus filhos de acordo com as medidas e tabelas de referência mostrados pelos técnicos. Em vez disso, as mães tendem a considerar como indicadores de excesso de peso ou obesidade, o facto das crianças serem “gozadas” devido aos seus peso ou pelas limitações demonstradas na actividade física. As crianças não eram consideradas como tendo excesso de peso se fossem activas e tivessem uma dieta saudável e/ou um bom apetite (Jain et al., 2000). As mães fazem ainda referência à dificuldade em recusar dar comida à criança quando ela tem fome, mesmo que ela tenha acabado de comer.

Ajudar as famílias a compreender a obesidade e a reconhecer o problema, enquanto se trabalha efectivamente com elas no sentido da prevenção do excesso de peso, representa um assunto complexo (Hodges, 2003) e que requer mais investigação, para que a efectividade dos tratamentos e os seus resultados possam ser cada vez mais positivos. Uma abordagem centrada na saúde mais do que uma abordagem no peso parece ser a mais apropriada no tratamento e prevenção da obesidade infantil (Golan & Crow, 2004b).

Formulação do Problema

Os números da prevalência do excesso de peso e da obesidade no mundo posicionam-na como um dos maiores e indiscutíveis problemas de saúde pública, com custos para o próprio mas também para os Sistemas de Saúde.

Esta questão ganha maior relevância e contornos mais preocupantes na infância, uma vez que a obesidade infantil está associada ao surgimento de complicações médicas (Speiser et al., 2005; Bodhani, 2006), tanto a curto como a médio e longo prazo, porque crianças obesas apresentam maior probabilidade de se tornarem adolescentes e adultos obesos (Birch & Fisher, 2000; Viana, 2002), quando comparadas com crianças de peso adequado. Às complicações médicas, associam-se ainda problemas emocionais e sociais, com efeitos negativos sobre a auto-estima da criança, bem como no seu desenvolvimento social (Moreira, 2005; Bodhani, 2006).

As causas que concorrem para o aparecimento da obesidade infantil são várias e incluem, entre outros, factores genéticos e ambientais. Os estudos mais recentes sobre esta problemática, têm vindo a enfatizar a importância dos factores ambientais, especialmente no que diz respeito ao ambiente familiar e práticas parentais de alimentação, uma vez que estes podem possibilitar que os factores genéticos produzam um aumento da obesidade infantil (Birch et al., 1999).

É normalmente aceite que o comportamento e práticas parentais moldam muitos aspectos do desenvolvimento da criança. No que se refere à alimentação, alguns estudos mostraram que a história de dieta parental e preocupações alimentares e práticas alimentares influenciam o desenvolvimento do comportamento alimentar da criança com resultados no peso (Birch et al., 1999). Desta forma, a obesidade infantil pode ser considerada uma doença familiar na qual os pais transmitem genes e propiciam o ambiente que permite que algumas crianças aumentem de peso mais facilmente do que outras (Birch et al., 2003). As crianças tendem a comer os alimentos que lhes são servidos mais frequentemente e tendem a preferir aqueles que encontram disponíveis em casa. Sendo os pais responsáveis pela comida disponível para a criança, eles podem ter um grande impacto na sua preferência e ingestão (Patrick & Nicklas, 2005, cit. por Bodhani, 2006) e, embora a autonomia aumente com o aumento da idade da criança, o ambiente familiar mantém-se como a maior influência na sua alimentação e actividade física. O conhecimento parental acerca da

nutrição, a sua influência na selecção da comida, estrutura das refeições, padrões alimentares da família, as suas próprias práticas alimentares, os seus próprios níveis de actividade física, os seus hábitos sedentários, todos influenciam o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis da criança, contribuindo para um peso normal ou para a obesidade (Golan & Crow, 2004a; Lindsay, Sussner, Kim & Gortmaker, 2006; Bodhani, 2006). O declino da frequência das refeições em família tem sido associado ao aumento da obesidade nas últimas duas décadas. Quando os pais proporcionam companhia à hora das refeições, estabelecem uma atmosfera positiva e modelam comportamento apropriados com a comida, os seus filhos tendem a ter maior qualidade alimentar (Golan & Crow, 2004a).

Resultados da implementação de programas de intervenção na obesidade infantil evidenciam a importância da inclusão família no tratamento de obesidade (McCarthy et al., 1998; Boyse, 2004; Ritchie et al., 2005), sugerindo o limitar a presença de comida hipercalórica; não encorajar verbalmente a criança a comer; alterar os padrões de horas televisivas, (Boyse, 2004; Carmo, 2003); estabelecer horários e contexto para as refeições; ensinar a criança a parar de comer quando saciada, evitar restrições alimentares excessivas ou utilizar a comida como recompensa (Ritchie et al., 2005), como algumas das estratégias a serem utilizadas pelos pais. Os programas de intervenção na obesidade devem usar o envolvimento dos pais como uma das chaves de sucesso no desenvolvimento de um ambiente que promove a alimentação saudável e prática de actividade física entre as crianças e adolescentes (Lindsay e al., 2006). Os diversos programas baseados na família enfatizam a necessidade de realizar mudanças no ambiente familiar (Golan & Crow, 2004b). Uma abordagem centrada na saúde mais do que uma abordagem no peso parece ser a mais apropriada no tratamento e prevenção da obesidade infantil (Golan & Crow, 2004b). Programas tendo pais como únicos agentes da mudança, foram mais efectivos no tratamento da obesidade infantil do que as abordagens convencionais em que as crianças são o foco principal da mudança (Golan et al., 1998). Nos resultados incluem-se um menor número de abandonos do tratamento, aumento da perda de peso, e melhor manutenção da perda de peso da criança, potencial perda de peso nos pais, e possível evitamento de certos efeitos adversos da dieta (Golan et al., 1998). Deve ser ainda tida em consideração a percepção que os

pais têm do peso da criança e das suas implicações na saúde física e mental da criança, (Hodges, 2003).

A obesidade infantil representa, inequivocamente, um problema de saúde com repercussões a curto, médio e longo prazo, quer a nível da saúde, quer a nível social e económico. Sublinhando-se, actualmente, a cada vez maior relevância do estilo de vida e do comportamento, tanto no seu surgimento, como na sua manutenção, eles destacam-se como alvo preferencial dos estudos e das estratégias terapêuticas a serem implementadas. Identificados factores genéticos, comportamentais e ambientais implicados na etiologia da obesidade infantil, com especial relevância para as práticas parentais, este estudo pretende, à semelhança daquilo que tem vindo a ser realizado noutros países, caracterizar o contexto familiar da criança em Portugal e avaliar de que forma este contexto e o comportamento parental, podem relacionar-se com os padrões alimentares da criança e o seu peso. Evidências anteriormente apontadas revelam que a eficácia dos programas de intervenção na obesidade, quer na prevenção, quer no tratamento, se sustenta grandemente no envolvimento parental, importando conhecer a realidade do ambiente familiar do local onde estes vão ser aplicados, uma vez que os padrões alimentares da população portuguesa diferem, necessariamente, dos de outros países. Avaliar a percepção parental face às suas práticas de alimentação, responsabilidade na alimentação e peso da criança, entre outras questões, pode levar à construção e implementação de programas de intervenção na obesidade mais específicos e adaptados à realidade portuguesa, aumentando a sua eficiência e eficácia, podendo ainda ser adoptados como novas estratégias a serem utilizadas quer nas Escolas, quer nas consultas especializadas do Serviço Nacional de Saúde.

Desta forma, objectivo deste trabalho é construir um teoria explicativa acerca do comportamento parental face à alimentação e estilos de vida de crianças com diagnóstico de excesso de peso e obesidade infantil, tendo como ponto de partida os conceitos teóricos da Grounded Theory e utilizando dados retirados de factos concretos, representativos dessa realidade. Assim, a partir de entrevistas semi-directivas analisadas de acordo com o método da Grounded Theory, pretende-se

construir um modelo explicativo sobre o comportamento parental, partindo da realidade encontrada.

MÉTODO

Participantes

Os participantes deste estudo são 14 mães de crianças com excesso de peso ou obesidade, com idades compreendidas entre os 31 e os 44 anos. As crianças tinham, no momento da entrevista, entre os 6 e os 15 anos de idade.

Todas as entrevistas foram recolhidas na Consulta de Obesidade Infantil do Departamento de Pediatria do Hospital de Santarém, EPE.

Mãe	Idade (anos)	Estado Civil	Nº. Filhos	Idade da Criança (anos)	Data Primeira consulta	Data da entrevista
1	38	casada	1	15	Novembro 2005	Novembro 2005
2	39	casada	2	13	Junho 2004	Novembro 2005
3	31	casada	2	11	Junho 2005	Dezembro 2005
4	44	casada	3	10	Janeiro 2004	Dezembro 2005
5	42	casada	3	15	Fevereiro 2004	Dezembro 2005
6	37	casada	2	6	Mai 2005	Outubro 2005
7	42	casada	2	12	Outubro 2005	Outubro 2005
8	38	casada	1	12	Mai 2005	Janeiro 2005
9	38	casada	1	7	Junho 2005	Outubro 2005
10	39	casada	1	12	Abril 2005	Outubro 2005
11	42	casada	5	12	Novembro 2005	Novembro 2005
12	36	casada	2	8	Novembro 2004	Novembro 2005
13	34	casada	1	8	Setembro 2004	Novembro 2005
14	38	casada	4	11	Mai 2005	Novembro 2005

TABELA 1.: Caracterização das Mães participantes no estudo.

Procedimento

Os dados obtidos foram recolhidos através da realização de entrevistas semi-estruturadas às mães de crianças com excesso de peso ou obesidade, que foram gravadas e posteriormente transcritas. Antes da entrevista, todas as mães foram informadas acerca dos objectivos do estudo e da importância da sua participação no mesmo, bem como do facto de estarem assegurados confidencialidade e anonimato. Estas entrevistas e as perguntas que foram feitas, dependeram grandemente do curso da «conversa» com cada uma das mães, partindo-se de uma primeira pergunta, normalmente sobre como vivem a experiência da maternidade face à criança em causa. A partir desta primeira questão, as mães iam fornecendo informação acerca do desenrolar dos acontecimentos, permitindo elaborar outras questões. A primeira entrevista feita, foi transcrita e analisada antes de ser recolhida uma segunda entrevista, e assim sucessivamente, por forma a saber que temas teriam interesse em serem abordados na entrevista seguinte, permitindo recolher informações que ajudassem a completar ideias que foram surgindo.

Depois da recolha e transcrição das entrevistas, procedeu-se à sua análise, de acordo com o método da Grounded Theory.

Procedimento da Análise dos Resultados

Após a recolha e transcrição da primeira entrevista, procedeu-se à análise do seu conteúdo, ao longo da qual foram sendo identificados determinados incidentes, que não são mais do que aspectos relevantes do comportamento destas mães ou ideias centrais do seu discurso. Estes incidentes foram codificados, ou seja, foi-lhes atribuído um «nome» que foi anotado na margem da entrevista, permitindo a identificação e integração em determinadas categorias – codificação aberta. À medida que os incidentes foram surgindo, foram sendo comparados entre si de forma sistemática, procurando-se encontrar semelhanças ou diferenças entre eles, ou mesmo possíveis relações, o que gerou determinadas propriedades dentro de cada categoria, bem como relações entre categorias – codificação teórica. Ao longo deste processo, foram sendo escritos memorandos, ou seja, anotadas ideias acerca dos

incidentes e categorias que iam sendo encontrados, codificados e das relações e propriedades dos mesmos.

Da comparação sistemática destes incidentes e categorias e das relações entre eles, foram surgindo hipóteses que foram fundamentais para a recolha da entrevista seguinte e assim sucessivamente. Cada nova entrevista recolhida pretendeu dar resposta às questões e hipóteses que foram sendo levantadas durante a análise das primeiras.

Depois de recolhidas todas as entrevistas e de feita a sua análise, encontradas as categorias e escritos os memorandos, passou-se a uma outra fase do processo de análise dos dados, onde as categorias foram sendo comparadas entre si, bem como os incidentes que as constituíam, por fora a perceber a relevância de cada uma das categorias. Aquelas que foram consideradas como menos relevantes para a teoria emergente, foram postas de lado. Ou seja, a comparação sistemática permitiu encontrar uma categoria principal ou central, mais abrangente e que integra e explica mais aspectos da problemática em estudo e que permite seleccionar aquelas que têm maior relevância para a teoria emergente.

Finalmente, a última etapa da análise dos dados passou por escrever a teoria em si mesma, considerando as categorias relevantes e onde os memorandos a elas referentes foram utilizados como forma de melhor as explicar e ilustrar.

Portanto, e resumidamente, segundo Glaser (1978), esta análise consiste na codificação das entrevistas, identificação de categorias e de algumas das suas propriedades e dimensões, que irão sendo constantemente comparadas entre si, percebendo-se as relações entre elas, e ir-se-ão escrevendo memorandos até chegar a uma conceptualização onde cada categoria corresponde a um conceito e a um fenómeno. Através desta comparação constante de incidentes, categorias e suas propriedades, as categorias não relevantes serão postas de lado, ficando as categorias definidas cada vez mais ricas até chegar à sua saturação, havendo também uma focalização nos aspectos pertencentes à categoria tomada como principal – sendo a teoria escrita à volta desta categoria central, ou processo social básico (ver em anexo descrição mais pormenorizada do método - Anexo D).

RESULTADOS

Tendo por base os dados recolhidos das entrevistas às mães e sua análise, foi elaborado um modelo teórico acerca do Comportamento Parental de Mães de Crianças com Excesso de Peso ou Obesas, modelo esse que se encontra representado de forma esquemática, tentando facilitar a sua compreensão (ver figura 1, p. 30).

Podemos distinguir como categoria central ou *Processo Social Básico* a **relação materna com o peso da criança**, uma vez que o papel da mãe enquanto cuidadora e a forma como percebe esse papel, condiciona as práticas alimentares transmitidas à criança, influenciado dessa forma, o seu peso. Esta categoria pode ser considerada em três níveis distintos: a *preocupação materna com o peso*, a *atribuição materna do peso* e a *passagem de controlo alimentar da mãe para a criança*.

O **nível de preocupação materna** com o excesso de peso da criança é variável, sendo que, apesar das pequenas flutuações passíveis de serem encontradas, foi possível caracterizar de forma mais pormenorizada dois grandes grupos. Nas mães que revelam **menor preocupação** com o excesso de peso da criança, observa-se que o pedido de consulta surge apenas quando os médicos dão o alerta, ou seja, a consulta de especialidade é normalmente indicada pelos médicos que em algum momento assistiram a criança, não tendo a mãe tomado qualquer iniciativa nesse sentido. Esta menor preocupação materna, leva a adopção de determinados comportamentos reveladores de uma falta de preocupação com a saúde da criança, como sejam o não cumprir o plano alimentar recomendado, o desvalorizar o excesso de peso e o uso como argumento para esta desvalorização, o facto de a criança ainda estar a crescer e, portanto, esse crescimento normalizará a relação peso/altura, levando a que a criança venha a ter um peso adequado para a sua idade. A falta de imposição de regras alimentares e a promoção de dieta só para a criança são comportamentos reveladores de alguma falta de envolvimento pessoal e familiar. Será certamente mais desmotivante para a criança cumprir a alimentação mais restritiva e condicionada pelos técnicos quando confrontada com as refeições dos restantes membros da família onde pode encontrar os alimentos que prefere. Por outro lado, para algumas mães a necessidade de terem de impor regras mais rigorosas

à criança apresenta-se como uma tarefa dolorosa e quase impossível de cumprir, havendo grande dificuldade em dizer «não» às vontades da criança, uma vez que esse «não» significa muitas vezes recusar efectivamente comida. Esta dificuldade ganha ainda mais expressão quando as mães afirmam ter pena da criança por ser obrigada desde tão tenra idade a cumprir um regime alimentar mais ou menos rigoroso, vendo-se assim privada de alimentos de que gosta, bem como pelo argumento de que a criança é isso mesmo, apenas uma criança, muito pequena, portanto, para ter de cumprir tal regime. E mesmo quando a consulta médica revela um aumento de peso significativo, acentuando os perigos para a saúde da criança, algumas mães mantêm esta postura de negação da realidade e das consequências a médio e longo prazo que a mesma acarreta. Assim, os erros alimentares cometidos pelas mães são comuns e ficam a dever-se a algumas dúvidas que ainda têm acerca da preparação das refeições e tipos de alimentos apropriados, sobretudo por não compreenderem aquilo que lhes é explicado pelos técnicos e a importância que essas sugestões têm efectivamente.

Noutro grupo, encontram-se as mães com uma **maior preocupação** com o excesso peso da criança e que tomam elas próprias a iniciativa de procurar ajuda adequada, solicitando aos médicos ajuda para a criança no sentido de controlarem o aumento de peso. Estas mães investem mais na tentativa de fazer a criança cumprir e elas mesmas cumprirem o plano alimentar, impõem regras, efectuam alterações mais ou menos profundas nos hábitos alimentares, sabem dizer «não» e demonstram uma real preocupação com a saúde da criança. Em certos casos, estas mães adoptavam já alguns cuidados face à alimentação da criança antes de iniciarem a actual Consulta de Obesidade Infantil, quer por existirem já problemas de saúde na família que o exigissem, quer por terem recorrido anteriormente a outras ajudas a esse nível. Estas mães adaptam normalmente comportamentos que pretendem ser de maior incentivo para a criança, nomeadamente preparando refeições iguais para todos os membros da família e tentam encontrar alternativas alimentares, para tornar as refeições mais atractivas.

Apesar das diferenças descritas, surgem alguns **comportamentos** semelhantes aos dois grupos, nomeadamente quanto ao facto de atribuírem alguma responsabilidade à criança no que diz respeito aos cuidados alimentares, uma vez que as mães consideram que a criança desempenha um papel importante e muitas vezes

determinante na perda de peso, para o qual concorrem a sua maturidade, autonomia e motivação, comportamento e personalidade. A maioria das mães entrevistadas aborda ainda uma questão muito relevante no estudo da obesidade infantil, mas que os estudos comprovam ser apenas mais um indicador e não um preditor por si só da obesidade: a hereditariedade. O facto de outros membros da família apresentarem peso excessivo é muitas vezes sugerido como forma de a mãe justificar a sua menor preocupação com o peso da criança. Sublinham ainda as dificuldades em conjugar os gostos de todos os membros da família não querendo privá-los da alimentação a que estão habituados, mas não querendo também prejudicar a criança. Neste jogo, muitas vezes é a criança que necessita fazer dieta quem perde, uma vez que de forma a satisfazer os gostos da maioria, as mães acabam por preparar refeições menos adequadas à dieta da criança. Ter mais pessoas em casa, com gostos e preferências perfeitamente definidos e distintos, pode limitar a actuação materna no sentido de uniformizar e instalar hábitos alimentares mais saudáveis, quer para a criança, quer para toda a família.

No segundo nível que caracteriza a posição materna face ao excesso de peso, distinguem-se também dois grupos, fazendo um referência à **atribuição** que as mães fazem dos motivos que levam ao aumento de peso da criança e o outro à **atribuição** feita relativamente à perda de peso. Assim, o **aumento de peso** é exclusivamente atribuído ao comportamento da criança. Para estas mães, a criança «engorda» por comer em grandes quantidades e repetir os pratos, por gostar de comer e ingerir sobretudo alimentos hipercalóricos – quer ricos em açúcar, quer ricos em gordura. Por outro lado, apontam a falta de motivação para cumprir a dieta e o facto de ocuparem os tempos livres com actividades sedentárias. Em praticamente todos os casos em que se verificou aumento de peso desde a consulta anterior, este foi atribuído sobretudo a momentos de férias que decorreram nesse período de tempo e em que a criança passou mais tempo em casa, sozinha, com acesso ilimitado à comida e sem qualquer controlo, bem como em inactividade total. De facto, nos períodos de férias as crianças parecem ocupar o seu tempo livre frente à televisão ou computador ou aos jogos de vídeo, sendo raros aqueles que vão para a rua brincar com outras crianças ou praticar algum desporto. A maioria das crianças não pratica qualquer actividade física para além daquela que lhes é proporcionada pelo desporto escolar, e este só é obrigatório a partir do segundo ou terceiro ciclos, pelo que as

crianças do primeiro ciclo não são abrangidas. Apenas uma mãe afirmou praticar exercício físico no qual tenta envolver a criança, pelo que a prática de exercício físico não se apresenta como um padrão comportamental materno.

Dentro deste grupo, é fundamental caracterizar ainda outro tipo de justificações às quais as mães recorrem frequentemente, mas que mais do que atribuições, têm carácter comparativo ou identificativo das diferenças e semelhanças da criança face a outros ou mesmo face à mãe. Assim, as mães referem que a criança não aprecia determinado alimento ou tem preferência por outro, porque elas próprias também não gostam ou o preferem igualmente, numa comparação sistemática dos hábitos alimentares de ambas, que sublinha a importância do papel materno na aquisição de hábitos alimentares da criança. Muitas mães afirmam gostar de determinados alimentos, justificando o mesmo tipo de preferência apresentado pela criança, justificação também utilizada para os alimentos dos quais a criança não gosta, numa clara identificação do que «é igual a mim» e do que «é diferente de mim» e que, em última instância, determina as diferenças de peso entre elas. Este mesmo comportamento identificativo é registado quando as mães tendem claramente a comparar a criança com os irmãos no campo alimentar, apontando diferenças e semelhanças entre preferências, hábitos, peso, etc.

O aumento de peso, seja referente ao momento inicial, seja relativo à comparação com a última consulta, acarreta algumas **consequências** e que são sublinhadas pelas mães como sendo significativas na vida da criança e aos mais variados níveis. Muitas das crianças com excesso de peso são descritas pelas mães como revoltadas, tendem a isolar-se ou a apresentar dificuldades no relacionamento com os pares e conseqüente dificuldade na adaptação escolar, muitas vezes acentuada pela mudança de escola. Apresentando baixa auto-estima, agravada pelos complexos, são crianças com tendência a não desabafar, fechando-se sobre si mesmas, dificultando ainda mais a sua integração e deteriorando o relacionamento com a mãe. Finalmente, outra das consequências referida pelas mães prende-se com as dificuldades que a criança muitas vezes apresenta em praticar exercício físico, condicionando, portanto, o relacionamento com os colegas. Concorrentes para o aparecimento ou agravamento destas questões, as mães apontam os comentários dos outros face ao aspecto físico e excesso de peso da criança, bem como à dificuldade em encontrar roupa para o seu tamanho dentro do que é ditado pelos padrões de moda e adoptado pelos colegas, o que sublinha a importância da pressão social em

todo este processo. Para algumas destas mães estas consequências são de facto limitativas para um normal desenvolvimento da criança, revelando uma clara preocupação com os aspectos emocionais, pelo que procuram muitas vezes acompanhamento psicológico para a criança, podendo esta representar uma fonte de apoio importante quer para a criança, quer também para a mãe.

Embora muitos estudos apontem para a baixa auto-estima da criança obesa e dos complexos e todas as outras questões interligadas, foi possível encontrar através do depoimento destas mães, uma outra realidade no que se refere à imagem. Assim, algumas crianças parecem conviver bem com o excesso de peso, mantendo uma auto-imagem e auto-estima positivas, sem complexos, afirmando mesmo gostarem de ser «gordinhas», sublinhando ainda que o excesso de peso é uma realidade tão presente e comum no meio em que se relacionam que deixou de ser a excepção e, portanto, alvo de críticas e brincadeiras por parte dos outros.

O segundo grupo descreve a atribuição feita pelas mães quando a criança consegue **perder peso**, acontecimento esse justificado por características da criança, nomeadamente à sua motivação para cumprir o plano alimentar proposto pelos médicos, mas atribuído sobretudo a aspectos externos à criança como sejam a importância da relação que os médicos estabelecem com ela e a forma como a motivam para a dieta e alertam para a necessidade de perder peso e ao apoio familiar proporcionado pelo envolvimento de todos na alteração dos hábitos alimentares, por forma a que a criança se sinta apoiada.

Também neste grupo pode ser encontrada a componente identificativa ou comparativa, desta feita ligada a comparações entre a mãe e a criança relativamente ao peso corporal e à imagem bem como uma comparação com os pares a este nível, confirmando alguma preocupação da criança com o corpo, da forma como se vê e é vista.

A perda de peso concorre quase sempre para uma melhoria na auto-estima da criança.

O terceiro nível sublinha a **passagem do controlo alimentar da mãe para a criança** à medida que esta cresce e se torna mais autónoma, dividindo-se também ele

em dois grupos. Num deles enfatiza-se o maior controlo ou controlo mais efectivo sobre a alimentação da criança, que acontece quando a mãe cuida de tudo o que se refere à alimentação da família, preparando as refeições. Este controlo ganha ainda mais expressão no restrito número de mães que não trabalham fora de casa e se dedicam exclusivamente à vida doméstica e familiar, podendo preparar outro tipo de refeições mais cuidadas e saudáveis, e estar atentas a todas as questões ligadas ao desenvolvimento da criança.

No segundo grupo, caracteriza-se o menor controlo materno, que se verifica à medida que a criança vai ficando mais autónoma, passando a mãe a desempenhar um papel mais secundário, em que algumas das refeições são mesmo preparadas pela criança. Entre os factores que as mães não controlam encontram-se ainda as refeições escolares e os alimentos das máquinas automáticas, cujo acesso é possibilitado pelo facto da criança ter dinheiro para gerir. Se em algumas escolas a comida é descrita como aceitável, para a maioria das mães as escolas não proporcionam alternativas à comida hipercalórica do bar ou dos cafés circundantes, ou mesmo das máquinas que as escolas autorizam. Mesmo que as mães tentem impor regras à criança, ao longo do dia na escola é ela quem decide, fugindo da mãe qualquer tipo de controlo. A criança frequenta escolas onde pode aceder aos alimentos que desejar sem qualquer restrição ou controlo, a pressão social para comer o que os pares comem é uma realidade e levar comida de casa por forma a cumprir o regime alimentar sugerido não é socialmente aceitável, pelo que a função materna pode ser posta em causa. Também a personalidade da criança e as alterações no seu comportamento são factores concorrentes para as dificuldades sentidas na imposição de maior controlo, quer ao nível das rotinas e da relação entre ambas, quer ao nível alimentar, sobretudo na imposição das restrições necessárias. Questões ligadas ao estatuto laboral das mães são também relevantes. Mães que trabalham fora de casa, acumulando todas as tarefas domésticas e a gestão das refeições familiares revelam maior dificuldade em propiciar cuidados alimentares especiais para um dos membros da família, surgindo como potencial fonte de cansaço e uma das grandes dificuldades para cumprir as recomendações médicas.

Finalmente, outra categoria fundamental em todo este processo é a que faz referência aos **apoios** percebidos pela mãe no que respeita à educação alimentar da criança. Ter o apoio do marido, bem como de todos os membros da família, é

fundamental para motivar a mãe e, portanto, a criança. Pode ainda acrescentar-se o apoio social quer de amigos, quer de outras pessoas significativas na vida da criança e da mãe. Por outro lado, muitas mães afirmam sentir-se desapoiadas, sozinhas e a lutar contra todos, apontando o fraco envolvimento do marido e dos restantes membros da família, ou mesmo a adopção de comportamentos que dificultam ainda mais a tarefa materna e desmotivantes para a criança.

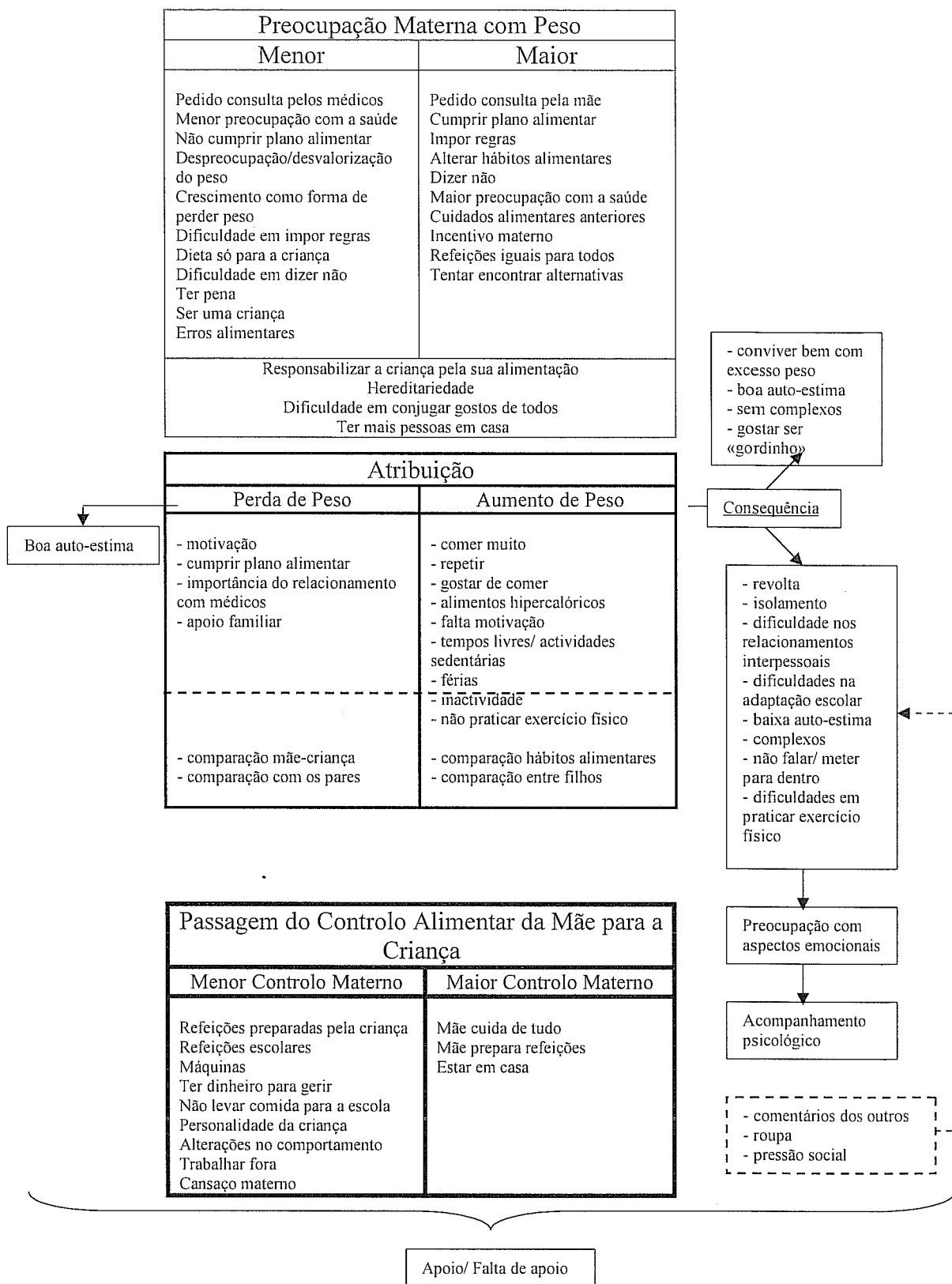


FIGURA 1.- Relação Materna com o Peso da Criança

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Embora conscientes das implicações que o excesso de peso e obesidade têm na saúde da criança, a maioria das mães do nosso estudo parece desvalorizar esta questão, o que pode ser revelador de algum desconhecimento, mas sobretudo de uma atitude negligente e que pode promover a adopção de comportamentos contraproducentes relativamente à alteração dos hábitos alimentares e, em última instância, à perda de peso pela criança. Pelo contrário, estudos comprovam que os pais mais preocupados com o risco do seu filho ser obeso podem adoptar práticas alimentares mais controladoras na tentativa de prevenirem a obesidade. Uma maior preocupação com a saúde pode levar os pais a incentivar a ingestão de alimentos mais saudáveis e a manterem-nos mais acessíveis à criança, moldando assim as suas preferências na direcção deste tipo de alimentos (Spruijt-Metz, Lindquist, Birch, Fisher & Goran, 2002).

Desta análise ressalta a necessidade de implicar verdadeiramente os pais na promoção de hábitos alimentares e de vida mais saudáveis, dos consciencializar para os comportamentos adoptados e sua influência na alimentação da criança e no desmistificar o «dizer não» e na tomada de posições mais rígidas face à criança, quando estes estão implicados no surgimento de problemas de saúde agora e no futuro.

Aliada a esta postura face às complicações de saúde associadas ao excesso de peso da criança, surge uma grande desvalorização da imagem corporal. Embora a maioria destas mães confirme que a criança tem complexos relativamente ao seu corpo e que os outros tecem comentários negativos a esse respeito, contribuindo para uma baixa auto-estima, a questão da imagem ganha maior relevo pela sua ausência nos resultados encontrados. Para as poucas mães que se mostraram preocupadas com o equilíbrio emocional da criança, incentivá-la a ultrapassar os complexos e a desvalorizar comentários e mesmo o assumir uma postura mais protectora parece contrastar com o grande número de mães que remetem para segundo plano esta problemática. Será, então, pertinente perceber o que leva estas mães a aflorarem o tema e ao mesmo tempo minimizá-lo, sem conhecerem o verdadeiro impacto que tem na vida da criança, na sua relação consigo e com o seu corpo e na sua relação com os outros, onde a mãe se inclui. Que significado tem a imagem para estas mães, quer a

sua, quer a da criança? Apesar de algumas crianças serem pequenas, a maioria atingiu a fase da adolescência onde as questões ligadas ao corpo, à imagem estão indiscutivelmente presentes e valorizadas, pelo que a sua não valorização por parte das mães deve ser alvo de reflexão, uma vez que a obesidade infantil afecta a auto-estima e tem consequências negativas no desenvolvimento social e cognitivo (Veugelers & Fitzgerald, 2005, cit por, Bodhani, 2006).

Os resultados surgem ainda a existência de um pequeno grupo de mães que afirma que a criança convive de uma forma perfeitamente saudável com o seu corpo e a sua imagem e cujas relações interpessoais nunca foram mediadas pelo excesso de peso e que deve, também ele, ser alvo de reflexão e análise em estudos posteriores sobre o tema.

Por outro lado, o aumento de peso acontece de forma gradual e não instantânea, pelo que a leitura dos resultados sugere que as mães destas crianças levam muito tempo a agir e esperam muitas vezes que outros actuem por elas. Mas o facto de finalmente beneficiarem de acompanhamento especializado, não promove, na maioria destas mães, uma atitude pró-activa. Aquilo que nos foi dado a observar é que as mães não cumprem efectivamente as recomendações médicas, demitindo-se do seu papel de cuidadoras, agindo como se estas fossem dirigidas exclusivamente à criança, não sendo capazes de se posicionarem como parte implicada no processo de perda de peso e alterações alimentares.

Desta forma, a passagem do controlo alimentar para a criança, sublinha a postura adoptada por estas mães, uma vez que, ao contrário do que seria de esperar, esta não acontece ao longo de um contínuo onde o controlo materno vai diminuindo à medida que o da criança aumenta, devendo a mãe manter uma função de suporte. Pelo contrário, estas mães posicionam-se num de dois grupos: as mães que cuidam da alimentação da criança e reconhecem a importância do seu papel nesta questão; e as mães que se demitem da sua função de cuidadoras. Embora quase todas as mães tivessem crianças capazes de confeccionar refeições, fazer escolhas e decidir acerca da sua alimentação, elas não deixam de ser responsáveis pela gestão da vida doméstica, nomeadamente das compras e dos alimentos disponíveis em casa e, portanto, acessíveis à criança. Os estudos sobre estas questões referem que os hábitos e preferências alimentares da criança são moldadas desde a infância mais precoce, pelos hábitos inculcados pelo ambiente familiar e que, embora a autonomia aumente

com o aumento da idade da criança, o ambiente familiar mantém-se como a maior influência na alimentação (Bodhani, 2006).

Questionadas acerca da justificação para o aumento de peso excessivo da criança, estas mães fazem uma atribuição exclusiva ao comportamento alimentar da criança, nomeadamente ao que come, quando e em que quantidades. Sem o perceberem efectivamente fazem, no entanto, um importante paralelismo entre a sua postura face às questões da imagem e do comportamento alimentar e a da criança. Comparam os seus próprios hábitos e preferências alimentares, bem como os dos outros membros da família com os da criança, mas compreenderão efectivamente o seu papel na aquisição desses mesmos hábitos? Independentemente da idade e fase de desenvolvimento da criança, pais e cuidadores devem estar conscientes do papel que desempenham na aquisição e manutenção de hábitos alimentares da criança e os técnicos de saúde devem valorizá-lo e mesmo reforçá-lo.

Como seria esperável, a prática de actividade física não se apresenta como habitual no grupo em estudo, mas as mães reconhecem a sua importância. Porém não estimulam a criança a praticar exercício físico para além do desporto escolar, sabendo-se que altos níveis de actividade física podem compensar a ingestão excessiva de alimentos hipercalóricos, permitindo assim a manutenção de um peso normal (Davinson & Birch, 2001), enquanto que comportamentos sedentários como estar ao computador e muitas horas a ver televisão podem colocar a criança em risco para a obesidade e que os padrões de actividade física da criança são moldados no contexto familiar.

Considerando tudo o que foi discutido anteriormente, a influência do contexto familiar e sobretudo das práticas parentais relativas à alimentação e actividade física surge como inequívoca. Importa, contudo, sublinhar algumas questões que neste estudo surgem como relevantes, nomeadamente, a necessidade de compreender melhor a posição materna ao longo do percurso que leva a criança a ter excesso de peso ou a tornar-se obesa; o que impede estas mães de agirem precocemente; porque não se conseguem perceber como parte integrante e activa quer no sentido da prevenção, quer posteriormente no sentido da perda de peso e adopção de comportamentos alimentares e estilo de vida saudáveis; que a sua função de cuidadoras não se esgota na infância, prolongando-se pela adolescência; que o facto

de a criança se tornar mais autónoma não exclui que exerçam influência sobre ela a este nível.

Finalmente, conhecendo estas mães as complicações de saúde associadas à obesidade, porque adoptam posturas quase negligentes, não cumprindo as recomendações médicas? E, igualmente importante, porque não valorizam estas mães as questões ligadas à imagem da criança, minimizando os seus complexos e consequências a eles ligadas, nomeadamente as dificuldades no relacionamento com o seu próprio corpo e na relação com os outros. Como se posicionarão mães de crianças com excesso de peso ou obesas que não são acompanhadas em consultas de especialidade?

Se as abordagens baseadas na família são mais efectivas no tratamento da obesidade infantil do que as abordagem convencionais, em que a criança é foco principal da mudança Golan (1998), elas não podem deixar de ter em consideração todas as questões que determinam implicitamente a adopção de determinadas práticas parentais e que, certamente, podem maximizar a sua eficácia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baur, L. & O'Cooner, J. (2004). Special consideration in childhood and adolescent obesity. *Clinics in Dermatology* 22 (4): 338-344.
- Birch, Fisher, Cutting & Grimm-Thomas (1999). Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *American Journal of Clinical Nutrition*, 4 (69): 608-613.
- Birch & Fisher (2000) Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 5 (71): 1054-1061.
- Birch, Francis & Lee (2003). Parental weight status and girls' television viewing, snacking and body mass index. *Obesity Research* 11: 143-151.
- Bodhani (2006). *Parenting, home environment and child obesity: a survey of parents and child attending*. Master of Public Health in Health Administration Thesis, not published, Department of Public Health East Tennessee State University.
- Boyse, K. (2004). Obesity and overweight: what research tells us about how parents Can fight the obesity epidemic. Consultado em 19/9/05 através de <http://www.med.umich.edu>
- Carmo (2003). *Porque não consigo parar de comer*. Lisboa: Publicações Dom Quixote
- Cooper, B. (2005). The effects of parental influence on the eating habits of a child. Consultado em 19/9/05 através de <http://www.kon.org>
- Coutinho, V. (1998). *Convenção Latino-Americana para Consenso em Obesidade*. Rio de Janeiro.

Child Obesity: an alarming European report. Consultado em 19/9/05 através de <http://www.cite-sciences>

Ciência, saúde e obesidade. Consultado em 19/9/05 através de <http://www.cienciapt.net>

American Obesity Association. Consultado em 19/9/05 através de <http://www.obesity.org>

Evaluation and treatment of child obesity. Consultado em 19/9/05 através de <http://www.childobesity.com>.

Davison & Birch (2001). Family environment factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinical North America* 48 (4): 893-907.

Faith, Berkowitz, Stallings, Kerns, Storey & Stunkard (2004). Parental feeding attitudes and styles and child BMI: prospective analysis of a gene- environment interaction. *Pediatrics* 114 (4): 429-436.

Faith & Kerns (2005). Infant and child feeding practices and childhood overweight: the role of restriction. *Maternal and Child Nutrition* 1: 164-168.

Golan, Weizman, Apter, & Fainara (1998). Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition* 67: 1130-1135.

Golan & Crow (2004a). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*

Golan, & Crow (2004b). Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results. *Obesity Research* 12: 357-361.

- Hodges, E. (2003). A primer on early childhood obesity and parental influence. *Pediatric Nursing* 29 (1): 13-16.
- Jain, A, Sherman, S., Chamberlin, L., Carter, Y., Powers, S. & Whitaker, R. (2000). Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight. *Pediatrics* 107 (5): 1138-1146.
- Lindsay, Sussner, Kim & Gortmaker (2006). The role of parents preventing childhood obesity. *The Future of Children* 16 (1): 169-187.
- Macedo, M. E., Trigueiros, D. & Freitas, F. (1997). Prevalence of high blood pressure in children and adolescents. Influence of obesity. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 16(11): 23-30.
- McCarthy, J., Burg, M., Smith, K. & Burns, C. (1998). Pediatric obesity in the clinical setting: epidemiology of childhood obesity. Primary care interventions and needs assessment for future intervention. *Pediatrics* 101 (5): 1-12.
- Moreira, P. (2005). *Obesidade: Muito peso várias medidas*. Porto: Ambar.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year-old. Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2000. *American Journal of Human Biology*, 16: 670-678.
- Parízková, J. & Hills, A (2005). *Childhood obesity: Prevention and treatment*. (2nd ed.). Florida: CRC Press.
- Parents play pivotal role in preventing child obesity*. (2004) Cattails vol.VI, n.º5.
Consultado em 19/9/05 através de <http://www.marshfieldclinic>
- Pires, A (1990). Determinantes do Comportamento Parental. *Análise Psicológica* 4 (8): 45-452.

Pires, A (2001). *Crianças (e Pais) em Risco*. Lisboa: ISPA.

Ritchie, L., Welk, G., Styne, D., Gerstein, D. & Crawford, P. (2005). Family environment and pediatric overweight: what is a parent to do. *Journal of the American Dietetic Association* 5 (1): 70-79.

Seidell, J. C. (1998). Epidemiology: definition and classification of obesity. In P. Kopelman & M. J. Stock (Eds.), *Clinical Obesity*, pp. 1-17. Oxford: Blackwell Science.

Speiser, P., Rudolf, M., Anhalt, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A., Freemark, M., Gruters, A., HersHKovitz, E., Iughetti, L., Krude, H., Latzer, Y., Lustig, R., Pescovitz, O., Pinhas-Hamiel, O., Rogol, A., Shalitin, S., Sultan, C., Stein, D., Vardi, P., Werther, G., Zadik, W., Zuckerman-Levin, N. & Hochberg, Z. (2005). Consensus statement: Childhood obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 90 (3): 1871-1887.

Spruijt-Metz, Lindquist, Birch, Fisher & Goran (2002). Relation between mother's child-feeding practices and children's adiposity. *American Journal of Clinical Nutrition* 75: 581-586.

Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica* 20 (4): 611-624.

World Health Organization (1998). *The world health report 1998 – Life in 21st Century. A vision for all*. Report of the Director General. Geneva, World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO A

Lista de Categorias

Número e nome da Categoria- (entrevista, página a que corresponde)

1. Abdicar de si pelos filhos – 5,10
2. Abdicar do trabalho par estar com família – 5,1; 5,2
3. Aceitar excesso peso – 5,6; 5,9
4. Acompanhamento médico regular – 8,6
5. Acompanhamento nutricional anterior – 2,2; 3,3; 5,3
6. Acompanhamento psicológico – 1,2; 1,6; 2,3; 2,6; 3,1; 3,2; 3,3; 7,1; 8,3
7. Adaptar alimentação a todos – 5,6
8. Afastamento dos amigos – 1,7
9. Agressões no casal – 1,5; 2,2
10. Aguentar tudo – 1,5
11. Alerta médico – 9,2; 11,2
12. Alimentos hipercalóricos – 3,9; 4,5; 4,6; 5,4; 8,4; 8,5; 9,4; 10,2
13. Alteração de hábitos alimentares – 1,8; 2,3; 4,4; 4,6; 8,4; 8,7; 10,2; 10,3
14. Alteração horários refeição da criança – 4,4
15. Ansiedade (da criança) – 12,2
16. Apoio do pai – 1,9; 8,7; 9,3; 10,4; 11,4; 12,3
17. Apoio familiar – 2,4; 4,5; 4,6; 4,7; 8,1; 8,5
18. Assistir a tudo – 8,1
19. Aumento de peso – 1,3; 2,2; 2,3; 2,5; 3,3; 5,3; 5,5; 6,2; 7,1; 8,4; 8,5; 9,1; 10,1; 13,2
20. Ausência do pai – 1,6; 8,2
21. Auto-percepção do peso – 8,5
22. Baixa auto-estima – 1,9; 2,1; 2,3; 2,5; 2,6; 3,4; 7,2
23. Boa adaptação aos novos hábitos alimentares – 14,3
24. Boa adaptação escolar – 1,2; 1,3; 4,2; 8,4; 14,3
25. Boa auto-estima – 5,9
26. Boa experiência na maternidade – 3,1; 4,1; 5,1; 8,1; 8,2
27. Boa relação mãe-criança – 5,10
28. Boas relações familiares/família unida – 4,1; 4,2; 4,7; 5,2; 5,3
29. Boas relações interpessoais – 1,3

30. Brincar na rua – 9,3; 12,4
31. Cansaço materno – 3,2; 3,6; 5,2; 8,3
32. Chamada de atenção – 1,7; 1,8
33. Comentários dos outros – 1,2; 2,3; 2,5; 4,5; 5,4; 5,5; 5,9; 10,3; 11,3; 11,4; 12,3
34. Comer às escondidas – 11,2
35. Comer de tudo (gostar de tudo) – 2,3; 7,1; 7,3; 8,6; 11,2; 11,3; 12,2
36. Comer em grandes quantidades/comer muito – 1,4; 1,8; 4,6; 5,7; 6,1; 7,3; 11,2; 11,3; 11,4; 12,2; 14,2
37. Comer menos – 14,2
38. Comer tudo (não resistir) – 1,4; 9,4; 11,4; 11,5
39. Comida disponível – 13,2
40. Comida oferecida pelos outros – 3,9; 6,2
41. Comparação com a mãe – 5,5; 5,9; 9,2; 12,2; 14,4
42. Comparação com os pares – 2,6; 4,2; 5,5
43. Comparação entre filhos – 1,4; 4,2; 5,2; 5,7; 6,2; 12,2; 14,3
44. Comparação hábitos alimentares – 1,4; 1,8; 3,9; 4,4; 9,4; 11,4; 11,5
45. Complexos – 1,1; 1,2; 1,3; 2,3; 2,5; 2,6; 3,4; 4,2; 5,5; 7,4; 8,6; 10,3
46. Comprar o que a criança gosta – 7,8
47. Confiança no futuro/acreditar – 4,3; 4,6
48. Consciente da discriminação – 6,2; 6,3; 7,4
49. Contar tudo – 1,3
50. Continuar a aumentar de peso – 11,2
51. Controlo materno – 11,3
52. Convívio à volta da comida – 1,7; 8,5
53. Cortar (na comida) – 8,4
54. Crescimento (como forma de perder peso) – 4,3; 4,5; 8,7; 11,2; 11,6
55. Criança autónoma – 5,7
56. Criança desejada – 3,1
57. Criança em crescimento – 5,2
58. Criança especial – 8,3
59. Criança idealizada – 3,6
60. Criança introvertida/ tímida – 2,4
61. Criança que não comia – 8,1

62. Criança real – 3,1; 3,6
63. Criança vai buscar comida – 4,6
64. Críticas maternas – 11,3; 11,5
65. Cuidados alimentares anteriores – 8,4; 9,3; 9,4; 10,1; 13,2
66. Cumprir plano alimentar – 2,2; 2,3; 4,4; 8,5; 12,4; 14,3; 14,4
67. Dedicção exclusiva aos filhos – 5,1; 5,2; 5,10; 8,3
68. Deixar pratica desporto – 7,1; 8,4
69. Depressão materna – 8,3
70. Desporto escolar – 8,4
71. Despreocupação com a saúde – 10,3
72. Despreocupação/Desvalorizar (face ao peso pela mãe) – 4,3; 6,2; 9,2; 10,1; 10,3; 11,1; 13,1
73. Desresponsabilização materna – 10,4
74. Desvalorizar imagem – 7,4
75. Desvalorizar médica do excesso de peso – 11,2; 14,1; 14,2
76. Desvalorizar pressão social – 5,5
77. Dieta para todos – 14,4
78. Dieta só para a criança – 3,8; 5,3; 5,4; 8,7; 12,4
79. Dieta também na escola – 12,4
80. Dietas muito rigorosas/difíceis – 5,7
81. Diferenças entre sexos – 4,3
82. Dificuldade do pai em impor regras – 8,3
83. Dificuldade em adaptar novos hábitos alimentares – 12,3
84. Dificuldade em adaptar novos hábitos alimentares à escola – 5,4
85. Dificuldade em conjugar gostos de todos – 5,4; 5,6; 5,7; 5,8
86. Dificuldade em cumprir o plano alimentar – 2,5; 3,4; 9,1; 9,4; 12,3; 13,3
87. Dificuldade em cumprir o plano alimentar (pela criança) – 5,4; 8,7; 9,4; 14,3
88. Dificuldade em dizer não – 4,6; 5,7; 9,4; 10,3; 13,3
89. Dificuldade em fazer dieta (para a criança) – 8,5
90. Dificuldade em fazer refeições em família – 4,4
91. Dificuldade em impor regras – 1,6; 5,8
92. Dificuldade em impor regras alimentares – 1,5; 3,9; 6,2; 11,5; 14,3
93. Dificuldade em manter regras alimentares – 4,6
94. Dificuldade em perder peso – 10,3

95. Dificuldade em praticar exercício físico devido ao excesso peso – 4,2; 5,5; 8,6; 10,2
96. Dificuldades de adaptação à escola – 1,2; 1,3; 2,3; 2,4; 7,2; 7,4; 11,3
97. Dificuldades na maternidade – 1,1; 2,1
98. Dificuldades na relação mãe-criança – 1,6; 1,9; 2,4; 3,2; 3,6
99. Dificuldades no relacionamento com o pai – 3,2; 8,3
100. Dificuldades no relacionamento interpessoal – 3,4; 7,1; 11,3
101. Dizer “não” – 8,2; 11,2; 11,4; 11,5; 12,2; 14,3
102. Doença do pai – 7,2
103. Dúvidas maternas face à alimentação – 9,1; 9,2
104. Empenho materno – 5,8
105. Erros alimentares (feitos pela mãe) – 9,1; 9,2; 9,4; 13,3
106. Erros alimentares da criança – 9,3; 10,2
107. Estar a sós com a criança – 3,4
108. Estar em casa/não trabalhar – 3,2; 4,3; 4,4; 5,8; 8,7
109. Estar sozinha – 3,8
110. Estrutura corporal – 5,9
111. Experimentar tudo (todos os alimentos) – 8,2
112. Falta apoio pai/ críticas – 2,6; 2,7; 3,2; 3,3; 3,5; 3,6; 3,8; 5,6; 5,8; 8,7
113. Falta apoio social/familiar – 3,3; 3,6; 3,8; 5,8; 8,5
114. Falta de amigos – 1,7; 2,5
115. Falta de compreensão/envolvimento familiar – 8,5
116. Falta de controlo materno – 14,3
117. Falta motivação – 1,6; 3,5; 5,4; 5,5; 5,9; 10,2; 12,2
118. Fazer o melhor – 5,9
119. Fazer um miminho – 8,5; 8,7
120. Fé/confiança – 3,3
121. Feliz com perda de peso – 8,6
122. Férias – 6,2; 7,1; 7,3; 9,3; 10,2
123. Força vontade – 4,3
124. Frustração da criança – 10,2; 10,3
125. Frustração materna – 8,3
126. Fuga – 3,7
127. Gostar da criança como é – 5,6; 5,9

128. Gostar de comer – 1,4; 1,7; 1,8; 2,3; 4,2; 5,7; 9,4; 10,2
129. Gostar de estar com o pai – 8,3
130. Gostar de ser como é – 5,9
131. Grande preocupação com refeições – 5,8; 5,9
132. Gravidez agitada – 8,1
133. Hábitos alimentares anteriores – 4,3
134. Habituarse – 5,9
135. Hereditariedade – 3,3; 4,2; 4,3; 5,5; 9,2; 10,1; 13,1
136. Importância acompanhamento/relacionamento médico – 2,2; 2,3; 3,3; 3,4; 4,3; 4,5; 6,2; 8,6; 10,3
137. Importância apoio familiar – 5,8
138. Importância da imagem – 8,5; 14,3
139. Importância do peso – 8,6
140. Importância dos media – 4,3
141. Inactividade – 1,6; 7,3; 9,3
142. Incentivo do pai – 1,5
143. Incentivo dos outros – 1,2; 1,3
144. Incentivo materno – 1,7; 3,5; 3,7; 4,5; 4,6; 5,5; 5,9; 6,3; 11,4; 12,3
145. Incentivo médico – 8,6
146. Início aumento peso – 1,4; 4,2; 7,1; 10,1; 11,1; 12,1
147. Início da dieta – 3,1; 8,5
148. Internamento da criança – 10,1; 11,1; 12,3; 14,1
149. Inversão de papéis – 1,4
- 150.** Isolamento – 1,6; 1,7; 2,4; 2,5; 2,6
151. Levar comida para a escola – 14,4
152. Lidar bem com o peso – 5,5
153. Má relação com pai – 2,6
154. Mãe cuida de tudo – 3,2; 3,8; 5,1; 5,8
155. Mãe luta sozinha – 5,6; 5,8
156. Mãe não come em família – 3,7; 3,8
157. Mãe prepara refeições – 2,6; 2,7; 4,3
158. Mãe sempre presente – 3,2; 3,5
159. Mãe também faz dietas – 2,6; 9,4; 13,1; 13,2
160. Mais crianças obesas – 6,2; 13,3

161. Máquinas – 5,4; 11,5
162. Maturidade/ autonomia/ responsabilidade da criança – 2,4; 4,3; 8,4; 8,5; 11,3; 11,5; 12,2; 14,2; 14,3
163. Mau relacionamento conjugal – 3,5
164. Maus resultados escolares – 8,4
165. Medo de perder o pai – 7,2
166. Medo do futuro – 3,7; 4,3
167. Medo doenças associadas à obesidade – 3,3
168. Medos (da criança) – 8,2
169. Menstruação – 2,3; 2,6
170. Mente sã – 4,5
171. Motivação (da criança) – 3,1; 4,5; 5,4; 5,8; 7,1; 10,2; 12,3
172. Motivação materna – 12,3
173. Mudança de comportamento/ personalidade – 1,2; 1,3; 1,7; 3,4; 3,7; 8,1; 8,2; 8,3; 11,3
174. Mudança de escola – 1,2; 2,3; 7,3; 7,4; 8,4
175. Muitas horas sem comer – 2,5
176. Não aceitar regras do pai – 8,3
177. Não admitir complexos – 1,6
178. Não comer (criança) – 3,9; 8,2; 8,6
179. Não cumprir o plano (mãe) – 3,7; 5,4
180. Não cumprir plano (criança) – 3,5; 3,8; 3,9; 9,4; 11,4; 12,2
181. Não deixar de trabalhar – 2,3
182. Não dormir sozinho – 8,1; 8,2
183. Não estar em casa/ trabalhar fora – 4,3; 4,4; 8,5; 8,7
184. Não falar/ Meter para dentro/ não desabafar – 1,6; 2,1; 3,2; 3,4; 9,5; 10,3
185. Não gostar de estudar – 4,2
186. Não há hereditariedade – 6,2
187. Não haver regras/ deixar andar/ não se conseguir impor – 1,5; 1,6; 5,8; 8,2
188. Não levar comida para escola – 4,4; 5,4; 8,4; 8,7
189. Não obrigar a comer – 1,4
190. Não passar fome – 8,7

191. Não poder controlar alimentação na escola – 11,5
192. Não praticar exercício – 2,7; 9,3; 14,2
193. Não querer ir à escola – 1,2; 1,3
194. Não saber o que fazer (mãe) – 12,1
195. Não ser obcecada com o peso – 5,9
196. Não ter controlo (criança) – 12,2
197. Não tomar pequeno-almoço – 8,7
198. Não valorizar aspecto físico – 5,6
199. Não ver muita TV – 4,4
200. Necessidade de perder peso – 2,2
201. Novos hábitos alimentares – 14,2; 14,4
202. Nunca vai ser magra – 5,9
203. Obsessão pela comida – 8,6
204. Oscilação da motivação – 5,4
205. Pai prepara refeições – 4,3; 8,4
206. Pai tenta impor regras alimentares – 2,7
207. Pedido de consulta – 3,3; 4,2; 5,3; 6,1; 7,2; 8,5; 9,3; 10,1; 11,1; 13,1
208. Pedido de consulta pela mãe – 2,2; 12,1; 12,2; 14,1
209. Pensar abortar – 4,1; 4,2
210. Perda autoridade – 1,3
211. Perda de peso – 2,5; 3,1; 3,3; 8,5; 8,6; 8,7; 12,3
212. Perda motivação – 3,3
213. Personalidade da criança – 1,2; 1,6; 1,7; 3,1; 3,2; 3,6; 3,7; 5,2; 7,2
214. Possibilidades económicas – 5,2
215. Praticar exercício físico – 4,5; 7,2; 7,3; 8,4; 10,2; 11,5; 12,4; 13,1
216. Prejudicar a criança – 5,4
217. Preocupação com a saúde – 2,2; 3,3; 4,3; 4,6; 5,3; 5,6; 5,8; 6,1; 6,2;
7,2; 7,4; 9,1; 9,3; 11,4; 11,5; 12,2
218. Preocupação com aspectos emocionais – 1,6; 1,9; 2,6
219. Preocupação com aumento de peso – 12,2
220. Preocupação com o corpo – 8,6
221. Preocupação com o futuro – 5,6; 7,2; 7,4
222. Preocupação com o peso (criança) – 4,6
223. Preocupação de todos – 4,7

- 224. Preocupação do pai com peso da criança – 1,5; 7,3; 11,4
- 225. Preocupação materna com o peso – 5,3; 12,2; 14,1
- 226. Preocupações domésticas – 3,7
- 227. Pressão social – 4,5; 5,4; 5,5; 8,7
- 228. Problemas de saúde – 2,2; 2,3; 5,1; 6,1
- 229. Querer emagrecer – 8,6
- 230. Ralhar – 8,6
- 231. Rápido aumento de peso – 5,3; 11,1
- 232. Reconciliação do casal – 2,2; 3,5; 8,3
- 233. Refeições diferenciadas para a família – 3,8;
- 234. Refeições em casa – 11,3
- 235. Refeições em família – 2,7; 4,4; 11,6
- 236. Refeições escolares – 2,5; 3,9; 8,5; 8,6; 11,5
- 237. Refeições frente à televisão – 4,4
- 238. Refeições iguais para todos – 2,6; 4,4; 8,7; 13,2; 14,3; 14,4
- 239. Refeições preparadas pela avó – 8,5
- 240. Refeições preparadas pela criança – 1,8; 2,4
- 241. Reflexo/consequências do aumento de peso – 7,1; 11,2; 11,4
- 242. Regras na alimentação – 2,7
- 243. Regresso da criança à família – 2,2; 2,4
- 244. Regresso do pai – 1,9
- 245. Relação com o pai – 1,5; 2,2; 2,6
- 246. Relação conjugal – 1,5; 2,1; 2,2; 2,7; 3,8; 5,2; 8,2
- 247. Relação mãe-criança tipo pares – 1,3; 1,6
- 248. Relacionamento entre irmãos – 2,4; 5,3
- 249. Relacionamento familiar – 1,1
- 250. Relacionamento mãe-criança – 1,3; 1,5; 2,3; 5,8; 8,2
- 251. Repetir – 4,6; 5,7; 12,2
- 252. Responsabilidade da criança face à sua alimentação – 5,7; 6,2; 10,2;
10,4; 11,5; 12,3
- 253. Responsabilidades domésticas – 5,8
- 254. Responsabilização materna face à alimentação – 5,7
- 255. Revolta da criança – 3,2; 3,4; 3,5
- 256. Roupa – 1,2; 1,7; 3,4; 4,5; 6,3

- 257. Sem complexos – 4,5; 7,3; 12,2; 12,3; 13,3
- 258. Sem pudor do corpo – 7,4
- 259. Sempre disponível – 5,10
- 260. Sempre foi gordinho – 4,2; 5,3; 6,1; 7,1; 9,2; 10,1; 13,2; 14,2
- 261. Sempre gostou de comer – 1,4
- 262. Sempre praticou exercício físico – 4,5
- 263. Sentimento de culpa (materno) – 1,3; 1,8; 3,3; 3,7; 5,3; 5,4; 5,7; 5,8
- 264. Separação do casal – 8,1; 8,3
- 265. Separação do pai – 1,2; 1,5
- 266. Separação mãe-criança – 2,1; 2,3; 3,1; 3,2
- 267. Ser feliz – 5,9
- 268. Ser guloso – 4,5; 9,4; 12,2
- 269. Ser uma criança – 4,5; 4,6; 8,5; 13,3
- 270. Situação limite – 5,3
- 271. Tempos livres (TV/ sofá/ jogos de vídeo) – 1,6; 2,4; 4,4; 7,3; 9,3; 11,6
- 272. Tentar compensar a criança – 3,8
- 273. Tentar conjugar gostos alimentares de todos – 4,3
- 274. Tentar cumprir plano alimentar – 4,4
- 275. Tentar desvalorizar comentários (por parte da mãe) – 2,5; 10,3
- 276. Tentar encontrar alternativas – 1,8; 2,7; 3,9
- 277. Tentar envolver o pai nos tratamentos – 2,6; 2,7
- 278. Tentar impor regras – 1,9; 2,4
- 279. Tentar impor regras alimentares – 1,4; 1,5; 1,7; 1,8; 5,7; 14,2
- 280. Tentar quebrar isolamento – 2,4
- 281. Tentativa de responsabilizar a criança pela dieta – 3,9
- 282. Tentativa desculpabilização – 5,8
- 283. Tentativa separação do casal – 2,2; 3,5; 3,8
- 284. Tentativa suicídio – 1,5
- 285. Ter consciência do peso – 5,5
- 286. Ter de comer menos – 14,3
- 287. Ter de se impor face aos outros – 8,5
- 288. Ter dinheiro – 3,8; 11,5
- 289. Ter mais pessoas em casa – 5,4; 7,3; 11,6; 13,1
- 290. Ter medo da criança – 1,5; 1,6

- 291. Ter necessidades – 1,4
- 292. Ter pena – 1,6; 8,6; 13,1; 13,3
- 293. Ter regras a comer – 2,2
- 294. Ter sempre fome – 8,6; 12,1; 12,3
- 295. Tristeza com aumento de peso – 8,5; 8,6;
- 296. Vício de comer – 8,7
- 297. Vivências familiares pouco saudáveis – 5,8

ANEXO B

Lista de Memorandos

1. Abdicar de si pelos filhos – 5,10
2. Abdicar do trabalho par estar com família – 5,1; 5,2
3. Aceitar excesso peso – 5,6; 5,9
4. Acompanhamento médico regular – 8,6
5. Acompanhamento nutricional anterior – 2,2; 3,3; 5,3 – refere-se ao facto de algumas crianças terem já tido outro tipo de acompanhamento ao nível alimentar, quer pelo médico de família, quer noutros serviços similares, antes de serem utentes da consulta de obesidade infantil do Hospital de Santarém. Isto permite às mães terem termos de comparação da dieta a ser seguida e da forma como a criança adere ou não.
6. Acompanhamento psicológico – 1,2; 1,6; 2,3; 2,6; 3,1; 3,2; 3,3; 7,1; 8,3 - esta categoria faz referência ao facto de algumas mães recorrerem ao acompanhamento psicológico para a criança, por diferentes questões, mas sobretudo pelas alterações no comportamento. Problemas familiares, isolamento social e má adaptação escolar, baixa auto-estima, são outros dos motivos que levam à procura de apoio psicológico, acabando por funcionar também como mais uma fonte de apoio para a mãe e coadjuvante do tratamento do excesso de peso ou obesidade. Este acompanhamento pode também ser sugerido pela equipa da Consulta.
7. Adaptar alimentação a todos – 5,6
8. Afastamento dos amigos – 1,7
9. Agressões no casal – 1,5; 2,2
10. Aguentar tudo – 1,5
11. Alerta médico – 9,2; 11,2
12. Alimentos hipercalóricos – 3,9; 4,5; 4,6; 5,4; 8,4; 8,5; 9,4; 10,2 - esta categoria refere-se ao tipo de alimentos que as crianças mais preferem e também aos que são mais difíceis de deixar e de controlar a sua ingestão. As mães confessam que, para além de serem crianças que gostam de comer, comem sobretudo doces, pão, alimentos das máquinas automáticas, batatas fritas, ou seja, alimentos considerados hipercalóricos. Mesmo que os pais consigam ter algum controlo em casa relativamente a este tipo de alimentos, na escola, esse controlo não existe uma vez que as crianças têm acesso mais

facilitado a eles e porque os preferem às refeições escolares. O facto de as crianças mais velhas terem algum dinheiro para gerir de acordo com os seus desejos, é outro factor facilitador no acesso a estes alimentos. Mas também nas crianças mais pequenas, são estes os alimentos mais comuns a serem colocados nas mochilas e lancheiras, por serem práticos de preparar e transportar. Ter outros filhos em casa pode também ser factor determinante na escolha de alimentos deste tipo, uma vez que a sua restrição ou eliminação completa tem sempre de ter em conta os outros membros da família, que assim também serão privados.

13. Alteração de hábitos alimentares – 1.8; 2.3; 4.4; 4.6; 8.4; 8.7; 10.2; 10.3 - faz referência às mudanças ocorridas no padrão alimentar, tipo de alimentação, horários para refeições, etc., que as mães se viram obrigadas a fazer a partir do momento que foram à Consulta de Obesidade Infantil. Para as mães que já estão em seguimento na Consulta, refere-se às alterações realizadas e às dificuldades sentidas, bem como àquilo que foi simples modificar. Quando entrevistadas na primeira consulta, possibilitou uma primeira avaliação das possíveis alterações a serem realizadas e a que nível poderiam existir mais ou menos dificuldades.
14. Alteração horários refeição da criança – 4,4
15. Ansiedade (da criança) – 12,2
16. Apoio do pai – 1.9; 8.7; 9.3; 10.4; 11.4; 12.3 - dá conta da referência que algumas mães fazem ao facto de o pai apoiar a ida à consulta, estar preocupado com a criança ter excesso de peso, incentivando a criança a alterar os seus hábitos alimentares. Contudo, poucas entrevistas foram as entrevistas em que esse apoio foi descrito como sistemático e presente, tendo deixado a sensação de ser um apoio implícito e não explícito e concreto, traduzindo-se por actos também eles concretos.
17. Apoio familiar – 2.4; 4.5; 4.6; 4.7; 8.1; 8.5 - esta categoria faz referência ao apoio sentido pelas mães por parte da restante família, quer a que partilha a casa, quer aquela que está fora do agregado. Este apoio reflecte-se muitas vezes na continuidade da manutenção do plano alimentar, na motivação da criança para o seu cumprimento e no seu incentivo. Mães que sentem grande apoio no seio familiar e social, sentem-se mais capazes, motivadas e podem partilhar as suas dúvidas, receios, etc. A adesão ou não adesão de toda a

família ao plano alimentar, a forma como as refeições decorrem, o tipo de incentivo que dão á criança ou as criticas feitas de forma depreciativa, são alguns dos constituintes do suporte que grupo familiar e social podem fornecer ou não. O facto de todos compreenderem e aceitarem as novas regras na alimentação da criança, mantendo-as e fazendo-as cumprir da mesma forma que a mãe o faz, são fundamentais quer para a mãe, quer sobretudo para a criança.

18. Assistir a tudo – 8,1
19. Aumento de peso – 1,3; 2,2; 2,3; 2,5; 3,3; 5,3; 5,5; 6,2; 7,1; 8,4; 8,5; 9,1; 10,1; 13,2 - faz referência ao momento de maior aumento de peso da criança, ou ao momento em que este se tornou preocupante para o médico assistente ou para a mãe, ou ainda a novos aumentos de peso ao longo do crescimento e acompanhamento da criança.
20. Ausência do pai – 1,6; 8,2
21. Auto-percepção do peso – 8,5
22. Baixa auto-estima – 1,9; 2,1; 2,3; 2,5; 2,6; 3,4; 7,2 - a maioria das crianças com excesso e peso ou obesas são descritas pelas mães como tendo baixa auto-estima. Muitas vezes são os comentários dos colegas, outras a roupa que deixa de servir ou não existe para o seu tamanho a roupa que todos usam, ou ainda pelo isolamento social e a falta de amigos. Pelo contrário, uma boa relação com o corpo e com o peso, bem como boas relações interpessoais, levam a uma auto-estima mais elevada, a uma maior desvalorização do excesso de peso. Não parece haver ligação entre auto-estima e motivação para cumprir o plano alimentar sugerido.
23. Boa adaptação aos novos hábitos alimentares – 14,3
24. Boa adaptação escolar – 1,2; 1,3; 4,2; 8,4; 14,3 – refere-se ao facto da criança não ter qualquer problema de inserção no meio escolar, sobretudo na entrada pela primeira vez para a escola ou nas naturais mudanças de escola, conseguindo ter uma vivência escolar e social normal.
25. Boa auto-estima – 5,9
26. Boa experiência na maternidade – 3,1; 4,1; 5,1; 8,1; 8,2 - estar grávida e criar a criança foi descrito por algumas mães como uma experiência muito boa e compensadora. À pergunta “como é ser mãe da ou do...”, estas mães respondiam sempre com uma afirmação positiva e prazerosa.

27. Boa relação mãe-criança – 5,10
28. Boas relações familiares/família unida – 4,1; 4,2; 4,7; 5,2; 5,3 – algumas mães fazem notar do bom relacionamento existente entre todos os membros da família e da forma como isso contribui para o bem-estar de todos e sobretudo da criança. Contudo, estas boas relações não implicam ou são sinónimo de que todos participem e se envolvam na dieta da criança, embora por vezes isso aconteça.
29. Boas relações interpessoais – 1,3
30. Brincar na rua – 9,3; 12,4
31. Cansaço materno – 3,2; 3,6; 5,2; 8,3 - face às muitas exigências da vida familiar, algumas mães confessam-se cansadas.
32. Chamada de atenção – 1,7; 1,8
33. Comentários dos outros – 1,2; 2,3; 2,5; 4,5; 5,4; 5,5; 5,9; 10,3; 11,3; 11,4; 12,3 - esta categoria faz referência à forma como as outras crianças ou mesmo outras pessoas se referem ao excesso de peso da criança. Este tipo de comentários, normalmente depreciativos, é referenciado pela maioria das mães e por vezes pela própria criança. Eles podem contribuir grandemente para o isolamento social da criança, sobretudo quando associados a uma baixa auto-estima. Algumas mães tentam desvalorizar esses comentários, para que a criança não se desmotive ou isole. Não parece também haver grande ligação entre as críticas dos colegas e a motivação para a perda de peso. Normalmente, quando a auto-estima é elevada e existe bom suporte familiar e social, os comentários não existem ou não são referidos. Quando os comentários são feitos pelo pai ou familiares próximos, parecem contribuir para uma baixa auto-estima e menos motivação. Nunca são construtivos, nem estimulantes ou motivantes e as mães acabam por sentir-se sozinhas, a “remar contra a maré”, sem qualquer apoio ou suporte social. Nestas famílias onde a crítica destrutiva existe, parece haver também dificuldades em alargar o plano alimentar a todos, o que dificulta a adesão da criança com excesso de peso. Nestas famílias também a relações familiares parecem ser mais ténues e frágeis.
34. Comer às escondidas – 11,2
35. Comer de tudo (gostar de tudo) – 2,3; 7,1; 7,3; 8,6; 11,2; 11,3; 12,2 - dá conta do facto destas crianças não serem aquilo que vulgarmente se chama

“esquisitas” com a comida. Ou seja, estas mães afirmam que são crianças que comem todo e qualquer tipo de alimentos, sem terem maior preferência por doces ou outros. São crianças que não mostram repulsa a determinados alimentos. Gostam de comer seja aquilo que for.

36. Comer em grandes quantidades/comer muito – 1,4; 1,8; 4,6; 5,7; 6,1; 7,3; 11,2; 11,3; 11,4; 12,2; 14,2 - muitas mães afirmam que a criança gosta muito de comer, e fá-lo em grandes quantidades. Ou seja, para algumas mães, mais importante do que o tipo de alimentos que as crianças comem, é a quantidade. São crianças que repetem o prato à refeição, que gostam de tudo e que comem a qualquer hora do dia, chegando mesmo a preparar as suas próprias refeições. Algumas mães chegam mesmo a afirmar que a criança abusa da comida, come em excesso.
37. Comer menos – 14,2
38. Comer tudo (não resistir) – 1,4; 9,4; 11,4; 11,5 - algumas mães afirmam que a criança não resiste a comer, quer seja comendo tudo quanto tem no prato da refeição, quer seja em preparar refeições a qualquer hora do dia ou da noite, quer seja pela sua necessidade de comer determinado tipo de alimentos – normalmente hipercalóricos – para saciar a sua fome.
39. Comida disponível – 13,2
40. Comida oferecida pelos outros – 3,9; 6,2
41. Comparação com a mãe – 5,5; 5,9; 9,2; 12,2; 14,4 – algumas mães afirmam que a criança tende a fazer comparações com a mãe, sobretudo no que diz respeito ao corpo/peso.
42. Comparação com os pares – 2,6; 4,2; 5,5 – algumas mães referem que a criança tende a comparar-se com os outros, onde se incluem sobretudo os colegas de escola, estabelecendo assim padrões de «normalidade». Desta forma, as crianças tendem a posicionar-se face aos outros numa comparação sobretudo ao nível do corpo e da imagem e do peso.
43. Comparação entre filhos – 1,4; 4,2; 5,2; 5,7; 6,2; 12,2; 14,3 - quando existem outros filhos, as mães têm tendência a compará-los face ao peso e à forma como se alimentam e tipo de alimentos que cada um escolhe. Por outro lado, quando existe outra criança também com excesso de peso, compara-se a motivação, perdas e ganhos de peso, para além do anteriormente referido. Quando existem mais filhos, a comparação entre eles é inevitável, até na sua

personalidade. Finalmente, a existência de mais filhos, é ainda relevante quanto ao ter ou não refeições iguais para todos, bem como ter em casa alimentos proibidos ou não, uma vez que esses acabam por ser privados em consequência da criança na Consulta, o que muitas vezes é difícil para as mães.

44. Comparação hábitos alimentares – 1.4; 1.8; 3.9; 4.4; 9.4; 11.4; 11.5 - algumas mães fazem referência a alimentos que gostam e que a criança também gosta, e aos que não consegue comer e a criança também não, numa clara comparação entre ambas. Por outro lado, o facto de as mães gostarem ou não de determinado tipo de alimento, implica que estes sejam mais ou menos utilizados nas refeições da família e da criança em causa, uma vez que é a mãe quem normalmente prepara as refeições. Estas preferências podem dificultar ou facilitar a adopção de determinados hábitos alimentares.
45. Complexos – 1.1; 1.2; 1.3; 2.3; 2.5; 2.6; 3.4; 4.2; 5.5; 7.4; 8.6; 10.3 - algumas mães fazem referência aos complexos relativamente ao peso e ao corpo da criança, muitas vezes ligada também aos comentários negativos dos colegas, logo também a um maior isolamento social. Esses complexos podem ser reforçados pela pressão social, quer face ao corpo ideal, quer sobretudo à roupa da moda que normalmente não existe para os seus tamanhos. Claramente ligado a uma baixa auto-estima. Quando o corpo e o excesso de peso não são sobrevalorizados negativamente, quer pela mãe, família, amigos e pela própria criança, os complexos ou não existem ou não são valorizados. A idade da criança também pode ser importante, uma vez que a entrada na adolescência já por si pode trazer dificuldades na relação com o corpo e a pressão social a ele associada. Nas crianças mais novas, esta pressão está mais associada aos comentários dos colegas.– O excesso de peso ou obesidade da criança implicam a existência de complexos relativamente ao corpo, nomeadamente face aos outros (pares). Algumas mães fazem referência à sua existência, mesmo que a criança nem sempre os verbalize ou demonstre de alguma outra forma. Ainda assim, algumas mães não hesitam em afirmar que os complexos são uma realidade e um problema a somar ao excesso de peso. Em algumas crianças, os complexos são de tal forma importantes que qualquer tipo de contacto com os pares se torna insuportável. Algumas mães fazem referência aos complexos relativamente ao peso e ao

corpo da criança, muitas vezes ligados também aos comentários negativos dos colegas, logo também a um maior isolamento social. Esses complexos podem ser reforçados pela pressão social, quer face ao corpo ideal, quer sobretudo à roupa da moda que normalmente não existe para os seus tamanhos. Claramente ligado a uma baixa auto-estima. Quando o corpo e o excesso de peso não são sobrevalorizados negativamente, quer pela mãe, família, amigos e pela própria criança, os complexos ou não existem ou não são valorizados. A idade da criança também pode ser importante, uma vez que a entrada na adolescência já por si pode trazer dificuldades na relação com o corpo e a pressão social a ele associada. Nas crianças mais novas, esta pressão está mais associada aos comentários dos colegas.

46. Comprar o que a criança gosta – 7,8
47. Confiança no futuro/acreditar – 4,3; 4,6
48. Consciente da discriminação – 6,2; 6,3; 7,4 – embora algumas mães afirmem que a criança não é pressionada pelos comentários dos outros relativamente ao seu corpo e ao excesso de peso, algumas mães têm consciência de que discriminação existe e pode ser sentida pela criança mais cedo ou mais tarde.
49. Contar tudo – 1,3
50. Continuar a aumentar de peso – 11,2
51. Controlo materno – 11,3
52. Convívio à volta da comida – 1,7; 8,5
53. Cortar (na comida) – 8,4
54. Crescimento (como forma de perder peso) – 4,3; 4,5; 8,7; 11,2; 11,6 - algumas mães recorrem à ideia – nem sempre correcta – de que à medida que a criança for crescendo (em tamanho), o peso será compensado. Ou seja, embora façam por cumprir a dieta, acreditam que com o aumento da altura e as mudanças do corpo que as diferentes idades implicam, o peso diminua. Esta noção de que o crescimento trás a compensação do peso, acaba por provocar uma certa desvalorização do excesso de peso da criança, o que, algumas vezes, fez tardar a procura de ajuda médica.
55. Criança autónoma – 5,7
56. Criança desejada – 3,1
57. Criança em crescimento – 5,2
58. Criança especial – 8,3

59. Criança idealizada – 3,6
60. Criança introvertida/ tímida – 2,4
61. Criança que não comia – 8,1
62. Criança real – 3,1; 3,6
63. Criança vai buscar comida – 4,6
64. Críticas maternas – 11,3; 11,5
65. Cuidados alimentares anteriores – 8,4; 9,3; 9,4; 10,1; 13,2 – refere-se ao tipo de alimentação seguida pela família antes do seguimento da criança na consulta e das novas regras alimentares, e que são caracterizadas por algumas mães como sendo já muito semelhantes ao agora recomendado, quer por problemas de saúde de algum membro da família, quer por ser o sempre praticado.
66. Cumprir plano alimentar – 2,2; 2,3; 4,4; 8,5; 12,4; 14,3; 14,4 - faz referência ao facto de a criança ser capaz de adoptar os novos hábitos alimentares de forma a cumprir os plano sugerido na Consulta. Algumas mães sublinham o facto de a criança entender a necessidade de efectuar essas mudanças, bem como o facto de cumprirem as novas regras. De acordo com a idade da criança, a responsabilidade dela face aos cuidados com a alimentação é sentida pelas mães como maior ou menor, ou seja, quanto mais velha é a criança, menos a mãe se sente responsável, uma vez que a criança pode fazer as suas escolhas. A maioria das crianças não está motivada para as mudanças nos hábitos alimentares e mesmo com o incentivo e os cuidados maternos, acaba por não cumprir o recomendado. Outras, tentam seguir de uma forma mais ou menos rigorosa, demonstrando alguma motivação, que nem sempre é compensada quando chegam à Consulta e percebem que aumentaram ou não perderam peso. Algumas mães tentam cumprir as regras alimentares propostas pelas médicas responsáveis pela Consulta de Obesidade Infantil, por forma a que a criança mantenha uma alimentação saudável e equilibrada e respeitando o plano alimentar.
67. Dedicação exclusiva aos filhos – 5,1; 5,2; 5,10; 8,3 – algumas mães classificam a sua dedicação aos filhos como quase exclusiva, no sentido de abdicarem muitas vezes de si e das suas coisas em função de um apoio mais efectivo e próximo da criança. Algumas mães abdicaram mesmo de trabalhar fora de casa para poderem dedicar-se totalmente à família.

68. Deixar pratica desporto – 7,1; 8,4
69. Depressão materna – 8,3
70. Desporto escolar – 8,4
71. Despreocupação com a saúde – 10,3
72. Despreocupação/Desvalorizar (face ao peso pela mãe) – 4,3; 6,2; 9,2; 10,1; 10,3;11,1; 13,1 - muitas mães, apesar de perceberem o aumento de peso da criança, confessam não ter valorizado ou dado demasiada importância. Algumas destas mães afirmavam confiar que o crescimento da criança compensasse o excesso de peso. Outras nunca se mostraram preocupadas, quer com o aumento de peso, quer com a saúde da criança.
73. Desresponsabilização materna – 10,4
74. Desvalorizar imagem – 7,4
75. Desvalorizar médica do excesso de peso – 11,2; 14,1; 14,2 – refere-se ao facto de algumas mães terem demonstrado a sua preocupação face ao aumento de peso da criança, normalmente ao médico de família, e deste desvalorizar o facto, o que fez demorar a procura de apoio especializado. Esta situação levou a que algumas mães se sentissem mais tranquilas em relação à situação, enquanto que para outras foi sentido como falta de atenção devida.
76. Desvalorizar pressão social – 5,5
77. Dieta para todos – 14,4
78. Dieta só para a criança – 3,8; 5,3; 5,4; 8,7; 12,4 – refere-se ao facto de algumas mães seguirem o plano alimentar apenas com a criança, não estendendo a dieta aos restantes membros da família. Esta situação implica que a mãe prepare refeições diferentes para a criança e para a família, podendo levar a que a criança se sinta isolada e menos motivada no seguimento das novas regras. Algumas mães vêm-se obrigadas a fazê-lo pelo facto de terem mais pessoas em casa, por vezes outras crianças, e de lhes ser difícil conjugar os gostos de todos dentro do plano alimentar, ou por não quererem obrigar toda a família a ser privada de certos alimentos. Isto pode fazer perceber que o plano alimentar sugerido à criança não é sentido como uma alimentação mais saudável e equilibrada, logo não é adoptada por todos, mas sim vista como uma dieta a ser cumprida por quem precisa perder peso.
79. Dieta também na escola – 12,4
80. Dietas muito rigorosas/díficeis – 5,7

81. Diferenças entre sexos – 4,3
82. Dificuldade do pai em impor regras – 8,3
83. Dificuldade em adaptar novos hábitos alimentares – 12,3
84. Dificuldade em adaptar novos hábitos alimentares à escola – 5,4
85. Dificuldade em conjugar gostos de todos – 5,4; 5,6; 5,7; 5,8 – refere-se à dificuldade sentida por algumas mães em conseguir agradar a todos os membros da família no que diz respeito à alimentação, o que leva muitas vezes a que a criança a cumprir a dieta alimentar seja prejudicada face à restante família, porque as refeições não são preparadas em função da sua dieta. Esta dificuldade sentida por estas mães pode significar uma menor adesão da criança à dieta.
86. Dificuldade em cumprir o plano alimentar – 2,5; 3,4; 9,1; 9,4; 12,3; 13,3 - faz referência a algumas das dificuldades sentidas por estas mães em cumprir tudo o que foi estipulado na Consulta. Quer porque elas mesmas sentiram essas dificuldades, quer porque a criança fez com que o processo de adaptação se tornasse complicado. Fazer com que a criança deixe de comer certo tipo de alimentos, que coma em menor quantidade, são alguns dos exemplos.
87. Dificuldade em cumprir o plano alimentar (pela criança) – 5,4; 8,7; 9,4; 14,3 – refere-se às dificuldades que as mães percebem que a criança tem em cumprir o plano alimentar, quer por se verem privadas de alimentos que gostam, quer pela dificuldade em ajustar horários.
88. Dificuldade em dizer não – 4,6; 5,7; 9,4; 10,3; 13,3 - algumas mães sentem muita dificuldade em impor regras na alimentação da criança, nomeadamente quando se vêem obrigadas a dizer para a criança não comer ou que não pode comer. Esta dificuldade em dizer não à criança, pode mesmo trazer alguma culpabilidade a estas mães, o que contrasta grandemente com as mães que sabem que estão a dizer não a bem da saúde da criança e que, portanto, o fazem sem qualquer dificuldade ou culpabilidade.
89. Dificuldade em fazer dieta (para a criança) – 8,5
90. Dificuldade em fazer refeições em família – 4,4
91. Dificuldade em impor regras – 1,6; 5,8
92. Dificuldade em impor regras alimentares – 1,5; 3,9; 6,2; 11,5; 14,3 - para algumas mães, mais difícil que dizer não e que cumprir o plano alimentar

recomendado, é impor novas regras alimentares à criança. Ou seja, para estas mães impor regras apresenta-se como uma tarefa delicada, sobretudo porque para a criança é difícil abdicar dos alimentos que gosta.

93. Dificuldade em manter regras alimentares – 4,6
94. Dificuldade em perder peso – 10,3
95. Dificuldade em praticar exercício físico devido ao excesso peso – 4,2; 5,5; 8,6; 10,2 – algumas mães afirmam que a criança sente grandes dificuldades em praticar exercício físico devido ao excesso de peso. Apresentam dificuldades respiratórias e de mobilidade, entre outras, não conseguindo acompanhar os colegas.
96. Dificuldades de adaptação à escola – 1,2; 1,3; 2,3; 2,4; 7,2; 7,4; 11,3 - algumas mães mostram-se muito preocupadas e angustiadas com as dificuldades na adaptação escolar da criança. Normalmente, estas dificuldades tendem a surgir quando a criança se vê obrigada a mudar de escola devido ao seu percurso escolar. Por serem já crianças mais tímidas e introvertidas, algumas crianças com excesso de peso ou obesas acabam por ser vítimas da crueldade própria dessas idades, agravando os complexos já sentidos e dificultando muito a sua adaptação escolar e integração social com os pares. Algumas dessas crianças acabam por não conseguir ultrapassar estas questões, evitando ou mesmo abandonando a escola, isolando-se perigosamente.
97. Dificuldades na maternidade – 1,1; 2,1 - as entrevistas iniciam-se com a pergunta “como tem sido ser mãe de...”. A esta questão, algumas mães respondem afirmando ser difícil, devido à personalidade da criança, bem como ao ambiente familiar em que vivem e educam a criança. A maternidade acaba por não ser uma experiência sentida e vivida como agradável e recompensadora, com alguma assunção de culpa por parte de algumas mães. Estar sozinha, sem qualquer apoio do pai/marido e mesmo familiar, acaba por sublinhar mais esta experiência sentida já como negativa. As dificuldades no trabalho e as questões familiares podem mesmo levar a uma separação da criança, implicando posteriores problemas na educação da criança e na relação entre ambas.
98. Dificuldades na relação mãe-criança – 1,6; 1,9; 2,4; 3,2; 3,6 - algumas mães descrevem o seu relacionamento com a criança, fazendo referência às

dificuldades que sentem em comunicar ou em impor regras. Se, por um lado, a personalidade da criança e as questões comportamentais decorrentes da entrada na adolescência podem ser determinantes para essas dificuldades sentidas, por outro lado, o estabelecimento de uma relação mais próxima da relação entre pares, onde a figura materna se esbate quase por completo, pode mesmo comprometer um relacionamento saudável para ambas. Contudo, essa aparente proximidade consequência do esbatimento relacional, não parece facilitar ou promover uma maior abertura da criança com a mãe, surgindo algumas dificuldades de comunicação entre ambas.

99. Dificuldades no relacionamento com o pai – 3,2; 8,3 - algumas mães referem as dificuldades de relacionamento existentes entre a criança e o pai, quer por ele ter estado ausente em algum momento, quer por choque de ideias e personalidade. A convivência dos dois é, por vezes, muito conflituosa.
100. Dificuldades no relacionamento interpessoal – 3,4; 7,1; 11,3 - questões de personalidade da criança, comentários dos colegas face ao corpo e ao peso, questões do relacionamento familiar, complexos e baixa auto-estima, determinam muitas vezes algum isolamento social e mesmo dificuldades em fazer amigos e relacionamento com os outros. Provocam ou são consequência de má adaptação escolar, podendo levar à necessidade de procura de apoio psicológico especializado. – algumas mães mostram-se preocupadas com o facto de a criança se afastar dos amigos, ter dificuldades em fazer amigos e no relacionamento com os outros, situação que determina muitas vezes algum isolamento social. Muitas vezes, apontam defeitos nos outros como forma de justificar esse afastamento da criança, mas na realidade reconhecem que é nela que reside o problema. Com a excepção das relações com os familiares mais próximos, algumas destas crianças vivem, de facto, em grande isolamento social.
101. Dizer “não” – 8,2; 11,2; 11,4; 11,5; 12,2; 14,3 - faz referência ao facto de, para algumas mães, não haver qualquer dificuldade em dizer à criança que não pode comer, acreditando que essa é a melhor forma de ajudar a criança, quer na perda de peso, quer na melhoria da sua saúde em geral.
102. Doença do pai – 7,2
103. Dúvidas maternas face à alimentação – 9,1; 9,2
104. Empenho materno – 5,8

105. Erros alimentares (feitos pela mãe) – 9,1; 9,2; 9,4; 13,3 – algumas mães confessam cometer alguns erros face ao plano recomendado quer por desconhecimento, quer por terem dúvidas ou por outras razões.
106. Erros alimentares da criança – 10,2 – algumas mães referem que, apesar da criança saber o que pode e não pode comer, continua a cometer alguns erros ingerindo alimentos proibidos.
107. Estar a sós com a criança – 3,4
108. Estar em casa/não trabalhar – 3,2; 4,3; 4,4; 5,8; 8,7 - algumas mães consideram importante o facto de não terem de trabalhar fora de casa, podendo cuidar de forma mais atenta da alimentação da criança, sobretudo nesta fase em que existe um plano para cumprir, cuidado esse que não existe de forma tão sistemática quando a mãe trabalha fora.
109. Estar sozinha – 3,8
110. Estrutura corporal – 5,9
111. Experimentar tudo (todos os alimentos) – 8,2
112. Falta apoio pai/ críticas – 2,6; 2,7; 3,2; 3,3; 3,5; 3,6; 3,8; 5,6; 5,8; 8,7 - algumas mães lamentam e sublinham o facto de o pai não ter tempo para a criança, não partilhando assim a responsabilidade na sua educação nem nas tarefas domésticas, sobrecarregando a mãe.
113. Falta apoio social/familiar – 3,3; 3,6; 3,8; 5,8; 8,5 - algumas mães fazem referência ao facto de não terem qualquer tipo de apoio por parte da família, bem como do seu círculo relacional mais alargado, uma vez que muitos não respeitam a necessidade da criança perder peso e cumprir um plano alimentar mais ou menos rigoroso, mas que implica restrições.
114. Falta de amigos – 1,7; 2,5
115. Falta de compreensão/envolvimento familiar – 8,5
116. Falta de controlo materno – 14,3
117. Falta motivação – 1,6; 3,5; 5,4; 5,5; 5,9; 10,2; 12,2 - reconhecendo a importância da responsabilidade da criança em todo o processo de controlo e alteração dos hábitos alimentares, algumas mães sublinham a baixa motivação da criança para o cumprimento do plano alimentar sugerido na consulta. Mesmo sendo incentivadas e mesmo as mães tendo o cuidado de procurar confeccionar as refeições como recomendado, a motivação e força

de vontade da criança acabam por ser sentidas como determinantes, sobretudo nas crianças mais velhas.

118. Fazer o melhor – 5,9
119. Fazer um miminho – 8,5; 8,7
120. Fé/confiança – 3,3
121. Feliz com perda de peso – 8,6
122. Férias – 6,2; 7,1; 7,3; 9,3; 10,2 – algumas mães justificam o aumento de peso ao facto da criança ter estado de férias, o que implica maior inactividade, mais tempo em casa onde o acesso à comida não é controlado. Os períodos de férias são apontados também pelos médicos como determinantes no aumento de peso da criança pelos mesmos motivos apontados pelas mães, aos quais se acresce o facto de as crianças quase não brincarem na rua e ocuparam o seu tempo livre a ver televisão, ao computador ou com jogos de vídeo.
123. Força vontade – 4,3
124. Frustração da criança – 10,2; 10,3
125. Frustração materna – 8,3
126. Fuga – 3,7
127. Gostar da criança como é – 5,6; 5,9
128. Gostar de comer – 1,4; 1,7; 1,8; 2,3; 4,2; 5,7; 9,4; 10,2 - a grande maioria destas crianças é descrita pelas mães como sendo crianças que gostam muito de comer, normalmente todo o tipo de alimentos. Mais do que serem gulosos e preferirem este ou aquele alimento, a maioria destas mães afirma que as crianças gostam de comer de tudo. Esta categoria relaciona-se, ainda, com o comer em quantidade, uma vez que, mesmo os alimentos adequados quando comidos em excesso, também são um erro alimentar. Para estas mães, o facto de criança gostar tanto de comer acaba por ser uma dificuldade a quando do cumprimento do plano alimentar, uma vez que dizer “que não” à criança, surge como uma tarefa culpabilizadora. Quase sempre associada a facto da criança comer em grandes quantidade, as mães referem que a criança gosta de comer, come com satisfação, parecendo retirar algum tipo de prazer na comida. Muitas vezes este gosto pela comida, é percebido desde tenra idade. Algumas destas crianças são descritas pelas mães como

tendo sempre gostado de comer, desde a amamentação. Nunca deram problemas no que toca aos momentos de refeição.

129. Gostar de estar com o pai – 8,3
130. Gostar de ser como é – 5,9
131. Grande preocupação com refeições – 5,8; 5,9
132. Gravidez agitada – 8,1
133. Hábitos alimentares anteriores – 4,3
134. Habituar-se – 5,9
135. Hereditariedade – 3,3; 4,2; 4,3; 5,5; 9,2; 10,1; 13,1 - questões ligadas à hereditariedade preocupam algumas destas mães, sobretudo a nível de saúde e que podem ser agravados devido ao excesso de peso da criança.
136. Importância acompanhamento/relacionamento médico – 2,2; 2,3; 3,3; 3,4; 4,3; 4,5; 6,2; 8,6; 10,3 - um bom relacionamento entre os médicos da Consulta e a criança, é sentido como muito positivo por algumas mães. Uma vez mais, tranquiliza-as e motiva a criança. Pelo contrário, quando a criança não gosta do médico que a acompanha, pode desmotivar-se e não cumprir nada do que lhe é proposto. Algumas mães sublinham a importância de a criança ter um acompanhamento médico mais próximo e sistemático. Para além desta proximidade ter um efeito tranquilizador e de suporte para as mães, é visto por estas como fonte de motivação para a criança.
137. Importância apoio familiar – 5,8
138. Importância da imagem – 8,5; 14,3
139. Importância do peso – 8,6
140. Importância dos media – 4,3
141. Inactividade – 1,6; 7,3; 9,3 – faz referência ao facto de as crianças estarem em casa, por períodos mais ou menos longos, como o caso das férias escolares, e de passarem todo esse tempo sem terem qualquer tipo de actividade, sobretudo física, passando a maior parte do tempo sentadas ou deitadas a ver televisão.
142. Incentivo do pai – 1,5
143. Incentivo dos outros – 1,2; 1,3
144. Incentivo materno – 1,7; 3,5; 3,7; 4,5; 4,6; 5,5; 5,9; 6,3; 11,4; 12,3 - de forma a quebrar o isolamento social da criança, algumas mães tentam incentivar a criança a sair, a conviver, a aderir a algumas actividades.

145. Incentivo médico – 8,6
146. Início aumento peso – 1,4; 4,2; 7,1; 10,1; 11,1; 12,1 - faz referência ao momento, mais ou menos específico, em que o aumento de peso teve início. Obriga normalmente a que as mães façam uma retrospectiva da evolução do peso da criança, uma vez que não é esse primeiro aumento de peso que leva à procura de ajuda médica.
147. Início da dieta – 3,1; 8,5
148. Internamento da criança – 10,1; 11,1; 12,3; 14,1 - faz referência a momentos em que a criança foi sujeita a internamentos, quer por necessidade de cirurgia, quer por motivo de doença. Por vezes, esses internamentos deram origem a que os médicos assistentes pedissem consulta de obesidade para a criança.
149. Inversão de papéis – 1,4
150. Isolamento – 1,6; 1,7; 2,4; 2,5; 2,6 - muitas mães fazem referência ao facto de a criança estar muito isolada, não ter vontade de sair e de estar com os outros, sublinhando o facto de a criança não ter ou ter poucos amigos. Normalmente, as mães revelam alguma preocupação com este facto e tentam incentivar a criança a sair, a ir ter com outras pessoas e a quebrar o isolamento em que vivem.
151. Levar comida para a escola – 14,4
152. Lidar bem com o peso – 5,5
153. Má relação com pai – 2,6
154. Mãe cuida de tudo – 3,2; 3,8; 5,1; 5,8 - algumas mães referem que são elas quem cuida de tudo o que diz respeito à casa e aos filhos, sobretudo se estiverem em casa e não trabalharem fora.
155. Mãe luta sozinha – 5,6; 5,8
156. Mãe não come em família – 3,7; 3,8
157. Mãe prepara refeições – 2,6; 2,7; 4,3 – em muitas famílias são as mães quem tem a tarefa de preparar as refeições da criança, ocupando assim um papel determinante na escolha dos alimentos a que a criança tem acesso e à forma como são preparados.
158. Mãe sempre presente – 3,2; 3,5

159. Mãe também faz dietas – 2,6; 9,4; 13,1; 13,2 - algumas mães contam o seu percurso no controle e mesmo na perda de peso. Por terem excesso de peso, estas mães cumpriram uma dieta e conseguiram perder algum peso.
160. Mais crianças obesas – 6,2; 13,3 – algumas mães fazem referência ao facto de conhecerem muitas outras crianças obesas, quer nas suas relações mais próximas, quer sobretudo na escola frequentada pela criança.
161. Máquinas – 5,4; 11,5 – algumas mães referem como nefasta a presença de máquinas automáticas de acesso a comida, normalmente hipercalórica ou rica em açúcar e às quais as crianças têm acesso facilitado, sobretudo quando têm em sua posse dinheiro para gerir e que podem gastar sem grande controlo dos pais.
162. Maturidade/ autonomia/ responsabilidade da criança – 2,4; 4,3; 8,4; 8,5; 11,3; 11,5; 12,2; 14,2; 14,3 – algumas mães fazem referência ao facto de a criança ir conquistando autonomia e maior responsabilidade face ao que a ela diz respeito, tornando-a mais consciente e também mais responsável pelas suas escolhas alimentares. Para algumas destas mães essa maior maturidade e responsabilidade é já uma realidade, uma vez que quando a criança cresce e se autonomiza é também mais difícil o controlo materno naquilo que ela come, em que alimentos gasta o dinheiro, etc. Quanto mais autónoma é a criança menos responsável se sente a mãe pelos seus erros alimentares uma vez que o seu controlo é menor e menos eficaz e porque a criança pode fazer as suas escolhas.
163. Mau relacionamento conjugal – 3,5
164. Maus resultados escolares – 8,4
165. Medo de perder o pai – 7,2
166. Medo do futuro – 3,7; 4,3
167. Medo doenças associadas à obesidade – 3,3
168. Medos (da criança) – 8,2
169. Menstruação – 2,3; 2,6
170. Mente sã – 4,5
171. Motivação (da criança) – 3,1; 4,5; 5,4; 5,8; 7,1; 10,2; 12,3 - para muitas mães é importante o sublinhar do empenho e da motivação manifestada pela criança, mesmo que por curtos períodos de tempo, face ao cumprimento do plano alimentar. Esta categoria diz respeito ao facto de a

maioria das crianças ser vista pelas mães como não tendo força de vontade e motivação para fazer uma alimentação correcta e perder peso. Ou seja, para estas mães, a motivação da criança apresenta-se como factor determinante no cumprimento da dieta alimentar. Por vezes, essa motivação existe numa fase inicial, normalmente após a primeira consulta e alguma perda de peso, mas com o tempo ela oscila e pequenos aumentos ou manutenção no peso, podem ser factores desmotivantes. Estarem constantemente a serem privadas de alimentos que gostam, não obterem resultados tão imediatos como os esperados, é também condicionante. Quanto mais velha é a criança, maior é a sua responsabilidade em todo o processo e essa responsabilidade tem peso e por vezes, o peso é grande de mais para ser carregado ao longo do longo caminho. Pode ser também uma forma de desculpabilização das mães, ou de partilha de responsabilidade, quando elas próprias não conseguem ser firmes.

172. Motivação materna – 12,3
173. Mudança de comportamento/ personalidade – 1,2; 1,3; 1,7; 3,4; 3,7; 8,1; 8,2; 8,3; 11,3 - algumas mães fazem uma referência específica às alterações que têm vindo a percepcionar nas atitudes e comportamentos da criança. Crianças meigas, alegres e sociáveis, passaram a isolar-se socialmente, mais agressivas e desmotivadas.
174. Mudança de escola – 1,2; 2,3; 7,3; 7,4; 8,4 - refere-se ao facto de algumas crianças terem mudado de escola em algum momento, quer porque mudaram de país, quer porque mudaram de ano, quer ainda por não se terem adaptado à escola.
175. Muitas horas sem comer – 2,5
176. Não aceitar regras do pai – 8,3
177. Não admitir complexos – 1,6
178. Não comer (criança) – 3,9; 8,2; 8,6 - no decurso da dieta, algumas mães preocupam-se com o facto de a criança deixar praticamente de comer.
179. Não cumprir o plano (mãe) – 3,7; 5,4 - sendo as mães maioritariamente responsáveis pela alimentação da criança, algumas confessam não cumprir na totalidade todas as recomendações que lhes são feitas pelas médicas da consulta, pelas mais variadas razões. São, portanto, elas quem por vezes não favorece a dieta da criança.

180. Não cumprir plano (criança) – 3,5; 3,8; 3,9; 9,4; 11,4; 12,2 - algumas mães afirmam que a criança não cumpre o que lhe foi estipulado pelo plano alimentar, mesmo que todas a mãe proporcione todas as condições para que isso aconteça.
181. Não deixar de trabalhar – 2,3
182. Não dormir sozinho – 8,1; 8,2
183. Não estar em casa/ trabalhar fora – 4,3; 4,4; 8,5; 8,7 – para algumas mães o facto de trabalharem fora de casa implica uma sobrecarga no que diz respeito ao cuidado com a alimentação da criança. Preparar refeições mais saudáveis e de acordo com as regras do plano alimentar parece implicar despende de mais tempo na sua confecção e organização de toda a dieta e seus horários.
184. Não falar/ Meter para dentro/ não desabafar – 1,6; 2,1; 3,2; 3,4; 9,5; 10,3 - a comunicação entre a mãe e a criança revela-se, para algumas mães, uma tarefa quase impossível, uma vez que a criança é introvertida, metida consigo mesma. Perceber o que realmente se passa com a criança é muito difícil para algumas mães pelo facto de a criança não ter abertura.
185. Não gostar de estudar – 4,2
186. Não há hereditariedade – 6,2
187. Não haver regras/ deixar andar/ não se conseguir impor – 1,5; 1,6; 5,8; 8,2 - Sem capacidade para lidarem com todas as responsabilidades familiares, impor regras apresenta-se como uma tarefa impossível pelo que algumas mães confessam a sua dificuldade e mesmo incapacidade para imporem regras à criança. Esta dificuldade parece ir aumentando á medida que a criança vai crescendo. Para estas mães, começar a impor regras surge como uma tarefa assustadora, afirmando ainda que não querem fragilizar mais a criança, tendo algum receio da sua reacção a esta nova postura materna.
188. Não levar comida para escola – 4,4; 5,4; 8,4; 8,7 - esta categoria refere-se ao facto de muitas crianças não quererem levar comida para a escola. Ou seja, como as refeições escolares fogem ao controle materno, as mães tentam que a criança cumpra o plano à risca, enviando os alimentos de casa. Contudo, a maioria das crianças não aceita esta situação, sobretudo porque não é socialmente bem aceite.
189. Não obrigar a comer – 1,4

190. Não passar fome – 8,7
191. Não poder controlar alimentação na escola – 11,5
192. Não praticar exercício – 2,7; 9,3; 14,2 - a maioria das mães reconhece a necessidade e a importância da criança fazer exercício físico por forma a complementar o plano alimentar sugerido, mas quase nenhuma das crianças pratica qualquer actividade física, para além do desporto escolar, o que não acontece em todas os níveis.
193. Não querer ir à escola – 1,2; 1,3
194. Não saber o que fazer (mãe) – 12,1
195. Não ser obcecada com o peso – 5,9
196. Não ter controlo (criança) – 12,2
197. Não tomar pequeno-almoço – 8,7
198. Não valorizar aspecto físico – 5,6
199. Não ver muita TV – 4,4
200. Necessidade de perder peso – 2,2
201. Novos hábitos alimentares – 14,2; 14,4
202. Nunca vai ser magra – 5,9
203. Obsessão pela comida – 8,6
204. Oscilação da motivação – 5,4
205. Pai prepara refeições – 4,3; 8,4 – em algumas famílias é o pai quem prepara as refeições, sendo portanto o responsável pelos alimentos servidos à criança.
206. Pai tenta impor regras alimentares – 2,7
207. Pedido de consulta – 3,3; 4,2; 5,3; 6,1; 7,2; 8,5; 9,3; 10,1; 11,1; 13,1 - faz referência ao momento em que o excesso de peso é sentido como tão preocupante que a indicação para a Consulta de Obesidade Infantil é feita. A grande maioria dos casos é referenciada pelos Médicos de Família, quer a pedido das mães, quer por iniciativa própria, e outras surgem no seguimento de uma ida às urgências ou ao pediatra, e o técnico em causa envia o pedido com o consentimento da mãe. Mas existirão certamente diferenças entre as mães que pedem a consulta e as que deixam que outros a sugiram, tanto na adesão como no cumprimento do plano alimentar e das indicações dadas pelos técnicos da consulta.

208. Pedido de consulta pela mãe – 2,2; 12,1; 12,2; 14,1 - para estas mães, o excessivo aumento de peso da criança é fonte de preocupação, tendo sido elas a iniciarem contactos com os médicos para que a criança tivesse acompanhamento mais específico, sobreponde-se, por vezes, à despreocupação dos médicos de família, que desvalorizaram a situação.
209. Pensar abortar – 4,1; 4,2
210. Perda autoridade – 1,3
211. Perda de peso – 2,5; 3,1; 3,3; 8,5; 8,6; 8,7; 12,3 - algumas mães fazem notar que, após o início das Consultas de Obesidade Infantil, a criança perdeu algum peso, sublinhando, desta forma, a motivação e força de vontade da criança e o facto de terem conseguido. Quando a criança teve apoio médico a nível alimentar antes da entrada para a Consulta e obteve resultados satisfatórios, a perda de peso é também referida pelas mães.
212. Perda motivação – 3,3
213. Personalidade da criança – 1,2; 1,6; 1,7; 3,1; 3,2; 3,6; 3,7; 5,2; 7,2 - muitas mães fazem referência à personalidade da criança de forma a justificarem alguns dos seus comportamentos. Parecendo estar fortemente ligada à entrada na puberdade ou adolescência, algumas mães referem mudanças no comportamento da criança, na forma como lhes respondem ou se dirigem a elas, na forma como se comportam face aos outros ou a às situações. Na transição da infância para a adolescência, estas questões da personalidade e mudanças abruptas do comportamento da criança, as mães sentem ainda mais dificuldades em gerir a situação e em lidar com a criança. Afirmando algumas vezes que determinadas atitudes e comportamentos da criança não se enquadram na educação que lhe foi dada, esta pode ser outra forma de as mães se sentirem postas em causa ou mesmo com alguma culpa. Noutros casos, as mães tentam relacionar as mudanças na personalidade da criança com determinados acontecimentos na vida familiar, como por exemplo, o nascimento de um irmão, mudança de escola, etc. – muitas mães referem a personalidade da criança como um dos factores que influencia o processo de alteração dos hábitos alimentares. Na transição da infância para a adolescência, estas questões da personalidade e mudanças abruptas do comportamento da criança, as mães sentem ainda mais dificuldades em gerir a situação e em lidar com a criança. Também o relacionamento familiar e

social e a adaptação escolar, contribuem para alterações do comportamento. Noutros casos, a personalidade da criança é factor facilitador na relação com a mãe e com as restrições alimentares necessárias.

214. Possibilidades económicas – 5,2
215. Praticar exercício físico – 4.5; 7.2; 7.3; 8.4; 10.2; 11.5; 12.4; 13.1 - algumas mães fazem referência ao facto de a criança praticar exercício físico, quer esta prática se tenha iniciado antes, quer mesmo depois da vinda à Consulta. Apesar de saberem da importância da actividade física para uma vida saudável e mais ainda para a perda de peso, muitas mães não valorizam esses aspectos, e só o referem quando abordadas directamente, apresentado de imediato “desculpas” variadas para que o exercício físico não faça parte da rotina da criança. Por outro lado, os horários escolares muito preenchidos, os custos de algumas dessas actividades, ou mesmo a distância dos locais de prática, são verdadeiras condicionantes para a inexistência de actividade física regular. As raparigas parecem também não encontrar muita motivação para praticar, quer o desporto escolar, quer a maioria das actividades disponíveis, limitando assim as suas escolhas. Andar a pé não é considerado, apesar de ser o primeiro a ser sugerido pelos técnicos da Consulta. Por terem excesso de peso, têm maior dificuldade em praticar exercício físico, suscitando comentários dos colegas, acabando por desmotivar ainda mais a prática de actividade física, sublinhando os complexos existentes e levando a uma auto-estima mais baixa.
216. Prejudicar a criança – 5,4
217. Preocupação com a saúde – 2.2; 3.3; 4.3; 4.6; 5.3; 5.6; 5.8; 6.1; 6.2; 7.2; 7.4; 9.1; 9.3; 11.4; 11.5; 12.2 - quando se referem ao excesso de peso e ao motivo que mais as levou a procurar ajuda, a grande maioria das mães faz referência às preocupações com problemas de saúde em consequência desse mesmo excesso de peso. Elas conhecem e estão informadas acerca das doenças que lhe estão associadas a médio e longo prazo e têm também consciência de que é na infância que podem tentar parar o aumento de peso. O facto de existirem doenças graves na família – diabetes, hipertensão arterial, colesterol elevado, problemas cardíacos, etc. – e a sua perigosa associação ao excesso de peso, também é visto como factor de risco para a saúde e fonte de preocupação. Dificuldade em praticar exercício físico e

valores das análises alterados, são também factores de preocupação para as mães.

218. Preocupação com aspectos emocionais – 1,6; 1,9; 2,6 - algumas mães parecem estar muito preocupadas com o bem-estar psicológico e emocional, bem como com a auto-estima da criança, pelo seu percurso de vida, dificuldades de adaptação e problemas ligados ao excesso de peso. Os complexos que as mães percebem na criança, mesmo que esta não os confirme, são também grande fonte de preocupação para estas mães. Muitas vezes, a procura da Consulta de Obesidade Infantil tem como objectivo procurar ajuda nos técnicos de saúde para lidar com estas questões.
219. Preocupação com aumento de peso – 12,2
220. Preocupação com o corpo – 8,6
221. Preocupação com o futuro – 5,6; 7,2; 7,4 – algumas mães confessam-se apreensivas relativamente à saúde da criança e às possíveis consequências que possam advir do excesso de peso. Estas preocupações são acrescidas quando há um historial de doenças como a diabetes ou doenças cardiovasculares, que podem ser agravadas em caso de obesidade.
222. Preocupação com o peso (criança) – 4,6 – algumas mães referem que a criança se mostra preocupada com o seu peso excessivo e com a possibilidade de se manterem obesas durante toda a sua vida.
223. Preocupação de todos – 4,7
224. Preocupação do pai com peso da criança – 1,5; 7,3; 11,4 - mesmo que estejam distantes fisicamente, ou que a relação não seja tão próxima, alguns pais não deixam de se mostrar preocupados com o excesso de peso da criança, de acordo com o relato de algumas mães. Conhecendo a situação da criança e das recomendações médicas, tentam saber se a criança aumentou ou perdeu peso e incentivam a cumprir o plano alimentar.
225. Preocupação materna com o peso – 5,3; 12,2; 14,1
226. Preocupações domésticas – 3,7
227. Pressão social – 4,5; 5,4; 5,5; 8,7 – algumas mães referem que a criança se sente pressionada pelos colegas no sentido de fazer uma alimentação semelhante e não diferente. Levar comida de casa para a escola por forma a cumprir a dieta é tarefa que quase nenhuma criança realiza para não ser ridicularizada pelos pares, bem como comer no refeitório da escola e

não no bar, por exemplo. Quando se esperava que a criança se sentisse pressionada a perder peso de forma a ter uma imagem «padronizada», encontra-se uma pressão para ter comportamentos padronizados no que toca à alimentação e não às suas consequências.

228. Problemas de saúde – 2,2; 2,3; 5,1; 6,1 - algumas crianças apresentavam problemas de saúde antes de surgir o excesso de peso, mas cuja gravidade pode estar aumentada por esse mesmo excesso de peso e pode ser sentida como fonte de preocupação para as mães. Muitas vezes, a perda ou o controle do peso são fundamentais para a melhoria da situação clínica da criança. Por outro lado, esses problemas de saúde determinaram, em algumas situações, a separação da criança do seio familiar, uma vez que, devido a questões profissionais da mãe, não lhe era possível prestar todos os cuidados necessários.
229. Querer emagrecer – 8,6
230. Ralhar – 8,6
231. Rápido aumento de peso – 5,3; 11,1 – algumas mães referem que a criança aumentou de peso muito rapidamente e não de forma faseada.
232. Reconciliação do casal – 2,2; 3,5; 8,3 – problemas na relação do casal e até mesmo separações consumadas acabam muitas vezes por levar a uma reconciliação.
233. Refeições diferenciadas para a família – 3,8;
234. Refeições em casa – 11,3
235. Refeições em família – 2,7; 4,4; 11,6 – algumas mães referem o facto de as refeições serem, tanto quanto possível, feitas em família com todos reunidos à mesa.
236. Refeições escolares – 2,5; 3,9; 8,5; 8,6; 11,5 - algumas mães fazem referência às refeições que a criança faz na escola. Para algumas mães, é difícil terem algum controlo naquilo que a criança ingere durante o período que ali permanece, para outras a escola é sentida como um prolongamento da dieta da criança. Por outro lado, a comida escolar é por vezes posta em causa devido à pouca qualidade da mesma e à falta de alternativas saudáveis. O facto de a criança ter já possibilidade de gerir o seu dinheiro, acaba por retirar ainda mais o controlo materno sobre a alimentação, uma vez que a criança pode aceder ao que mais desejar. Mesmo quando as mães tentam cumprir o

plano alimentar, enviando alimentos adequados, levar comida de casa não parece ser socialmente aceite. Está muito mais na moda ir ao bar ou tirar das máquinas automáticas ou até do café mais próximo. Tudo isto obriga muitas vezes as mães a compensarem a criança na refeição que fazem em casa.

237. Refeições frente à televisão – 4,4

238. Refeições iguais para todos – 2.6; 4.4; 8.7; 13.2; 14.3; 14.4 - faz referência ao facto de, em algumas famílias, o plano alimentar com as novas regras que a criança deve adoptar, serem também seguidas por todos. Os hábitos já instalados, a existência ou não de outros filhos e a sua idade, o suporte que a família providencia à criança em consulta, etc., são factores determinantes neste aspecto. Ou seja, se em algumas famílias o plano alimentar é adoptado como regra, noutras a criança acaba por ser excepção e só ela cumpre o plano. Quando toda a família adere, parcial ou totalmente, às novas regras alimentares, este parece ser um factor coadjuvante na adesão da própria criança, fortalecendo a sua motivação. Pelo contrário, quando só a criança é submetida ao novo regime alimentar, existem dificuldades no seu cumprimento, por um lado e as mães sentem grande dificuldade em fazer cumprir esses mesmo plano, acabando por prejudicar a criança, uma vez que confeccionar diferentes refeições para a família se torna mais dispendioso em termos de tempo. Ser dona de casa ou trabalhar fora é um factor determinante para esta organização, para as mães, uma vez que, na sua maioria, são elas quem trata de tudo o que diz respeito à alimentação. Mesmo que num momento inicial, as mães consigam cumprir de forma mais ou menos rigorosa o plano alimentar, as exigências dos diferentes membros da família, acabam por se sobrepor às necessidades da saúde da criança em causa. Finalmente, se as crianças mais velhas e os adolescentes podem já realizar algumas escolhas, responsabilizando-se em parte pelo cumprimento ou não do plano alimentar, as crianças mais pequenas dependem totalmente daquilo que a mães lhes providencia, passando toda a responsabilidade para as mães. Muitas mães afirmam que toda a família procura fazer o mesmo tipo de alimentação que foi recomendada para a criança na Consulta. Desta forma, a «dieta» que a criança deve seguir não é preparada apenas para ela, mas partilhada por todos. A criança não se frustra por não comer o mesmo que toda a restante família e a mãe também não se vê obrigada a preparar

refeições diferentes. Por isso, algumas mães não entendem como, fazendo todos o mesmo tipo de alimentação, elas conseguem perder peso e a criança não. Pelo contrário, algumas crianças ganham peso.

239. Refeições preparadas pela avó – 8,5
240. Refeições preparadas pela criança – 1,8; 2,4 - pelo facto de estarem a trabalhar e de a criança fazer as refeições em casa, algumas mães permitem que a criança prepare as suas próprias refeições, sobretudo as crianças mais velhas. Isto permite que a criança possa comer aquilo que mais gosta, sem ter em conta, muitas vezes, o plano alimentar, cometendo assim erros alimentares. Mesmo deixando alguma coisa preparada, o facto de a mãe não estar para poder exercer controlo sobre a criança, permite-lhe ter liberdade de comer o que quiser.
241. Reflexo/consequências do aumento de peso – 7,1; 11,2; 11,4 - refere-se às dificuldades físicas que a criança demonstra e que as mães associam ao excesso de peso. Destas dificuldades, destaca-se sobretudo o cansaço a realizar determinadas tarefas e desporto escolar, por exemplo.
242. Regras na alimentação – 2,7
243. Regresso da criança à família – 2,2; 2,4
244. Regresso do pai – 1,9
245. Relação com o pai – 1,5; 2,2; 2,6
246. Relação conjugal – 1,5; 2,1; 2,2; 2,7; 3,8; 5,2; 8,2 - diz respeito ao tipo de relação que os pais mantêm entre si. Sendo o companheiro sentido como uma fonte importante de suporte social, a forma como os dois se relacionam condiciona e reflecte simultaneamente o peso desse apoio e seu carácter positivo negativo. Independentemente de um bom ou mau relacionamento entre o casal, é normalmente a mãe quem cuida das questões alimentares e de grande parte dos cuidados com a criança. – Algumas mães descrevem o seu relacionamento com o marido como problemático, difícil, muitas vezes violento, por vezes com a existência de relacionamentos extraconjugais por parte do marido, podendo mesmo ocorrer separação ou tentativas de separação do casal. Estas dificuldades na gestão do casamento, reflectem-se no ambiente familiar, no tipo de relação entre o pai e a criança e na forma como a mãe percepção o seu casamento, a sua família e, sobretudo trás uma

maior sobrecarga no papel e nas tarefas que a mãe desempenha. Ou seja, o pai/marido deixa de ser sentido como uma fonte de suporte social para a mãe.

247. Relação mãe-criança tipo pares – 1,3; 1,6 - algumas mães assumem que o seu relacionamento com a criança nunca teve em conta a diferenças nos papéis de cada uma, ou seja, mais do que mãe e filha, a relação entre ambas assemelha-se mais a uma relação entre amigas, com um esbatimento total das «hierarquias» naturais e necessárias. Este tipo de relação sem assimetrias, faz com que essas mães se sintam culpadas pelos actuais comportamentos menos adequados da criança e tornem quase impossível a sua tarefa de impor regras.
248. Relacionamento entre irmãos – 2,4; 5,3
249. Relacionamento familiar – 1,1
250. Relacionamento mãe-criança – 1,3; 1,5; 2,3; 5,8; 8,2 - a forma como se relacionam com a criança, é normalmente referida pelas mães. Caracterizar a sua relação permite perceber que peso tem a mãe na vida da criança, que laços as unem, o que têm em comum, nível de comunicação, etc. relações vistas como satisfatórias, próximas, abertas, agradáveis e saudáveis, contrastam com mães que não conseguem proximidade com a criança, sem qualquer influência sobre ela, com dificuldades de comunicação. Nestas situações, impor regras de restrição alimentar ou outras, acabam por ser tarefa impossível. A forma de relacionamento que mantêm, são muitas vezes determinadas pela personalidade da criança e também pela relação entre toda a família. Estar em casa ou trabalhar fora marca, para algumas mães, uma grande diferença na relação que mantêm com a criança. Quando existem outros filhos, as comparações entre eles e suas personalidades é inevitável.
251. Repetir – 4,6; 5,7; 12,2 – algumas mães fazem referência ao facto de a criança gostar muito de comer e de o fazer em grandes quantidades, chegando mesmo a repetir o prato. Noutras ocasiões, e quando a criança é mais autónoma senda ela própria a servir-se, tende a fazê-lo mais do que uma vez, sem controlar as quantidades ingeridas.
252. Responsabilidade da criança face à sua alimentação – 5,7; 6,2; 10,2; 10,4; 11,5; 12,3 - algumas mães referem que o facto de a criança ser mais velha faz com que o controle de tudo o que ela come lhes escape. Parecem existir claras diferenças sobre o controle que as mães têm face à alimentação da criança quando esta se torna autónoma e pode aceder por si mesma ao que

- quer. Por isso, as mães sentem que é a criança a mais responsável pelo cumprimento da dieta ou não.
253. Responsabilidades domésticas – 5,8
254. Responsabilização materna face à alimentação – 5,7
255. Revolta da criança – 3,2; 3,4; 3,5 - algumas mães sentem que a criança está revoltada e que o demonstra de forma agressiva, mas sem expor os verdadeiros motivos.
256. Roupa – 1,2; 1,7; 3,4; 4,5; 6,3 - alguns dos complexos sentidos pela criança e referidos pelas mães face ao excesso de peso, manifestam-se em situações particulares, como sejam a relação com os pares – quer seja na escola, quer seja noutros contextos de interacção social – mas também no que diz respeito ao vestuário. Ter excesso de peso ou ser obeso, implica grande dificuldade em encontrar peças de roupa do seu tamanho e iguais às das outras crianças. Por outro lado, para algumas crianças é difícil vestir determinadas peças de roupa que exponham mais o corpo, revelando ainda mais o peso e as formas aumentadas do corpo que, segundo algumas mães, agudizam os comentários.
257. Sem complexos – 4,5; 7,3; 12,2; 12,3; 13,3 – algumas mães afirmam que a criança não tem, ou não manifesta ter qualquer tipo de complexos face ao corpo e ao excesso de peso, independentemente de poderem ser alvo de comentários dos colegas. Uma boa auto-estima e uma boa auto-imagem, bem como uma boa relação com o corpo e integração social, fazem com que as mães façam esta afirmação.
258. Sem pudor do corpo – 7,4
259. Sempre disponível – 5,10
260. Sempre foi gordinho – 4,2; 5,3; 6,1; 7,1; 9,2; 10,1; 13,2; 14,2 - a maioria das mães afirma que a criança sempre foi gordinha, ou seja, sempre viram a sua criança como gordinha o que implica que o peso a mais foi quase sempre uma constante na imagem da criança e aos olhos das mães. Embora possam ter existido períodos de maior aumento de peso, quase todas as mães entrevistadas referem este peso a mais como sempre presente.
261. Sempre gostou de comer – 1,4
262. Sempre praticou exercício físico – 4,5

263. Sentimento de culpa (materno) – 1,3; 1,8; 3,3; 3,7; 5,3; 5,4; 5,7; 5,8 - confessando alguns erros na educação da criança, nomeadamente no tipo de relação estabelecida – relação mãe-criança tipo «pares» – algumas mães assumem que estes podem ter sido prejudiciais na estruturação da personalidade da criança. Por não poderem dar todo o apoio que consideram necessário á criança, algumas mães manifestam um grande sentimento de culpa.
264. Separação do casal – 8,1; 8,3
265. Separação do pai – 1,2; 1,5
266. Separação mãe-criança – 2,1; 2,3; 3,1; 3,2 – por diferentes e variados motivos, algumas mães viram-se forçadas a separarem-se da criança, por períodos de tempo mais curtos ou até mesmo longos.
267. Ser feliz – 5,9
268. Ser guloso – 4,5; 9,4; 12,2 – algumas mães fazem referência ao facto de a criança gostar muito de comer alimentos ricos em açúcar, sendo muitas vezes este tipo de alimentos os mais difíceis de serem retirados da sua alimentação.
269. Ser uma criança – 4,5; 4,6; 8,5; 13,3 – para algumas mães, o facto de a criança ser apenas isso mesmo, uma criança, fá-las ser menos rigorosas quanto ao cumprimento da dieta, uma vez que as consideram muito pequenas para serem privadas daquilo que lhes dá prazer comer. Para estas mães, ver uma criança pequena a fazer dieta é algo de pesaroso, chegando mesmo a ter pena dela.
270. Situação limite – 5,3
271. Tempos livres (TV/ sofá/ jogos de vídeo) – 1,6; 2,4; 4,4; 7,3; 9,3; 11,6 - faz referência à forma como estas crianças ocupam o seu tempo livre, sobretudo em casa. Prova do sedentarismo que se vem instalando e que se encontra fortemente associado ao excesso de peso e obesidade, são as horas passadas à frente da televisão ou no computador, deixando o exercício físico associado ás brincadeiras na rua para trás.
272. Tentar compensar a criança – 3,8
273. Tentar conjugar gostos alimentares de todos – 4,3
274. Tentar cumprir plano alimentar – 4,4

275. Tentar desvalorizar comentários (por parte da mãe) – 2,5; 10,3 - percebendo a forma como os comentários dos outros face ao excesso de peso da criança a magoam, algumas mães tentam desvaloriza-los, por forma a aumentar a auto-estima da criança.
276. Tentar encontrar alternativas – 1,8; 2,7; 3,9 - por forma a incentivarem a criança a cumprir o plano alimentar proposto e devido à dificuldade em impor regras, algumas mães tentam encontrar novas soluções e estratégias para que, subtilmente, a criança se vá adaptando ao que lhe é pedido na Consulta. Cozinhar em menores quantidade, fazendo com que a comida seja feita apenas para aquela refeição e não haja possibilidade de repetir, retirar alguns dos alimentos mais calóricos e que a criança tem mais dificuldade em deixar de comer.
277. Tentar envolver o pai nos tratamentos – 2,6; 2,7 - por vezes as médicas responsáveis pela Consulta, ou mesmo outros técnicos de saúde tentam que os pais acompanhem o percurso da criança na própria Consulta, ensinando formas de estimulá-la e incentivá-la na dieta, uma vez que algumas mães consideram inaceitável a forma como esses pais criticam a criança. Também a mãe tenta explicar ao marido como falar com a criança acerca dessas questões.
278. Tentar impor regras – 1,9; 2,4 - a entrada da criança na adolescência implica, algumas mães uma necessidade de impor regras, limites, mas sem deixar de permitir alguma liberdade. Embora queiram que a criança faça as suas experiências, para estas mães as regras são indispensáveis. Chegam mesmo a afirmar que permitem e dão tudo à criança, dentro dos seus limites e daquilo que consideram razoável. Por outro lado, crianças que cresceram separadas da mãe e que regressam a casa já mais velhas e com as regras inculcadas pela pessoa que substituiu a mãe, dificultam a imposição de regras. Nestas situações, o desespero materno de não conseguir educar a criança e impor-lhe limites, pode entrar em conflito com o sentimento de culpa pela separação, gerando grande conflito interno na mãe e maiores dificuldades em gerir a situação com a criança.
279. Tentar impor regras alimentares – 1,4; 1,5; 1,7; 1,8; 5,7; 14,2 - preocupadas com o peso da criança e com a quantidade de comida que ingerem, mesmo já tendo o plano alimentar para seguirem, algumas mães

confessam que falham na sua tarefa de impor regras à criança. Apesar de tentarem impedir a criança de comer, de a alertarem para o facto de estarem a comer em excesso e do seu peso ser muito, as maioria das vezes não são bem sucedidas, sobretudo porque, a partir de certa idade, a criança tem muita autonomia no acesso e na própria preparação das refeições. Também alguns pais se empenham na tarefa de tentar que a criança cumpra as regras estabelecidas.

280. Tentar quebrar isolamento – 2,4
281. Tentativa de responsabilizar a criança pela dieta – 3,9
282. Tentativa desculpabilização – 5,8
283. Tentativa separação do casal – 2.2; 3.5; 3.8 - para alguns casais, as dificuldades no casamento podem implicar situações de quase rotura. Divergências a vários níveis, relacionamentos extraconjugais, etc., são factores que determinam problemas graves na relação.
284. Tentativa suicídio – 1,5
285. Ter consciência do peso – 5,5
286. Ter de comer menos – 14,3
287. Ter de se impor face aos outros – 8,5
288. Ter dinheiro – 3,8; 11,5
289. Ter mais pessoas em casa – 5.4; 7.3; 11.6; 13.1 – algumas mães referem ter alguma dificuldade em cumprir o plano alimentar da criança pelo facto de terem outros membros da família em casa e que têm os seus gostos pessoais dos quais não querem ser privadas. Ou seja, deixar de adquirir e de ter disponível em casa alguns dos alimentos que a criança deve evitar, prejudica outros membros da família, dificultando assim o papel da mãe.
290. Ter medo da criança – 1,5; 1,6
291. Ter necessidades – 1,4
292. Ter pena – 1.6; 8.6; 13.1; 13.3 - quer seja pelo percurso de vida difícil, quer seja pelos complexos que a criança tem devido ao excesso de peso, algumas mães afirmam ter pena da criança. Este sentimento encontra-se ainda muitas vezes associado ao facto de as mães se verem obrigadas a recusar certos alimentos à criança ou a restringir as quantidades por ela ingeridas, uma vez que não deixam de ser apenas crianças já a serem privadas de alguns prazeres.

293. Ter regras a comer – 2,2
294. Ter sempre fome – 8,6; 12,1; 12,3 – algumas mães referem o facto de a criança estar constantemente a comer por ter fome, como se nada as conseguisse saciar, o que dificulta bastante o cumprimento do plano alimentar, bem como o seu papel de controlo da sua alimentação, uma vez que têm de negar mais frequentemente alimentos à criança.
295. Tristeza com aumento de peso – 8,5; 8,6;
296. Vício de comer – 8,7
297. Vivências familiares pouco saudáveis – 5,8

DM
SILV/LI.2

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**PARENTALIDADE
E OBESIDADE INFANTIL**

Volume II

Liliana Isabel Monteiro da Silva

Lisboa, 2006



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

17851

26.11.08

Tel: 21 851 17 00 - i.spa@ispa.pt

ÍNDICE

VOLUME I

Introdução.....	1
Conhecer a Obesidade.....	2
Causas.....	3
Fazer o Diagnóstico.....	4
Problemas Físicos Associados à Obesidade.....	5
Problemas Psicológicos Associados à Obesidade.....	6
Números da Obesidade Infantil.....	7
Persistência da Obesidade na Idade Adulta.....	8
Comportamento e Obesidade.....	8
Obesidade e Família.....	9
Parentalidade.....	11
Formas de Intervenção.....	14
Formulação do Problema.....	16
Método.....	20
Participantes.....	20
Procedimento.....	21
Procedimento da Análise dos Resultados.....	21
Resultados.....	23
Discussão dos Resultados.....	31
Referências Bibliográficas.....	35
Anexos.....	39
Anexo A: Lista de Categorias.....	41
Anexo B: Lista de Memorandos.....	52

VOLUME II

Anexo C: Entrevistas Codificadas.....	84
Entrevista 1.....	85
Entrevista 2.....	94

Entrevista 3.....	101
Entrevista 4.....	110
Entrevista 5.....	117
Entrevista 6.....	127
Entrevista 7.....	130
Entrevista 8.....	134
Entrevista 9.....	141
Entrevista 10.....	146
Entrevista 11.....	150
Entrevista 12.....	156
Entrevista 13.....	160
Entrevista 14.....	163
Anexo D: Grounded Theory: o Método.....	168

ANEXO C

Entrevista 1

Nome da Criança: *Maria*

Idade: 15 anos

Mãe: *Ana*

Idade: 38 anos

Profissão: auxiliar de acção educativa

Data da primeira consulta: 29 Novembro 2005

Data da entrevista: 29 Novembro 2005

Nasceu com: 3,300 kg e 49 cm

Peso na primeira consulta: 140 kg e 1,65m

Peso actual: 140 kg e 1,65m

(A *Maria* não estuda, uma vez que veio de França, estando à espera de entrar num curso técnico profissional. Avós diabéticos, sendo que o avô materno é insulino dependente, história de hipertensão e colesterol elevados. Gravidez acompanhada e introdução da alimentação sólida normal. Foi amamentada, mas sempre com acréscimo de suplemento. O pai da *Maria* está a fazer uma desintoxicação de droga em Lisboa. Nunca foi um pai presente, uma vez que emigrou para França e agora está internado. Tem uma irmã de dois anos de idade. Não faz exercício físico, passando os dias fechada em casa a ver televisão. Não tem amigos cá.)

E- Como é que tem sido ser mãe da *Maria*?

M- Muito complicado, muito complicado mesmo. Devido á obesidade e aos complexos que ela tem, torna-se muito complicado. O ambiente familiar também não tem sido dos melhores. O pai é toxicod dependente, só agora conseguimos que ele fizesse uma desintoxicação.

Dificuldades na
maternidade

Complexos

Relacionamento
familiar

E- Há quanto tempo o pai está nessa situação?

M- Quando ele começou eu estava grávida da *Maria* na altura. Desconfio que tenha sido nessa altura. Já é há muito tempo e só agora é que ele viu realmente que precisava de ajuda. Agora pediu ajuda, foi internado e já lá está há 5 meses. E pelos vistos está a correr bem, só que isto para a *Maria*...tanto este problema do

pai, como o pai ter estado tanto tempo fora.... só pelo Natal é que havia mais contacto e ela sempre foi mais agarradinha ao pai...isso tudo a magoa. Eu vou buscá-lo pelo Natal e ela “mas porque é que o pai vem, antes queria que ele ficasse”. E depois é os complexos também da obesidade dela, que...chega o tempo quente, a *Maria* para vestir uma camisola de manga curta é muito complicado....cavas é mentira, porque estes olham, porque estes dizem....

Vai a passar, vê um grupo de jovens e diz “mãe vamos por aquele lado”....Ela diz que não tem complexos, mas tem bastantes. Ela o ano passado ainda esteve no ensino regular, esteve aqui na escola, mas não se adaptou. Eu cheguei a ir lá porque lhe tinham dado com uma pedra nas costas. Havia crueldade no sentido de lhe chamarem nomes e atiraram-lhe com a pedra e ninguém fez nada. E como já a tinha inscrito noutra escola para sair daquele ambiente, já foi melhor.

Complexos

Roupa

Comentários dos outros

Complexos

Comentários dos outros

Dificuldades de adaptação escolar

E - Há então muitas questões ligadas ao corpo...

M- Muitas. Não sei se ela é mesmo por ser demasiado gorda se...porque eram mesmo cruéis. Cheguei a ter dificuldades a que ela fosse para a escola. Cheguei a ir levá-la, ela entrar e eu ouvir do outro lado os miúdos a dizerem “gorda” e isto e aquilo, e eu não poder dizer nada para ela não se aperceber, porque ela não tinha ouvido. Na outra escola já foi muito bem aceite, foi totalmente diferente. A professora de ginástica puxava por ela, fazia com que ela andasse e andava bastante motivada. Os complexos continuavam, mas era muito, muito diferente.

Aumento de peso

Complexos

Não querer ir à escola

Comentários dos outros

Incentivo dos professores

Boa adaptação escolar

E- E ela não pôde continuar lá porquê?

M- Porque é só até ao 6º ano. Mas ainda mantém o acompanhamento técnico da protecção de menores, que começou quando andou lá na escola e ainda tem. Porque elas é que estão a segui-la e a tratar da entrada dela no curso técnico profissional.

Mudança de escola

Acompanha-
mento
psicológico

E- Então, está a ser acompanhada...

M - É, ela andava a evitar de lá ir, mas a semana passada foi e gostou muito e agora vai lá outra vez. Porque ela...é muito respondona. Porque quando nós viemos à consulta do Nutricionista (outro que não esta nova médica), o doutor a falar muito bem e ela a fazer como quem não está a ligar nenhuma e eu até fiquei

Acompanha-
mento
psicológicoPersonalidade da
criançaMudanças de
comportamento

envergonhada, porque o médico apercebeu-se. Eu não e eduquei assim da maneira como ela está agora.

E- Então, como era a *Maria* quando era mais pequena?

M- Era uma criança muito dada, muito amorosa, metia-se com toda a gente, alegre. Aprendia facilmente as coisas. Mesmo na escola, dava-se com todos. Só desde a primeira classe a professora mandava-a fazer algum trabalho e ela não fazia porque não lhe apetecia, era este género, mas mesmo em festas...associava-se, fazia tudo como deve de ser e tentava. Já para o fim, na quarta classe, já...quando começou a ficar mais forte, era obesa, ma não como é hoje....já começou a ser um bocadinho diferente, com mais problemas na escola.

Mudanças na personalidade

Boa adaptação escolar

Complexos

Boas relações interpessoais

Aumento de peso

E- Mas ela gostava da escola?

M- Eu penso que ainda hoje a escola...só se tiver um bom ambiente. E quando fui para França tive muito medo, porque eram outras pessoas, outra cultura e vê-la assim sempre a resmungar.... mas não. Ela foi para uma sala com miúdos de várias nacionalidades e puxaram logo por ela. Tanto que nesse primeiro ano, ela convivia imenso com elas, saía e levava-as lá a casa e tudo, foi um bom convivo. No segundo ano, tiveram que a empurrar para dentro da aula e era o professor do ano anterior. Tinha colegas do ano anterior mas arranjava sempre desculpas para não ir à escola.

Dificuldades de adaptação escolar

Incentivo dos colegas

Boa adaptação escolar

Não querer ir à escola

Mudanças no comportamento

E- Como foi o crescimento da *Maria*, ao longo deste tempo todo e destas mudanças de país? Como é que foi educá-la?

M- O meu maior problema, foi não fazer mãe-filha e mais de um ombro amigo. Ser mais amiga dela do que considerá-la uma filha....acabei por lhe fazer mal, porque a gente ao confiar demais ou ela saber de tudo, se calhar foi prejudicial para ela. Às vezes, quando estava chateada, acabava por dizer coisas que não devia dizer à frente dela. E na questão de ser mal criada, é a confiança demais não há aquela regra de eu ser a mãe e eu é que mando. Porque se eu a chamo a atenção e lhe ralho ou digo que lhe bato, ela diz logo que foge de casa, que se mata, portanto, depois também é assim complicado eu agir.

relação mãe-filha tipo pares

sentimento de culpa materno

contar tudo

relacionamento mãe-filha

perda de autoridade

E- E isso reflecte-se em todas as situações, na alimentação também, por exemplo?

M- Sim, sempre. Quando está a comer, normalmente enche o prato duas vezes e se for preciso enche novamente e eu digo-lhe “ò *Maria* mas já comeste tanto e já estás com fome outra vez...não comas tanto”. Porque, ou a «guloseira» ou é aquele vontade de comer, não sei o que é que se passa, porque ela come com satisfação. É uma criança que come com satisfação, mas desde sempre. A irmã já não é tanto assim, come mas não é tanto assim como ela.

Comer em grandes quantidades

Tentar impor regras alimentares

Gostar de comer

Comparação entre filhos

E- Disse-me há pouco que ela começou a aumentar mais de peso a partir da quarta classe...o que será que mudou nessa altura?

M- Começou a aumentar nessa altura, mas não faço ideia porquê. Porque eu nunca tive problemas com ela para comer. Mesmo em bebé, ela adorava mamar, mas era no biberão, não era na chucha e a médica disse-me para eu pôr uma gaze para fingir que era leite e a irmã bebe 2 ou 3 biberões de leite seguidos, mas á refeição come menos. Não é que eu tenha imposto hábitos, mas gosto mais de peixe do que de carne e a *Maria* já é ao contrário. E mesmo a irmã, se eu lhe puser o prato à frente e ela ao fim de duas garfadas já não quiser mais, eu também não a obrigo, não quer não come. Agora com a *Maria* põe-se um prato à frente e ela come-o todo.

Início do aumento de peso

Gostar de comer

Comparação entre filhos

Comparação de hábitos alimentares

Comparação entre filhos

Não obrigar a comer

Comer tudo/ não resistir

E- Desde pequena que é assim?

M- É, sempre foi, sempre comeu bem e de tudo. Mesmo quando começou a comer as sopinhas e as papinhas, ela gostou sempre de tudo. Tem alturas em que tem assim necessidade de ter um doce, um bolo, mas normalmente é mais o pão. Mas depois, às vezes já estamos a dormir e ela levanta-se e vai fazer ovos mexidos, com pão, essas coisas. Mas o pai também chegava a fazer assim umas ceias tardias e isso também já vem se calhar desse hábito.

Sempre gostou de comer

Gostar de comer

Comer de tudo

Ter necessidades

Comparação de hábitos alimentares

E- E a mãe deixa?

M- É que eu posso ter fome e peço-lhe para ela me dar uma tostinha com um bocadinho de ovo...ainda ontem ela arranjou uma tosta para mim com pouco, porque ela sabe que eu não quero comer muito antes de ir para a cama – e agora até estou a perder mais esse hábito de comer antes de dormir, porque vou para a

Comparação de hábitos alimentares

cama, não é – e ela trouxe um prato cheio com pão e ovo e eu disse-lhe “ó *Maria* mas tu vais comer isso tudo?” e ela disse “deixa-me estar, deixa-me estar, eu é que sei”.

Dificuldades em impor regras alimentares

Inversão de papeis

E- Nunca lhe diz “não comes”?

M- Se eu lhe disser “não comas isso porque isso faz-te mal”....ela diz “quem sabe sou eu, quem manda sou eu”. Não tenho...não é medo dela, mas sei que não consigo impor-me em certas coisas. E depois tive um grande medo, ela quando estive em França – nunca me disse a mim e eu nunca me apercebi que se passou isso lá -, mas depois contaram-se que ela tentou suicidar-se lá. Encheu a banheira e meteu-se lá dentro, porque estava farta e...o pai, porque ela via a vida do pai. Ela já sabia o que se passava com o pai e ele, não digo que tenha sido sempre presente, mas foi um pai que nunca a tratou mal. Mesmo assim, foi um bom pai.

Inversão de papeis

Tentativa de impor regras alimentares

Ter medo da criança

Não se conseguir impor

Relacionamento mãe-filha

Tentativa de suicídio

Relação com o pai

E- E apesar de tudo, a mãe manteve-se sempre com ele....

M- Eu acho que é por a pessoa gostar e aguentar tudo, mas agora já estava a chegar...se ele não tivesse sido internado, a coisa ficava por aqui, porque estava já saturada, acho que já tinha aturado demasiado. Pronto e a *Maria* assistiu também a muita coisa que não devia, mesmo agressões que tinha comigo, quando queria dinheiro e eu não tinha...ela assistia. Isto antes de ir para a França. Mas nunca foi assim de me tratar mesmo muito mal, porque se a gente for a ver, a droga é uma doença.

Aguentar tudo

Relacionamento conjugal

Separação do pai

Agressões

E- E ele agora foi internado porque quis?

M- Foi, ele é que pediu ajuda porque estava já a ficar mesmo... Ele agora até teve uma entrevista com a *Maria* e com o conselheiro, onde lhe pediu desculpa por tudo o que tinha feito e que queria ser um pai presente e aberto com ela. E ela veio de lá a rir, toda satisfeita, mas depois o pai ao telefone pergunta-lhe pela escola e ela “é sempre a mesma coisa”, “e estás mais gorda? Olha que tens de comer menos”, já não quer falar mais com ele.

Separação do pai

Preocupação do pai com o peso

Incentivo do pai

E- Mas a mãe disse-me que ela tem imensos complexos com o corpo e por causa dos outros, mas mesmo assim, ela não está motivada para mudar a alimentação?

M- Não, não tem. Eu também não digo que não porque tenho um bocado de medo, tenho medo que ela.... porque ela também é uma criança muito nervosa e quando se enerva...eu podia pensar que ela ameaça mas não faz, mas eu acredito que ela era capaz de o fazer....porque se ela se enerva de me ver mais chateada, porque a vida não é assim tão boa, ora se eu lhe dou azo para mais, se calhar....Por isso é que eu digo, a *Maria* havia de continuar sempre a ter sessões lá com a técnica, para poder desabafar, já que não fala comigo....Porque a gente ouve-a falar e não pensa que ela é assim, tanto que o pai diz que ela manda em mim....e já ralhou com ela de ouvir ela falar assim. Em parte o pai tem razão, embora eu não lha possa admitir directamente, mas tem razão, mas...se calhar por ele ter estado ausente eu tenha... me tenha agarrado mais a ela e não haver certos obstáculos e regras que havia de haver. Deixei andar um bocado.

Falta de motivação

Ter medo da criança

Personalidade da criança

Acompanha - mento psicológico

Dificuldades no relacionamento mãe-criança

Ausência do pai

Relação tipo pares

Não haver regras/ Deixar andar

E- E agora, já é tarde para pôr essas regras?

M- Eu acho que com ela é um bocadinho complicado. Não é que eu tenha medo dela, que ela me possa fazer alguma coisa, porque se eu lhe ponho a mão em cima deixo-a marcada...o problema não é esse. Mas tenho medo que a vá afectar mais. Como mãe também tenho medo e acabo por ter pena dela.

Dificuldade em impor regras

Ter medo da criança

Ter pena

E- Pena em que sentido?

M- Pena de a ver assim tão em baixo, porque eu acho que as reacções dela não são normais. São reacções...tanto os complexos de ela se sentir...sente ali qualquer coisa que não diz. E quando eu lhe falo dos complexos, ela diz que não tem.

Ter pena

Preocupação com aspectos emocionais

Não admite complexos

Não falar/ meter para dentro

E- Ela agora não está na escola, o que é que ela faz todo o dia?

M- Nada.

Inactividade total

E- Tem de fazer alguma coisa...

M- Está todo o dia a olhar para a televisão e toma conta da irmã. É ver televisão e mais nada. Por isso é que estou deserta que comece o curso.

Tempos livres/TV

Isolamento

E- E agora não tem possibilidade de fazer mais nada, uma actividade física que gostasse, por exemplo?

M- Mas eu digo-lhe diversas vezes para ir ter comigo e levar a irmã, sempre sai e anda um bocadinho e distrai-se, “não me apetece, não me apetece”.

E- E com as amigas?

M- Tinha as da escola e outra que ficou agora um pouco «estragada» e ela...afastou-se um bocado. Porque ela ia para casa dela, chegou a passar fins-de-semana em casa dela....gostava muito dela. Mas começou a andar com um miúdo que também se droga e ela afastou-se.

Afastamento dos amigos

Dificuldades no relacionamento interpessoal

falta de amigos

E- Então a *Maria* está a isolar-se, é isso?

M- Pois, tirando eu , a irmã e a família mais próxima..tem uma prima que vai lá à segunda e á sexta...tem outras primas mais velhas com quem gosta de estar nos petiscos e nos jantares....e de resto....

Isolamento

Falta de amigos

Gostar de comer

Convívio à volta da comida

E- Então está dias e dias seguidos em casa?

M- Assim ao fim-de-semana como eu estou em casa digo-lhe para ir comigo ao café ou ao shopping e já a faço andar um bocado e ela gosta.

Incentivo materno

E- Mas ela sempre foi assim?

M- Não, mesmo o ser agressiva, eu noto mais ultimamente. E depois eu acho que as paixões também não ajudaram, porque eu sei que ela teve uma paixão em França por um miúdo romeno, mas por um papel que eu vi, parece que ele gostava era da amiga e ela também devia ter ficado assim um bocado desgostosa. Quando andou ali na escola também gostava de um, mas ele gostava era das outras...mesmo isso também deve marcá-la um bocadinho ver essa tal amiga, mesmo que ele não preste, mas namora.....e ela deve sentir-se assim um bocadinho...

Mudanças no comportamento

Personalidade da criança

E- E a mãe, o que é que lhe diz?

M- Digo-lhe muita vez que ela tem de pensar nela. Mesmo quando a gente vai comprar roupa, e eu digo “vês *Maria* como tu engordaste?, ceia um bocadinho, tenta não comer tanto. Tu apetece-te, mesmo queijo fresco, tu comes um queijo fresco, iogurtes e não comes”....

Roupa

Chamada de atenção

Tentativa de impor mudanças alimentares

E- Quem é que faz as compras lá para casa?

M.- Sou eu.

E- E ela vai também e escolhe?

M- Sim. Muito gosta ela de ir ao supermercado quando eu tenho dinheiro e pedir-me “leva-me umas batatas”, “desculpa lá, mas ao almoço já foi batatas e não levas”...mas eu também gosto, às vezes tenho vontade e sei que isso também foi um erro porque, como eu gosto muito de batatas podia evitar...por acaso não tenho feito muito, mas adorava fritar batatas e era cada balde (risos), mas agora tenho evitado um bocadinho isso. E acho que uma regra que eu tenho de fazer é ela pede-me peixe frito com arroz, que ela adora e tenho de, em vez de pôr uma chávena, pôr metade para ver se não sobra muito e ela não pode comer muito. É o que eu tenho de começar a fazer.

Tentativa de impor regras alimentares

Chamada de atenção

Comparação de hábitos alimentares

Sentimento culpa materno

Tentar impor regras alimentares

Alterar hábitos alimentares

Tentar encontrar alternativas

E- Como é que são as refeições lá em casa?

M- Comemos na cozinha e não tenho televisão na cozinha. Ao almoço, ela almoça com a irmã, é capaz de fritar batatas ou faz o que eu deixo, mas se for peixe para cozer, ela não lhe apetece nada disso, e frita batatas...gosta muito de fazer massa à bolonhesa. Ela gosta muito de massa e dizem que não engorda, o pior é os condimentos...eu gosto de massa com natas. Chegava a fazer muito isso, mas agora é uma vez por mês, porque sei que faz mal. Uma coisa que ela também gosta, que às vezes pede é os bifes com cogumelos e natas. Só que depois ela abusa no molho.

Refeições em família

Refeições preparadas pela criança

Comparação hábitos alimentares

alterar hábitos alimentares

Gostar de comer

(a *Maria* liga para a mãe porque está cansada de esperar...)

Gostar de comer

Porque é assim, eu posso gostar de certas comidas, mas nem sempre as como e não abuso nelas e ela já abusa.

Comer em grades quantidades

E- Quando a *Maria* ainda não fazia a comida e dependia do que a mãe lhe desse, conseguia ter mais controle no que ela comia?

M- Hum...também já não me lembro assim muito bem, mas sei que foi uma criança que sempre comeu muito bem de tudo, da sopinha à fruta.

Gostar de comer

E- Disse lá dentro que veio à consulta porque estava preocupada, o que é que a preocupa mais?

Preocupação com aspectos emocionais

M- Era mais para conseguir que alguém a convença que ela tem de pensar um bocadinho nela própria...é o que eu tento transmitir, mas não consigo.

Baixa AE

Dificuldades na relação mãe-criança

E- Acha que a *Maria* não gosta dela mesma?

M- Penso que si, que é isso. Porque eu comparo-a um bocadinho comigo, a gente quando não gosta de nós próprios, desleixamo-nos mesmo. Eu sempre fui assim, nunca fui uma pessoa de me preocupar muito comigo. Agora já estou a trabalhar, já estou a pensar de outra maneira, se não é o «deixa andar», e não pode ser. Mas eu digo-lhe que ela é nova, que eu já tenho outra idade e que já é diferente...não mas tenho de lhe meter regras...

Baixa AE

Tentar impor regras

(a *Maria* volta a ligar e eu sugiro à mãe que a deixe entrar, o que acontece)

E- Falámos de como tem sido até aqui. O que é que espera que aconteça a partir desta consulta?

M- Que melhore, em todos os aspectos....o ambiente familiar...é um dos pontos fortes. O principal é o regresso do pai e depois, adaptarmo-nos todos novamente uns aos outros e.....tentarmos ser uma família mais unida e tentarmos ajudarmo-nos uns aos outros.

Regresso do pai

E- Vai ser importante ter novamente o apoio do pai lá em casa?

M- Vamos ver como ele vem, se calhar também vem para se impor (risos). Mas vai ter de haver adaptação, porque ele vem de maneira diferente, mas penso que seja melhor. Mas estou com um bocadinho de receio.....

(com a chegada da *Maria*, a mãe apressa-se a terminar a conversa, uma vez que a *Maria* não parece gostar que a mãe fale dela sem ela estar a ouvir. Ainda proponho que ela também fale comigo, mas ela recusa. Apesar de ainda colocar algumas questões à mãe, ela acaba por não responder e terminamos.)

Muito obrigada pela sua participação.

Entrevista 2

Nome da Criança: *Carla*

Idade: 13 anos

Mãe: *Rosa*

Idade: 39 anos

Profissão: operária fabril

Data da primeira consulta: 1 Junho 2004

(consulta de seguimento)

Data da entrevista: 29 Novembro 2005

Peso na primeira consulta: 72,2 kg e 1,50m

Peso actual: 87,5 kg e 1,55 m

(Obesidade na família paterna, bem como diabetes. O pai tem problemas cardíacos. Tem um irmão de 10 anos.)

E- Como é que tem sido ser mãe da *Carla*?

M- Tem sido bom, às vezes lá tem as suas coisas, pronto...ela é uma criança muito nervosa, muito tímida, «come» tudo com ela. Às vezes eu digo-lhe “ó *Carla*, vem ajudar a mãe, faz isto ou faz aquilo”, ela quando está bem-disposta faz, quando não está diz que eu não gosto dela, que....Às vezes ela quer ir para aqui ou para acolá e eu deixo, mas há certas coisas que eu não deixo, pronto. Ela ainda é pequena e certas coisas não deixo. Mas de resto, ela tem a liberdade toda, vai para onde quer – isto é, com regras – nunca lhe falta nada, dou-lhe tudo o que ela me pede e que eu possa.

Não falar/ meter para dentro

Baixa AE

Tentativa de impor regras/ limites

E- Tem sido uma criança fácil de educar?

M- Não é assim muito fácil. Porque eu tenho uma fábrica, só que ela com três meses foi para a minha mãe. Eu amamenteei e depois deixei de ter mama e ela foi criada com a minha mãe, só a ia buscar ao fim-de-semana. Porque eu naquela altura tinha muitos empregados. Depois houve um percalço em casa, eu chateei-me com o marido, porque ele começou a chegar às tantas da manhã e ia para as casas nocturnas, e andou com outra senhora e começou a ser um mau marido e discutir comigo....(conta alguns pormenores desta fase do casamento)....depois eu

Dificuldades na maternidade

Separação mãe-criança

Relacionamento conjugal

disse que me ia embora, ele foi buscar a nossa filha à minha mãe (tinha ela 3, 4 anos). Estive quase 3 meses sem ir à fábrica, fiquei a tomar conta dos meus filhos – já tinha os dois -, ele tratava-me mal, dava-me porrada...(conta mais pormenores). Ele não é mau pai. Eu nunca saí de casa e depois juntámo-nos outra vez. Fomos ao advogado, estivemos mesmo a separar, mas uma semana antes do Natal...(conta mais pormenores). Depois ele viu que a vida não podia ser assim e perguntou-me se eu o aceitava. De vez em quando lá temos as nossas zangas, mas pronto. Só que é um bocadinho «áspero» para a *Carla*. Por exemplo, ela às vezes pede-lhe dinheiro para isto ou para aquilo e ele diz que não anda a trabalhar para nós.

Retorno da
criança à família

Relacionamento
conjugual

Agressões

Tentativa de
separação do
casal

Reconciliação

Relacionamento
com o pai

E- Ele trabalha também na fábrica?

M- Sim a fábrica é dos dois. E foi o meu mal foi ficarmos a trabalhar juntos.

E- Mas apesar de tudo, a *Carla* lá foi crescendo...

M- Pois, só que eu agora achei....a doutora M. pronto via-a de 8 em 8 dias, controlava-a e ela andava muito bem. Só que agora, esteve este tempo sem cá vir....

Importância
acompanhamento
médico

E- E a *Carla* veio cá a primeira vez porquê?

M- Pronto, ela tem problemas de coração, tem um sopro de nascença e foi fechado por cateterismo e eu fui à minha médica de família porque ela estava a pôr muito peso. Porque ela começou a pôr peso há um ano e tal, depois começou a pôr muito mais e ela achou que era melhor eu vir o médico. Porque os médicos lá (em Sta. Marta), acharam que ela tinha de perder peso. Agora é que eu achei muito peso (aumentou desde a última consulta), porque ela come igual, a alimentação é igual, é tudo igual.

Preocupação com
saúde

Pedido consulta
pela mãe

Acompanha -
mento nutricional
anterior

Aumento peso

Problemas de
saúde

Necessidade de
perder peso

E- E como é que é a alimentação lá em casa?

M- Verduras, sopa, iogurtes, leite meio-gordo.

Cumprir plano
alimentar

E- Mas já era assim antes de vir pela primeira vez à consulta, ou não?Comer de tudo
Gostar de comer

M- Não, ela comia de tudo. Agora é que é assim, mas não era uma criança que se agarrava e comia tudo, tudo, não. Ela tem regras a comer, o que ela bebe é muita água. Ela não consegue fazer uma refeição sem beber meio litro de água ou mais. Mas agora já está a perder, numa refeição é capaz de beber um copo de água ou dois. Mas de resto....e entende bem, ela gosta muito das doutoras, pronto sente-se à-vontade. Pronto, mesmo quando andei cá na Psicóloga...e ela agora também tem Psicóloga lá na escola.

Alteração hábitos alimentares
Cumprir
Importância relacionamento com médicos
Acompanha - mento psicológico**E- Ela mudou há pouco tempo de escola, como é que foi a adaptação?**

Mudança de escola

M- Foi má, ela não aceitou muito bem, porque os meninos dizem que ela é gorda, que elaestão sempre a implicar com ela e ela teve uma crise muito grande. Tanto que a psicóloga viu-se perdida com ela no principio. Agora já não é tanto.

Comentários dos outros

Dificuldades adaptação escolar complexos

E- Ela está a perder os complexos, ou os meninos é que já não a «chateiam» tanto?

M- Não, eu acho que ela ainda não perdeu tudo. Ela diz, por exemplo que “eu sou inferior às outras meninas, eu sou gorda as outras não são gordas”. Eu acho que ela tem complexos de ser assim.

Complexos
Baixa AE**E- O que é que a terá feito aumentar estes quilinhos?**

M- Eu não sei....faz tudo igual, só que começou a ser menstruada em Março, e o período dela não é sempre certo. Eu até disse à doutora e fez análises e exames e ela disse que ela havia de ir a um ginecologista.

Menstruação
Aumento peso**E- Voltando um pouco a trás, a Carla foi criada pela avó, como é que foi viver esse afastamento?**

M- É complicado, é.....só ver um filho ao fim-de-semana, é complicado. Chegava à noite, a cama estava ao meu lado....não havia outra hipótese. Os médicos diziam que eu não a podia ter lá porque ela não podia apanhar pó, tinha de ter muitos cuidados com ela depois dela fazer o cateterismo, e eu não podia largar a fábrica para tomar conta dela. Quando era bebé, ela estava dias inteiros no escritório, eu ligava a televisão ou o rádio e ela entretinha-se.

Separação mãe-criança
Relacionamento mãe-criança
Problemas saúde
Não deixar de trabalhar

E- A Carla passou a viver definitivamente convosco a partir de que idade?

M- Dos 5 anos.

Dificuldades na
adaptação a casa

E – E como é que foi a adaptação, uma vez que ela regressava já crescadinha?

Dificuldades no
relacionamento
mãe-criança

M- Já, foi complicado. Ainda hoje é. Se eu ralho com ela, ou se lhe faço ver qualquer coisa, ela chora e diz que quer a avó.....é complicado.

Tentar impor
regras

E- E as regras nas duas casas, como era?

M- São iguais. Eu tenho uma irmã divorciada com uma menina de 19 anos e vivem com a minha mãe e...ela mantém as regras que eu mantenho. Se ela disser que é ali, é ali mesmo.

E- E em relação à alimentação, os cuidados são iguais?

Apoio familiar

M- É, às vezes a avó até tem mais que a mãe. Por exemplo, às vezes não tenho tempo de ter sopa – agora até faço duas panelas de sopa e divido, congelo e tenho sempre sopa por causa dela -, mas há dias que não tenho sopa e ela diz “ó mãe não te preocupes”. Ou bebe um copo de leite, às vezes vai ao frigorífico ou á arca e tira, ou carne ou peixe e arranja, com batata ou salada. Ela é boa cozinheira, sabe fazer tudo.

Tentar Impor
regras
alimentares

Refeições
preparadas pela
criança

Grande
maturidade/
responsabilidade
da criança

E- E o que é que ela faz mais lá em casa, nos tempos livres, por exemplo?

M- Vê televisão! Ela é uma criança muito tímida, está sempre em casa, não gosta de andar por lá. O «entretém» dela é ver televisão, passa horas a ver televisão. Às vezes digo “ó Carla vai lá acima” – porque eu tenho uma vizinha que ela se dá muito bem e que tem uma bebé e eu digo-lhe para ela lá ir um bocadinho. Depois vai e vem a pé ou de bicicleta.

Tempos livres/
TV

Criança
introversa

Isolamento

Tentar de quebrar
isolamento

E- E com o irmão, não brincam os dois?

M- Ah não, isso é o cão e o gato. Brigam, não podem estar um ao pé do outro. E ela tem medo dele. Ela gosta muito do irmão, ainda esta noite dormiram os dois juntos.

E- E amigos da escola?

Falta de amigos

M- Ela diz que tem amigos na escola, mas tem poucos. Ela tinha lá uma vizinha com quem se dava muito bem, mas pensa que é mais importante que as outras desde que foi para a escola e agora não se podem ver. A outra às vezes trata-a mal, “tu não tens vergonha de ser gorda? Olha para mim que sou toda elegante”, e ela sente-se. Ela diz-me “ó mãe a *Ana* diz que eu sou gorda” e eu digo-lhe que a gente às vezes não pode ligar.

Isolamento

Comentários dos outros

Complexos

Tentar desvalorizar comentários

E- Ela sente-se muito com isso, é?

M- Muito, muito. Ela agora quando soube que tinha este peso, ela ficou...

Aumento peso

E- Ela ainda não tinha notado este aumento?

M- Não. É o que eu digo á doutora, mete-me impressão ela ter tanto peso, porque a roupa é igual! Ela se metesse os 7kg, as calças tinham de ser maiores e as calças são iguais. Já disse que saio daqui e vou pesá-la, às vezes pode a balança não estar boa. Ela já tinha perdido peso, tinha 72kg, depois começou a aumentar, aumentar e depois perdeu 2kg ou 3kg. A alimentação na escola também não é uma alimentação muito boa. Já tenho falado com várias mães, e os miúdos queixam-se que, por exemplo, a couve, a verdura...seja o que for, amarga. Não é uma alimentação boa.

Perda de peso

Aumento de peso

Refeições escolares

E- E já tentaram fazer alguma coisa?

M- Já falámos disso. Ainda esta semana, acabou o gás, eles não fecharam a escola, e sabe o que lhes deram para o almoço?, deram uma sandes a cada um. Era preferível fechar a escola, uma sandes pequenina para um dia inteiro. Depois a *Carla* esteve ali um dia inteiro a passar fome. Chegou a casa, doía-lhe o estômago, comeu um prato de sopa. À noite, antes de se ir deitar, comeu outro prato de sopa – porque a doutora diz que a sopa não faz mal – e ela gosta muito de sopa.

Refeições escolares

Muitas horas sem comer

E- Quando levaram o plano alimentar, o que é que foi mais difícil de fazer?

M- Para ela foi igual. O que foi um bocadinho mais difícil foi o pão, mas de resto...doces, ela também não é muito amiga de doces. Já tenho ido a casamentos e baptizados, ela vê as outras pessoas comerem e ela não pede para comer. Às

Dificuldades em cumprir o plano

vezes eu é que digo “ó *Carla* come um bocadinho”, porque vejo que ela também tem necessidade. Eu já tenho dito á doutora e ela diz que ela pode comer, mas depois tem de estar uns dias sem comer doces. Eu também tinha 99kg e agora tenho 94kg, faço a alimentação igual à dela, todos comem o mesmo, e perdi peso. Ela aumentou, não sei como. Ela deixou de perder peso desde que foi menstruada, aí é que ela deixou de perder peso. Quando o período não é certo, ela põe logo 1kg.

Mãe também faz dieta

Refeições iguais para todos

Menstruação

E- O que é que a preocupa mais nesta situação?

Preocupação com aspectos emocionais

M- Eu preocupa-me é os complexos que ela tem. De ser gorda, e “porque é que eu sou assim? Eu sou uma burra que aqui ando...”. é o que ela me diz. Ela às vezes diz-me cada coisa que eu até fico de boca aberta. Eu vou à psicóloga, dia 28, com o pequeno. Se calhar tenho de pedir consulta, mas nem sei. Ela às vezes diz-me assim - porque ela tem uma prima mais velha meses – e diz-me “ó mãe se eu fosse como a prima, ela tem 13 anos, ela fuma, mete-se com os rapazes, eu não faço nada disso, mãe”. Eu também dou muito apoio, digo-lhe que essas coisas não se fazem, que ainda é uma menina, quando for mais adulta já pensa diferente...dou-lhe muito apoio. A prima às vezes chama-a para brincar e assim e ela não quer. Quando há bailaricos lá, ela pede e eu vou com ela. Ela este ano pertenceu à comissão de festas de lá, dei-lhe tudo o que ela me pediu. Mas houve um dia que ela se juntou com a prima e o meu marido reparou que a outra lhe perguntou se ela queria fumar e ela disse eu não e o pai ralhou-lhe e mandou-a ir para casa. Ela não aceita nada que o pai lhe diga.

Complexos

Baixa AE

Acompanha-
mento
psicológico

Isolamento

Mau
relacionamento
com o pai

Há lá outra menina assim gorda, ou mais, que come, come e o pai às vezes diz-lhe “não tens vergonha de ser como ela, gorda, qualquer dia nem cabes na porta” e eu estou farta de dizer que essas coisas não se dizem e ele diz “eu tenho de dizer porque ela não faz aquilo que eu mando”, não faz porque ela não aceita nada dele. A doutora já o chamou e já lhe fez ver, mas pronto. Ele concordou com tudo muito bem, mas depois....

Falta apoio pai/
criticas

Tentar envolver o
pai no tratamento

Baixa AE

Ela diz que não é uma criança como as outras e eu pergunto-lhe porquê, “porque não sou”. Ela não suporta o pai. Até o meu sogro diz que vai deixar de lá ir comer porque ele está sempre a implicar com a miúda à hora do almoço, à refeição.

Comparação com
os pares

E- Como é que é a hora da refeição?

M- Eu faço a comida e a *Carla* ajuda. Sentamos todos juntos e ele começa logo a arranjar tudo para implicar com ela. Ou porque a mesa não está bem ou porque falta alguma coisa. Eu discuto mesmo com ele, mas pronto. O meu marido é muito machista e gosta muito de ter criados. Ele não aceita a vida normal de agora. (conta como foi o namoro com o marido). Nestes anos todo, eu nunca fui para lado nenhum passar férias. O pequeno há dois anos, ele obrigou-o a ir para a colónia. Mas de férias nunca fomos. E ela com as primas ou isso, não vai. Diz que se a mãe não for, ela também não quer ir. (conta todos os pormenores de uma visita à colónia para ver o filho).

Mãe prepara as refeições

Refeições em família

Falta apoio do pai/ críticas

Relacionamento conjugal

E- Desculpe eu voltar um pouco a trás, mas estava a contar-me como são as refeições...

M- O pai está sempre a dizer “ó *Carla*, não comas isso. Não comas pão que engorda, não comas mais”, mesmo a verdura e a doutora disse que verdura não fazia mal...digo-lhe. Mas está sempre a implicar com ela, a chamar-lhe porca, que não faz nada, não sabe fazer nada.....e ela chora muito. A psicóloga também já falou com ele. Ele vai muito calmo, mas só está uma semana assim, depois volta ao mesmo.

Pai tenta impor regras alimentares

Falta apoio do pai/ críticas

Tentativa de envolver o pai no tratamento

Falta apoio do pai

Tentar encontrar alternativas

E- A *Carla* hoje tem um pouco de peso a mais, como é que acha que vai ser?

M- Sei lá, olhe, não sei. Agora vou-lhe tirar o pão todo. Todo, todo não tiro, mas agora vou cortar o pão. Eu peço sempre pão bem cozido, que tem menos miolo. Antigamente era pão de forma torrado, com manteiga a fugir. Lá nisso ela tem cuidado. Fruta, come a fruta fora da refeição....

Ter regras na alimentação

Não praticar exercício

Não faz é exercício. Só na escola. Lá não há nada.

(a *Carla* está mesmo impaciente, e terminamos a entrevista)

Obrigada pela sua participação.

Entrevista 3**Nome da Criança:** *Sónia***Idade:** 11 anos**Mãe:** *Isabel***Idade:** 31 anos**Profissão:** desempregada (com curso de auxiliar de acção educativa)**Data da primeira consulta:** Junho 2005

(consulta de seguimento)

Data da entrevista: 6 Dezembro 2005**Nasceu com:** 2,670 kg e 47cm**Peso na primeira consulta:****Peso actual:** 86 kg e 1,55 m

(Tem uma irmã com 3 anos. É uma consulta de seguimento. A realização da entrevista a esta mãe é especialmente sublinhada pela pediatra.)

Boa experiência com maternidade

E- Como é que tem sido ser mãe da *Sónia*?

M- Foi sempre uma óptima experiência, porque o meu sonho sempre foi ter duas meninas e acho que nesse aspecto Deus ajudou-me bastante. Só que...enquanto a *Sónia* foi sozinha, foi espectacular. Foi um sonho. Era a menina, era aquilo que mais queria...o vestir, o deitar, o acompanhar, o mudar a fralda...Pronto, foi mesmo um sonho que eu vivi. Agora, não digo que não seja um sonho á mesma, só que está a tornar-se um bocado mais...problemático e eu não estou a ser capaz de controlar a situação. Ela mudou muito...em relação à irmã, a personalidade dela modificou-se muito desde que a irmã nasceu.....E as coisas complicaram-se, porque a *Sónia* tinha 7 anos quando começou a fazer dieta e ela no primeiro ano, perdeu 16 kg. Perdia 3 kg por mês e estava super empenhada. A partir do momento que a irmã nasceu, ela modificou-se. Foi o que eu expliquei ontem à psicóloga, que logo depois do parto, houve muitos problemas. A gravidez da mais pequenina foi complicada e eu tive de ser internada um mês. Logo nesse espaço, ela teve de ficar sem mim e era eu quem mais a acompanhava em tudo, na escola, nos trabalhos, nas conversas....Com a irmã é que tem sido mais complicado.

Criança desejada

Criança real

Personalidade Da criança

Início da dieta

Perda de peso

Motivação

Acompanha - mento psicológico

Separação mãe - criança

No dia que a irmã nasceu, ela ficou com varicela, eu fui para casa e ela teve de ficar em casa da avó. Quando a bebé tinha 5 meses, eu fui novamente internada para ser operada, mais uma separação e eu penso que isto tudo revoltou-a. Mas o que mais a possa ter revoltado foi o facto de ser uma irmã e não um irmão. E ela ainda quer um irmão. Se eu soubesse que isso ia resolver os problemas dela, até fazia um esforço, mas isso é uma pergunta que nunca vai ter resposta. A doutora explicou-me que é um acumular de revolta e sentimentos que ela não consegue deitar cá para fora, guarda tudo lá dentro. Eu acho que essencialmente, esta revolta veio do afastamento de nós as duas. Não foi com o pai porque o pai ela nunca teve aquele contacto tão próximo, como comigo, porque eu estava sempre com ela.

Separação da mãe

Revolta

Acompanhamento psicológico

Não falar/ meter para dentro

Dificuldades no relacionamento com o pai

Mãe sempre presente

E- Foi preparando a *Sónia* para o nascimento da irmã?

M- Fui e ela sabia. Só que eu penso que ela tenha idealizado uma coisa que não era realmente o que se ia passar. Na ideia dela, a irmã ia ser um boneco como os que tem lá em casa e que põe de lado quando se cansa, não sabia que ia trazer desvantagens na atenção com ela ao princípio. Idealizou as coisas de uma outra forma. E o facto de ser uma menina. Ela gosta da irmã, que eu vejo e ajuda-me, mas no brincar e no dia-a-dia, não se nota isso, não consegue estar a brincar com ela 5 minutos. Faz tudo para fazer a irmã gritar e para eu me irritar com ela. Arranja sempre forma de ralhar com a irmã porque sabe que isso me irrita e que eu não gosto, mas faz mesmo com essa intenção. Ela já nos apanhou o ponto fraco e sabe o que nos faz ficar magoados e é nisso que ela pega. (conta algumas situações dela com a irmã). É uma forma de me chamar a atenção.

Personalidade da criança

Dificuldades relacionamento mãe-criança

E- Quando foi para a casa não retomou a relação de proximidade que tinha com ela?

M- Eu tentar tentei. Só que é muito difícil. Porque é assim, o meu marido nunca tem tempo para elas e para me ajudar. E eu estando em casa, também não lhe peço ajuda e tento fazer tudo. Ele apanhou esse ponto fraco meu e também desleixou-se em relação às filhas e não me ajuda. Então eu vi-me no meio de duas crianças sem saber o que havia de fazer e então não sabia para que lado me havia de virar. À noite pedia ajuda ao pai, e ele não aceitava dar-me essa ajuda. Então

Falta apoio pai

Estar em casa

Mãe cuida de tudo

Falta apoio pai

Cansaço materno

tem sido uma luta estes 3 anos para dar atenção à *Sónia* e não consigo dar. Porque ela queira ir comigo a qualquer lado, mas não queria levar a irmã. Mas eu já lhe disse que não tenho mesmo quem me fique com a irmã..... minha mãe trabalha, a minha irmã também, com o pai não posso contar e não tenho vizinhas. Por que penso que isso também poderia ajudar. Às vezes tento pôr a irmã a dormir e estar com ela. (conta mais episódios entre as duas filhas. Digo-lhe que com a ajuda da psicóloga as coisas podem ir mudando e a mãe parece confiar nisso).

Falta apoio do pai

aumento de peso

Pedido de consulta

Acompanhamento psicológico

E- Então e a *Sónia* começou a aumentar mais de peso, a partir de que altura?

aumento peso

acompanhamento nutricional anterior

M- Quando a irmã nasceu. Ela só começou a ser seguida cá, porque eu pedi à pediatra da irmã, quando ela nasceu, eu achava que ela tinha uns problemas e passou a ter pediatra aqui. A partir daí é que ela veio para esta consulta. Só não fui ainda à Nutricionista, mas vou hoje. Mas pronto, já fui com ela à Pedopsiquiatra e agora está a ser acompanhada pela Psicóloga. Antes de ela vir para cá, aos sete anos, eu pedi à médica de família para a mandar para algum lado, porque a *Sónia* estava a ficar muito gorda. Com 7 anos, tinha 53,5kg e foi aí que ela começou a perder peso. Foi acompanhada na Estefânia, e perdeu 16kg. Chegou aos 37kg, embora eles quisessem que ela chegasse aos 35kg, mas deram-lhe sempre os parabéns. A partir do momento que o doutor se reformou, eu notei que a *Sónia* deixou de querer ir. Ela ficou a ser vista por outra médica, mas não gostávamos muito dela. E viemos embora de lá, mas também já tinha alta. Mas eu já tinha dito ao meu marido, que se ela não tivesse alta, nós deixávamos na mesma. Embora o doutor fosse assim meio «carrancudo», através das palavras, ela passava muita coisa boa para a *Sónia* e mesmo para nós e mostrava tudo o que era preciso. Entretanto, depois nasceu a irmã e a *Sónia* começou a engordar (mostra-me fotografias).

perda de peso

importância da relação com médico

perda de motivação

Aumento de peso

Preocupação com a saúde

Medo de doenças associadas

Hereditariedade

Perda de peso

E- O que é que a preocupava mais no aumento de peso da *Sónia*?

M- Na altura em que ela era mais pequenina, preocupava-me muito os problemas das pernas, dos ossos....tinha muito medo, porque há diabetes na família e eu tinha muito medo que ela, devido ao excesso de peso, tivesse diabetes e o problema do coração. Tinha muito medo que o coraçãozinho dela não aguentasse. Eu nessa altura, não dormia. Quando comecei a vê-la emagrecer, eu cresci. Agora, o problema é o mesmo, embora eu não pense tanto nisso porque,

como ela conseguiu emagrecer a primeira vez e embora ela esteja a engordar, eu tenho fé que ela consiga emagrecer novamente. Não estou a preocupar-me muito e como sei que ela tem especialistas muito bons e que está a ser bem acompanhada, estou muito mais descansada.

Importância do acompanhamento médico

E- Acha que ela tem algum complexo pelo facto de ser «gordinha»?

M- Tem, tem muito mesmo. Vê-se pela roupa, através do vestir – também não temos muito por onde escolher, porque não há muita coisa para a idade dela que lhe sirva – mas, é desleixada e acho que tem muito a ver com isso. Desleixada, não se arranjar, não ter gosto para se arranjar. Ela tem dias que apanha o cabelo e já está. Uma menina que gostava tanto de se arranjar, gostava de se pentear, gostava que eu a arranjassem....agora? Tem dias que eu digo três ou quatro vezes para ela ir tomar banho, primeiro que eu consiga que ela se lave...

Complexos
Roupa
Baixa AE
Mudanças no comportamento

E- E em relação aos colegas, nota alguma coisa?

M- Eu em relação às colegas, acho que também se deve notar algo, porque ela tinha muitas amizades. Eu via que ela tinha muito boas amigas e agora não tem tanto, porque ela está muito brusca....estive há pouco a falar com a directora de turma, e ela diz que ela está bruta, muito bruta mesmo. Eu acho que a revolta dela é tão grande, que ela quer culpar tudo e todos, pela revolta que tem dentro dela. E é com violência e é muito bruta com as colegas, a nível das conversas e a chamar nomes e tudo isso....

Complexos
Dificuldade nos relacionamentos interpessoais
Mudanças no comportamento
Meter para dentro
Revolta/ agressividade

E- E contra a mãe, também?

M- (chora) (dou-lhe esse espaço).

E- A mãe está a precisar de desabafar...

M- E muito...já ontem com a doutora foi a mesma coisa....e ela disse-me que eu também não tenho a culpa de tudo. É que eu não me consigo virar para todos os lados. É que eu só quando venho às consultas com ela é que consigo estar com ela sem que haja chatices. Consigo agarrar-me a ela, estar com ela...porque só a tenho a ela para cuidar. Era isso que eu precisava, de passar mais tempo sozinha com ela.

Estar a sós com a criança

E- Do plano alimentar que levou para a *Sónia*, o que é que foi mais difícil de fazer?

M- Tudo (risos). Ela já veio com a dieta feita desde Lisboa, que eu trouxe para a doutora ver. E é isso que ela está a fazer, embora a doutora tenha acrescentado algumas coisas, porque ela também está a crescer e precisa de outras coisas. Só que a *Sónia* é assim, se ela estiver na disposição de comer fruta, nessa semana come três e quatro peças de fruta por dia. Na outra semana a seguir, se calhar a fruta apodrece na fruteira. Ela não cumpre.

Dificuldades em cumprir o plano alimentar

Não cumprir

E- Então, apesar de tudo, ela não parece estar muito motivada...

M- Não, nada. Já não é só falta de força de vontade, como é depois a revolta de eu lhe estar sempre a dizer que ela está forte e precisa de emagrecer. Eu já lhe disse que qualquer dia peço à médica para a internar no hospital....

Falta motivação

Revolta

Apoio/ incentivo materno

E- E o pai nisto tudo, qual é a posição dele?

M- Não, o pai diz é de mais. O pai...a forma dele...pensa que a melhor forma de lhe dizer que ela está forte é dizer que ela está gorda e feia e que não tem roupa para ela...às vezes é através de torturar mais a criança... mas pode ser que ele mude, agora apanhou um susto...

Falta apoio do pai/
Críticas do pai

E- Então?

M- A gente zanga-se muito porque também divergimos muito. Eu tento o bem e fazer as coisas para a *Sónia* de uma forma e ele tenta fazer de outra e ele diz que eu estou errada. Mas eu sei que não estou porque eu é que venho com ela às consultas. E então, nós já não nos entendemos e as brigas são muitas e a semana passada, estive mesmo para me ir embora com as meninas, porque eu já não aguentava. Pronto, as brigas são muitas, ele está desempregado, eu não ganho de lado nenhum e, de certa forma, eu sou sempre a culpada de não querer trabalhar. Diz que eu não quero trabalhar, pronto. Esse tipo de brigas e eu acho que também não é bom para elas, não é nada saudável haver isto. E achámos que o melhor era fazermos isso. Mas pronto, felizmente ou infelizmente, não sei, acho que amor ainda é muito....Só que eu queria que ele se ligasse um bocadinho mais às filhas.

Mau relacionamento conjugal

Mãe sempre presente

Tentativa separação do casal

Reconciliação

E- Como assim?

M- Eu disse-lhe que ele tem de começar a puxar mais para elas. De vez em quando dá o banho à mais pequena, mas os trabalhos com a *Sónia* não quer fazer mesmo, porque diz que aquilo para ele é chinês e não faz. Mas eu disse-lhe que não me importo que ele não faça os trabalhos com ela, porque é uma coisa que eu gosto de fazer – mas que nunca mais consegui fazer com ela, até porque ela deixou mesmo de querer que eu fizesse, porque mesmo que eu esteja certa, aquilo para ela está tudo mal, é mais uma forma de me contradizer – mas que fizesse aquilo que ele fazia antes. Porque ele era muito amigo dela, ele brincava muito com ela, arranjavam muitas brincadeiras inventavam muita coisa e conversavam.

Falta apoio do pai

Dificuldades no relacionamento mãe-criança

E- O que é que acha que fez mudar a relação dos dois?

M- Ele.....entregou-se de mais à mais pequena também, quando ela nasceu. Eu acho que ele é por fases. Para ele tem mais graça o bebé, em si. Depois quando o bebé começa a dar chatices, problemas, ele desliga-se. Eu penso que é isso. Eu acho que ele se desligou a partir do momento que elas começaram a dar problemas. Quando já não querem colo, e querem ir ali e mexer acolá, eu penso que isso começa a chateá-lo. É que mesmo com a mais pequenina, eu já noto um afastamento.

Falta apoio pai

criança real

Criança idealizada

E- Será por isso que a mãe está mais cansada?

M- Muito, estou muito cansada.

Cansaço materno

E –Acha que o apoio psicológico que a *Sónia* está a ter agora, a vai ajudar a ela e a si?

M- Eu espero que sim, que ela se torne mais responsável. Em tudo. Porque ela era uma criança tão meiguinha, tão calma....nunca mais me esqueço que, durante a minha gravidez, ela arrumava a casa como se fosse uma pessoa adulta. Porque eu não podia fazer, porque, apesar de a gravidez estar a correr mal em si, eu também tinha pedras nos rins e tinha muitas dores. E eu deixei de vir para cá muitas vezes com dores, com medo de a deixar. Acabava por estar em casa, sem saber que podia prejudicar a bebé com isso, porque não tinha essa noção. Mas eu para proteger a *Sónia*, como não tinha ninguém que me ficasse com ela, eu não vinha. Mas em compensação, quando eu não podia fazer, ela ajudava-me. E aquela criança meiga, calma, que pedia desculpa quando partia alguma coisa, que me

Personalidade da criança

Falta apoio familiar e social

arranjava o lanche, que ia fazer os trabalhos da escola, que era muito arrumadinha, deixou de existir. E eu tenho muita pena. Os médicos dizem para eu não falar no assunto, mas eu não consigo esquecer que ela era assim e que está uma criança completamente diferente. Eu tenho muito medo no futuro (chora)...eu tenho muito medo do futuro.

Mudanças do comportamento

Medo do futuro

E- Medo?

E- Medo por ela. Porque eu com ela, apesar das brigas e das desavenças, nunca vamos perder aquilo que temos. Eu tenho medo é que ela se perca. Porque ela é muito influenciável e a gente sabe que hoje em dia, os problemas fora da nossa casa são muitos. As crianças andam muito revoltadas, não sei o que se passa com eles todos, a droga e outras coisas, os rapazes mais velhos...pronto. Mas também, ela como tem essas coisas más, também tem coisas boas e nesses momentinhos bons eu digo-lhe “Oh filha, tu hoje estiveste tão bem, agora estiveste tão bem e agora já estás a variar”, mas pronto, a mostrar que ela esteve bem e no que é que ela esteve bem. O pai pode não fazer isso, mas eu faço. Não lhe posso estar a dizer sempre, porque ela raramente faz coisas boas. Ainda hoje para nos despachar-mos ela arrumou tudo, arranjou as coisas dela, fez uma coisa boa! Mas nos momentos em que eu mais preciso de ajuda, é quando ela faz mais para me aborrecer.

Medo do futuro

Incentivo materno

E- Estava a dizer-me há pouco que é a mãe que cozinha que prepara tudo. Mas como é que são as refeições lá em casa?

M- Eu muito raramente como. Infelizmente, não é que eu não coma, eu como. Mas à mesa é mais eles os três. Porque eu tenho sempre qualquer coisa que fazer. Porque eles desarrumam tanto, sujam tanto, o meu marido trabalha nas obras, eu poço ter a casinha toda arrumada, mas assim que ele chega fica a casa cheia de massa e de pó.

Mãe não come com a família

Preocupações domésticas

Fuga

E- Então a hora da refeição não é para todos...

M- Eu sei que aí não cumpro a minha parte, mas pronto. Mas eu tento, enquanto eles estão a jantar, eu tento arrumar o máximo que posso. Eu não sei como é que elas conseguem sujar tanto. E depois o pai.....é que ele não vê que elas ainda são pequenas. É para evitar de me deitar tão tarde, porque só me deito às 3

Não cumprir (mãe)

Sentimento de culpa materno

da manhã. Ele é muito machista, não ajuda em nada.....e infelizmente eu estou a ver que estou a chegar ao limite.....(chora) Eu só choro ao pé dos médicos....

E- E em relação á alimentação, todos comem do mesmo ou há comida diferente?

M- É assim, a mais pequena, já come a sopa da *Sónia* – antes não comia porque leva tantos legumes, que eu tinha medo de lhe dar, mas agora já come -, porque se não for assim ela nem come sopa. E faço a dieta para a *Sónia*, mas eu tento sempre compensá-la. Porque ela agora não quer comer peixe e eu tento sempre grelhar-lhe a carninha, com a alface, para ela comer a sopa. O pai é que nem pensar comer sopa.

Comida diferente para a família
dieta só para a criança

Tentar compensar a criança

Falta apoio do pai

E- Então o pai também não gosta de sopa....

M- Nem pensar e eu sei que ele não vai nessa, mesmo para ajudar, não vai fazer a dieta. É que pela filha, ele podia esmerar-se um bocadinho mais, mas ele não o faz. É que eu tento fazer tudo por tudo, mas estou sozinha. Por isso é que na altura que «variámos» eu pensei que eu sozinha – apesar de eu saber que uma separação é sempre difícil, não é -, estava contente, estava super contente. Porque deixo de ter montes de trabalho, começo a viver para as minhas filhas, já não tenho ninguém a contradizer-me. Eu acho que habituou-se a mim mais como uma empregada. É que os nervos são tantos que eu só de os ver comer, fico cheia. É verdade, eu quando chega a hora da refeição não tenho fome.

Comida diferente para a família

Falta apoio familiar

Estar sozinha (mãe)

Relacionamento conjugal

Tentativa separação

Mãe não come com a família

E- Já disse que foi tudo difícil quando levaram o plano alimentar, e quando ela vai para a escola, como é com a alimentação?

M- Sou eu que arranjo as coisas para ela levar, só que muitas das vezes ele não as come. Ficam a estragar dentro da mochila e dentro do armário do quarto, que eu vim a descobrir.

Mãe cuida de tudo

Não cumprir (criança)

E- Então, na escola, o que é que ela come?

M- Ela aqui há tempo teve dinheiro com ela e foi isso que a fez engordar mais. A madrinha deu-lhe dinheiro e eu disse-lhe “ a mãe vai-te deixar ficar com o dinheiro para tu começares a ter um bocadinho mais de responsabilidade, para

Ter dinheiro para gerir

consequires gerir as tuas coisas. Mas tens de ter cuidado, não vais andar a comer coisas que não deves”. Pois foi exactamente o que ela fez. E eu só descobri no dia que viemos á consulta com a doutora, e o pai até descobriu que ela lhe tinha tirado dinheiro da carteira. Foi chocolates, gelados, foi na altura do casamento da minha irmã, em Março, foi quando ela aumentou 10kg num mês. Foi nessa altura que a doutora me disse que ela estava com princípio de bulimia. Foi um susto enorme. Eu entrei em pânico mesmo. Noutra altura, eles na escola tiveram uma altura que não faziam almoços. Davam a sopa e depois era cachorros, ou pão com carne e então isso...como ela come lá na escola, isso também agravou. E não só, vem um dá um chocolate, vem outro dá uma pastilha, vem outro dá um bocado de pão....Outras vezes não come mesmo. Como este Verão, não comeu, e sentiu-se mal, quase desmaiou à porta do prédio. Agora neste momento, eles têm um prato de sopa e tem o peixe ou a carne. Claro que ás vezes come coisas que não deve, como arroz de pato, que comeu um dia destes. Mas disse que comeu alface, mas eu sei que não come porque é temperada e ela não gosta e não pede sem ser temperada. Porque ela faz tudo por tudo para não comer. Eu acho que vou pedir um papel à doutora a explicar, mesmo que eles na escola não aceitem, vou tentar.

Tentativa de responsabilizar a criança pela dieta

Alimentos hipercalóricos

Refeições escolares

Alimentos hipercalóricos

Comida oferecida pelos outros

Não comer

Não cumprir

E- Acha que a consegue controlar melhor em casa do que na escola?

Refeições escolares

M- Exacto. Na escola não consigo mesmo controlar, não posso estar lá. Eu podia era pedir que ela comesse sempre peixe e fazia a carne em casa. Porque em casa não lhe consigo dar peixe. E na escola, eu às vezes mandava-lhe a fruta para ela comer a meio da manhã e da tarde, e a fruta apodrecia na mochila, ou ela deitava no lixo. Ela agora não tem comido fruta nenhuma. Os iogurtes desisti, porque comprava magros para ela e ela bebia os da irmã. Então compro tudo igual. Eu também sou sincera, iogurtes.....só mesmo em desespero de causa é que eu como um iogurte. Dêem-me leite.

Tentar encontrar alternativas

Dificuldade em impor regras alimentares

Não cumprir (criança)

Comparação hábitos alimentares

Obrigada pela sua participação

Entrevista 4

Nome da Criança: *Paula*

Idade: 10 anos

Mãe: *Marta*

Idade: 44 anos

Profissão: auxiliar de acção educativa

Data da primeira consulta: 27 Janeiro 2004

(consulta de seguimento)

Data da entrevista: 13 Dezembro 2005

Nasceu com: 3,260 kg e 33cm

Peso na primeira consulta: 49,5Kg e 1,16m

Peso actual:

(Foi amamentada até aos 3 meses e a introdução da alimentação sólida foi normal. Tem um irmão de 25 anos, com IMC= 30 - 90Kg e 1,75m – e uma irmã de 22 anos com IMC= 21 – 60Kg e 1,70m. Mãe com IMC= 28 e pai com IMC= 33. A mãe diz que a filha mais velha se esforça muito para ser magra. Aumentou 3Kg desde a última consulta.)

E – Como é que tem sido ser mãe da *Paula*?

M- Tem sido fácil. É uma menina que se lida perfeitamente bem com ela. É obediente, lá tem os seus porquês de criança como todas as outras. Tem dois irmãos que a adoram e pronto. Somos uma família unida, com altos e baixos como todas.

Boa experiência com a maternidade

Boa relação familiar

E- Tem sido uma boa experiência...

M- Tem, tem sido uma boa experiência. Eu até fiquei grávida, pouco depois o meu irmão faleceu e até cheguei a pensar em abortar, mas depois disse que não. Se Deus ma deu, tenho capacidade de a criar e vai para a frente.

Boa experiência com a maternidade

Pensar abortar

E – Mas o que é que inicialmente a fez pensar abortar?

M- Não era bem eu. Se calhar as minhas colegas...diziam “ai agora no fim de teres um rapaz e uma rapariga, agora voltas às fraldas”. E nós às vezes balançamos, não é?, porque nunca foi minha intenção fazer tal coisa. Tanto que

eu, na altura que estava a pensar ligar para marcar, eu estava a ligar quando a minha irmã me toca à campainha, e vinha dizer que o meu irmão tinha falecido e eu disse “pronto, chega, não quero nada e pronto”, concluindo desisti da ideia. E foi assim.

Pensar abortar

E – E como é o relacionamento entre todos? Estão todos a viver lá em casa?

M- É bom, ainda ninguém quer sair lá de casa. A mana namora agora e ao fim-de-semana vai para a casa do namorado. O mano já namorou, mas passou por uma decepção, agora....Pronto....a *Paula* é uma menina que gosta muito de comer (risos), gosta muito de brincar, gosta pouco de estudar. Tenta atingir sempre os objectivos dela, mas quanto menos livros houver...

Bom relacionamento familiar

Gostar de comer

Não gostar de estudar

E- Ela mudou este ano de escola ou não?

M- Sim, não mudou de escola, mas mudou de ano. É tudo junto até ao 9º ano. Foi só o primeiro dia de adaptação aos novos colegas, inturmar-se.

Boa adaptação escolar

E- Estava a dizer-me que a *Paula* gosta muito de comer, como é que veio para a Consulta?

M- Foi um dia na consulta com a doutora na urgência, e ela disse que se eu quisesse vir com a *Paula* às consultas, que aparecesse aqui a uma terça-feira. E assim foi. Porque desde sempre que a *Paula* tem sido este bebé assim rechonchudinho. Aliás, ela nem era muito gordinha quando nasceu, ela era assim (mostra fotografia), era um bebé normal.

Pedido de consulta

Sempre foi gordinha

E- Então quando é que ela começou a aumentar mais de peso?

M- A partir dos 5 anos. Mas a descendência do lado do pai é tudo pessoas fortes.....não quer dizer que ela. O irmão quando tinha 12 anos, eu fui com ele à endocrinologia, a Lisboa porque ele chegou a uma altura que ganhou o complexo de ser gordo. Ele jogava no hóquei e depois via os colegas a desenvolverem de uma maneira que ele não estava a desenvolver. E chegou um dia que eu sentia que o rapaz andava muito deprimido e eu vi que ele não estava bem. Então ele conseguiu conversar comigo e eu falei à minha médica de família e depois ela mandou-me para lá. Mas estava no sítio e mais tarde ele desenvolveu. Mas era

Início do aumento de peso

Hereditariedade

Comparação entre filhos

Comparação com os pares

Complexos

Dificuldades em praticar actividade física

uma criança forte e hoje está muito elegante. Não tanto como a irmã, é um homem, não é, com um corpo diferente. Mas está elegante e eu penso que a *Paula* ainda vai modificar.

Diferenças entre sexos

Crescimento como forma de perder peso

E- Acha que o crescimento vai resolver a questão?

Crescimento como forma de perder peso

M- Eu penso que sim. Talvez também com a força de vontade dela, que depois comece a atingir outra maturidade, e que vai relacionar e condicionar os seus comportamentos. E conforme a evolução, conforme a idade, conforme essas coisinhas todas que eles têm de passar.

Força de vontade

Maturidade/ responsabilidade da criança

Confiança no futuro/ acreditar

E- Quando notou esse maior aumento de peso, ficou preocupada?

Despreocupação

M- Não, quer dizer, preocupada, preocupada, nunca fiquei. Porque a família é tudo com essa tendência. Mas depois comecei, porque há tanta doença, a gente começa a ver na televisão, essas chamadas de atenção e ficamos preocupados. E como era a menina, também queria que ela tivesse uma vida saudável. Não pensando hoje, mas no amanhã. Depois comecei a vir aqui às consultas com ela, e gosto muito.

Hereditariedade

Preocupação com a saúde

Medo do futuro

Importância dos media

Importância do relacionamento com médicos

E- Como era a alimentação lá em casa antes de virem à consulta?

M- A alimentação é sempre mais ou menos, o que eu tento fazer. É sopa, tenho sempre sopa, saladas, guisados poucos. É mais à base de cozidos ou grelhados.

Hábitos alimentares anteriores

E- Já era assim antes da consulta?

M- Já, já. Já era assim. Lá ia um guisado ou outro, mas fritos também evito. Foi sempre assim, porque nós gostamos desta alimentação. Não quer dizer que não se coma uma feijoada, pronto (o pai é que cozinha).

Hábitos alimentares anteriores

Pai prepara refeições

E- Depois da consulta, levaram um plano alimentar. Como foi a adaptação?

M- Ela começou a fazer um diário da alimentação. Como disse, eu estava em casa desempregada nessa altura, pronto, as coisas são feitas com mais tempo, com mais calma, há mais atenção, há tempo para tudo. Quem trabalha é sempre diferente. Modificar foi mais fazer a sopa com mais legumes, eu ponho tudo lá para dentro e depois trituro, porque a irmã não gosta das coisas inteiras na sopa,

estar em casa

Mãe prepara refeições

Trabalhar fora de casa

Tentar conjugar gostos de todos

mas depois a *Paula* não gosta da sopa triturada e nós também não. As saladas também se mantêm, a carne e o peixe grelhados. Evito a batata frita.

Alterações hábitos alimentares
Comparação de hábitos alimentares

E- Mas disse-me que era diferente quando estava desempregada e em casa...

M. Claro, fazia na hora. Eu agora, por exemplo, ao almoço já não posso deixar o peixe grelhado. Tem de ser uma carne frita. Mas ao jantar tento, pronto. Mas é diferente. A sopa há, mas às vezes desenrasca-se.

Estar em casa/ trabalhar fora
(na preparação das refeições)

E- O que é que tem sido mais difícil mudar?

M- Nada. O que fazia para um, fazia para todos igual. Todos comem a mesma coisa. Não há diferenças. Ela é que faz quatro refeições por dia: pequeno-almoço, almoço, lanche, quando lancha. Bebe água. Tento que ela leve uma peça de fruta ou assim, mas ela não quer.

Refeições iguais para todos
cumprir o plano (criança)
Alteração nos horários das refeições
Não levar comida para escola

E- E as refeições propriamente ditas, como é que decorrem?

M- Sentamos à mesa, ou cada um arranja o seu tabuleiro e senta-se no sofá, em frente à televisão. Durante a semana é sempre no sofá, ao fim-de-semana é que pomos a mesa e comemos todos juntos a conversar. Porque durante a semana os horários são todos diferentes. Ao jantar geralmente estamos todos. Pomos a mesa, mas eles gostam é de comer nos tabuleiros, pelo menos os mais velhos, em frente à lareira.

Refeições frente à TV
Refeições em família
Dificuldade em fazer refeições em família

E- Como é que a *Paula* passa os tempos livres?

M- Agora passa nos escuteiros, porque entrou agora. Passa em casa, a ver televisão, a brincar, a estudar.

Tempos livres
TV

E- Muita televisão?

M- Não. (a *Paula* presente durante a entrevista, apressa-se a dizer que vê os «Morangos com Açúcar»). É só um bocadinho ao fim do dia. Durante o dia, tem o tempo todo preenchido, portanto. Agora à noite, quando chega a casa....vê as novelas. Vai para o quarto, vê lá a televisão e acaba por adormecer.

Não ver muita TV
Tempos livres

E- E mais actividades, faz?

M- Fazia hip-hop, mas agora já não faz porque não tem horário. Anda a pé, de bicicleta.

Sempre praticou
exercício físico
Exercício

E- Percebi que houve agora um ligeiro aumento de peso, porque terá sido?

M- Sei lá. Porque ela abusa se calhar às vezes dos doces um bocadinho. Eu acho que a parte mais difícil é essa. Se ela evitar os doces, ela consegue perder peso. Desde os anos dela que não tem tido um único fim-de-semana que não tenha uma festa de aniversário de um colega....

Alimentos
hipercalóricos
Ser guloso
Pressão social

E- Esta questão do peso tem sido importante para toda a família, ou não?

M- Toda a gente se preocupa com a *Paula* a engordar (risos). (a *Paula* diz que a tia está sempre a ralhar com ela). E o mano e a mana, dizem “tu vais chorar, deixa lá tu cresceres que a gente conversa”.

Preocupação e
apoio familiar

E- E complexos?

(a *Paula* responde imediatamente “não”).

M- Não, isso não. Quando é com a roupa, às vezes fica assim triste, mas depois ultrapassa. Lá na escola, ao princípio, alguns chamavam-na de «gordinha», não era? E a mãe dizia, que “cada qual é como cada um, és gordinha, és gordinha, não tens de ligar. Um dia vais ter cuidado, não tens de ganhar complexos”. (a mãe olha para o relógio e revela-se preocupada com a hora por estar a ficar tarde).

Sem complexos
Roupa
Comentários dos
outros
Crescimento
como forma de
maturidade/
responsabilidade
da criança
Incentivo/ Apoio
materno

E- Então e agora?

M- Agora já não estou tão preocupada porque ela está a ser vigiada e acho que ela está motivada para mudar de ideias um dia mais tarde (risos). São 10 anos, a gente tem de compreender.

Importância
apoio médico
Motivação
Ser criança

E- O peso não é uma coisa que a preocupe muito (à *Paula*)?

M- Não. Eu acho que ela tem uma mente sã. Ela preocupa-se quando vê uma reportagem na televisão, seja sobre depressão – porque a irmã passou por uma depressão -, excesso de peso, ela está muito atenta. E com a obesidade é a mesma coisa e diz-me “oh mãe eu não vou ficar assim, pois não?”, “se não te cuidas vais”

mente sã
importância dos
media

(risos). Gozamos nós com ela a brincar, não é. Mas pronto, tento que ela não ganhe complexos, tento que ela ultrapasse sem ganhar complexos. Porque nós não nos fazemos.

Preocupação com excesso de peso (criança)

Incentivo materno

Tentar desvalorizar complexos

Apoio familiar

E- Nada de valorizar a questão em demasia...

M- Não, acho que um dia isto vai tudo ao *normal*. Desde que ela seja saudável.

Confiança no futuro/ acreditar

(Paula- um dia que eu tenha filhos, eles não vão ser gordos! Senão, eu só mando aquele comer e pronto, eles não comem mais nada!)

Preocupação com a saúde

E- Então é isso que a mãe te devia fazer?

Paula – Era! (risos)

M- è mesmo isso que eu te vou fazer.(risos) temos de fechar o frigorifico à chave!

E- Quem é que te serve a comida, quem é que te arranja o prato?

Paula- ou eu ou o pai.

Criança vai buscar comida

E- E quem é que põe mais comida?

Paula- Sou eu! E repito o peixe, ou quando é coisas que eu gosto.

Comer em quantidade

Repetir

E- Custa-lhe dizer «não», ou nunca tem de dizer porque ela sabe o que pode ou não pode comer?

M- (a mãe suspira profundamente) às vezes custa-me dizer que não para a fazer ver. Mas umas vezes ela cede, outras vezes eu também me custa e cedo. Porque ela está a crescer, ela tem de viver cada momento, ela é uma criança. Eu nunca tive aquilo que ela tem e se calhar na altura também gostava, não sei.

Dificuldade em dizer não

Dificuldade em manter regras alimentares

Ser uma criança

Importância da idade

Paula – Nunca teve hambúrgueres! (risos de todas pela espontaneidade)

M- É e depois se eu compro qualquer coisa para ter em casa, ela não resiste. Mas pronto, tento evitar certas coisas. Mesmo a nível de bolos, esta fase (Natal) é que entra mais bolos em casa.

Alteração de hábitos alimentares

Alimentos hipercalóricos

E- Mas há mais gente em casa, mesmo os outros filhos, como é?

Preocupação de todos com o corpo e peso

M- Eles não ligam nem se preocupam por não haver certas coisas. E de vez em quando, já o mais velho diz “já estou mais gordo”. A mana então “já estou mais gorda”. Aquilo anda tudo preocupado com a linha.

E- De resto, a *Paula* é uma criança saudável, feliz, com amigos...?

Apoio familiar

Bom Relacionamento familiar

M- Sim, graças a Deus. Mimada é de mais. Os manos adoram-na.

E- Eu já percebi há algum tempo que está com pressa e não a vou atrasar mais. Muito obrigada pela sua participação.

Entrevista 5

Nome da Criança: *Margarida*

Idade: 15 anos

Mãe: *Rita*

Idade: 42 anos

Profissão: dona de casa

Data da primeira consulta: Fevereiro 2004

(consulta de seguimento)

Data da entrevista: 20 Dezembro 2005

Nasceu com: **3,130 kg e 49cm**

Peso na primeira consulta:

Peso actual:

(Tem um irmão com 4 anos, também utente da consulta e que aumentou 2Kg.

Tem uma irmã de 19 anos.)

E- Como é que tem sido ser mãe da *Margarida*?

Problemas de saúde

M- Da *Margarida* e do mais novo tem sido um bocadinho difícil derivado a algumas situações a nível de saúde. Fora isso, tem sido bom. Não tenho tido dificuldade.

Boa experiência com a maternidade

E- Foram filhos desejados?

M- A mais velha foi planeada e desejada, a *Margarida*, não sendo planeada, desde que soube que estava grávida, começou a ser muito desejada e o mais pequeno foi uma surpresa agradável (risos). Sem dúvida nenhuma. Acabei por ter três filhos e não vejo dificuldade nenhuma nisso a não ser, ter uma família que me ocupa, que me ocupa muito tempo. Precisa de muita dedicação. Não trabalho fora de casa. Todo o meu tempo, ou grande parte do meu tempo, é dedicado a eles, à casa. A tudo o que diz respeito, desde a alimentação, o meu tempo é dedicado a tudo isso.

Abdicar do trabalho pela família

Dedicação exclusiva à família/ filhos

Mãe cuida de tudo

E- E é uma coisa que lhe dá prazer?

M- É assim, prazer dá-me. Não deixo contudo de alguns dias me sentir (risos) às vezes até um bocado cansada e até um bocado sufocada. Porque quem vive como eu neste momento, praticamente 24 horas com o mais novo, que é uma criança de 4 anos e meio, que exige, que pergunta, que desarruma, anda com os brinquedos de um lado para o outro. Exige e não deixa de a pessoa se sentir cansada e sufocada. Mas depois vêm outros que a coisa melhora e pronto.

Dedicação exclusiva família

Cansaço materno

Relação familiar

Dedicação exclusiva para os filhos

E- Esteve sempre em casa ou trabalhou fora algum tempo?

M- Trabalhei. Trabalhei até ser mãe. Desde que fui mãe nunca mais trabalhei, à excepção de uma situação ou outra esporádica, mas por pouco tempo. Não tive empregos muito prolongados.

Abdicar do trabalho pela família

E- E o marido, concorda com essa situação?

M- O marido, sim, sempre. Porque dada a profissão do meu marido, também eu posso de alguma maneira ajudar e acho que na nossa situação encaixa-se perfeitamente esta situação.

Possibilidades económicas

Relação conjugal

E- Portanto, de alguma forma, a situação económica do marido permite que esteja com os filhos a tempo inteiro...

M- Derivado à profissão do meu marido, nós temos alguns benefícios. Temos casa paga...não tendo um ordenado muito elevado, mas temos algumas coisas, regalias e chega. Não quer dizer que não haja dificuldades, porque neste momento, eu vejo pessoas com dois ordenados e que se calhar terão até mais dificuldade que nós. E nós também, eu para fazer face a muitas situações, não é, os três filhos, uma a estudar no ensino superior, a *Margarida* também na escola. A precisarem de coisas todos os meses, tem de se ponderar o que se vai comprar primeiro. Mas tem dado.

Possibilidades económicas

E- Como é ter uma casa cheia, ou seja, como é a relação familiar?

M- Eu penso que nos damos bem. Não deixa de ser uma família que numa situação ou outra não tenha atritos, porque....a mais velha já é mais adulta, a *Margarida* é adolescente e às vezes desponta uma situação ou outra (risos). O mais novo, como revoluciona um bocadinho a situação e nem sempre estamos de

Boa relação familiar

Criança em crescimento

Personalidade da criança

Comparação entre filhos

acordo, não é? Mas fora disso, acho que conseguimos gerir perfeitamente a família. Bom relacionamento familiar

E- A Margarida pareceu-me muito afectuosa com ele...ou não é bem assim?

Relacionamento entre irmãos

M- Ela é muito meiguinha com ele, isso é. Mas não deixa de, uma vez ou outra, “porque ele mexeu nisto”, “porque ele fez aquilo”, pronto. Já tem lá as coisas dela, não é, o quarto, depois vai ele e mexe numa coisa qualquer, tira e pronto. Mas de qualquer das maneiras, acho que conseguimos gerir perfeitamente a família para vivermos o mais harmonioso possível, cinco pessoas a viver. Acho que conseguimos (risos). Bom relacionamento familiar

E- Entretanto, como é que chega à consulta?

M- A *Margarida* já vem à consulta da outra doutora, porque tem asma e foi para a nutrição através da consulta da asma. Há uns 6, 7 anos. Porque ela vinha do Hospital Pediátrico de Coimbra, porque nós viemos de Coimbra, e passou para aqui para essa consulta. Entretanto, passou para a nutrição porque estava ligeiramente....gordinha. Aliás, ela sempre foi. Ela com essa idade, é possível, não me recordo bem, que tivesse alguns 50 e mais alguns quilos. Problemas de saúde
Pedido de consulta
Aumento de peso
Sempre foi gordinha

E- O que é que achou na altura?

M- Na altura, pronto, eu achei que ela tinha algum peso a mais. Aliás, no caso dela, sempre achei, porque ela desde bebé sempre foi um bebé super gorduchinha... Não nasceu muito pesada, mas sempre foi. E depois como em Coimbra ela foi seguida, como também foi feita aquelas percentagens de massa óssea e corporal, ou qualquer coisa assim, ela sempre teve – como o mais novo – um percentil acima dos 95...tanto no peso como na estatura. Agora a *Margarida* infelizmente é só no peso. E então, o pediatra foi deixando ficar, embora sempre já com alguns conselhos nessa área da nutrição. Mas também nunca resultaram, a verdade é essa! Porque é assim, eu no caso da *Margarida* ainda fiz algumas tentativas, realmente de tentar a nível alimentar. Só que chegou a uma altura em que o próprio pediatra achou que não, não estava a resultar e ele não sabia o que é que lhe havia de fazer. Ou ela partia para uma situação rigorosa, para uma situação extrema, ou então era difícil controlar. Entretanto, nós saímos, viemos para aqui, e foi quando tentámos com a doutora, controlar um bocadinho. E, no Preocupação materna com o peso
Sempre foi gordinha
Rápido aumento de peso
Acompanhamento nutricional anterior
Situação limite

caso dela, uma vez ou outra resulta. Eu acredito que, numa vez ou outra, eu também sou um bocadinho culpada dessa situação, porque como somos cinco pessoas, se calhar se todos fizéssemos um bocadinho de regime, se calhar não nos fazia mal...Mas numa casa com cinco pessoas, se calhar nem sempre faço a refeição só em função da *Margarida*. Nessa altura em que não é só feito em função dela, se calhar é a *Margarida* que fica um bocado prejudicada, não é, com essa situação. Mas fora disso, não sei.

Sentimento de culpa materno
Dificuldade em conjugar gostos de todos
Prejudicar a criança
Não cumprir
Ter mais pessoas em casa

E- Quando levava e leva os planos alimentares, eles aplicavam-se exclusivamente à *Margarida*, é isso? Os outros elementos da família faziam outro tipo de alimentação?

M- Pois até porque nunca foi dada nenhuma indicação para todos. Se bem que...Mas normalmente é só para ela. E numa situação ou outra, serei eu que não cumpro. Mas na maioria dos casos, penso que passa pela boa vontade da *Margarida* em levar a sério a indicação que lhe é dada.

Dieta só para a criança
Não cumprir (mãe)
Motivação/ força vontade

E- Ela não está motivada?

M- Acho que não esteve, já esteve mais um bocadinho e agora está numa de «deixa ver que é que isto dá». Porque, pronto eu também acredito que não é muito compatível com a situação escolar dela o regime que lhe foi atribuído, porque muitas vezes é completamente fora de...não dá. Com blocos de 90 minutos de aulas, ela faz um lanche agora e só faz outro daqui por uma hora e meia. E às vezes descontrola um bocado. E de tarde, ela tinha de fazer dois lanches à tarde, mas ela chega a casa por volta das sete horas. Se faz um lanche por volta dessa hora já não pode jantar às oito ou oito e meia. É assim um bocadinho difícil de levar...ela sai às 18:40h e é um bocadinho difícil levar....Não quer dizer com isto que se ela se empenhasse claro, não fazia mais meia hora, fazia um bocadinho depois ou um bocadinho antes. Só que é talvez, digo eu, um pouco de comodismo. “não levo o iogurte porque não me apetece e porque não cabe na mochila”, e porque infelizmente os miúdos hoje têm imensas manias na cabeça, porque não é muito aceitável um miúdo levar lanche de casa. Porque o que é «chic» é chegar lá, meter o dinheiro na máquina e levar uma coisa daquelas que às vezes é disparate, é o chocolate, as batatas fritas. E entretanto acaba por, ela já me tem dito, quem

Oscilação da motivação
Dificuldade em adaptar novos hábitos alimentares à vida escolar
Dificuldade em cumprir o plano (criança)
Falta motivação
Pressão social
Comentários dos colegas
Não querer levar comida para escola
Máquinas
Alimentos hipercalóricos

não embarca, quem não faz assim, acaba por ser um bocadinho reparado, porque levou o lanche de casa, é porque não pode comprara lá. É uma situação muito...

Pressão social

Comparação entre pares

E- Acha que para ela é difícil explicar aos colegas?

M- eu acho que se ela tivesse a tal força de vontade, ela própria, acho que....Até porque eu já lhe tenho dito, eles diziam hoje se calhar e amanhã habituavam-se e não voltavam a dizer sempre a mesma coisa, não é. Às vezes também lhe digo que tudo depende da importância que ela der à situação, porque se ela desvalorizar, eles não vão estar sempre aAgora, se ela dá muita importância, eles percebem que isso lhe trás algum transtorno e vão fazendo cada vez pior nesse aspecto. Ela realmente, hoje já vinha com um bocadinho de receio, porque ela já se tinha apercebido que estava um bocadinho...e a barriguita e tal, “eu acho que estou um bocadinho mais gorda”. E hoje quando se pesou ali disse logo “pois eu já tinha dito que isto hoje não estava muito famoso!”.

Falta de motivação

Comentários dos outros

Pressão social

Incentivo/apoio materno

Desvalorizar pressão social

Aumento peso

Ter consciência do peso

E – E complexos, ela tem?

M- Quer dizer, eu acho que ela só não lida muito bem com aquela situação mesmo no meio escolar. Porque os miúdos às vezes – miúdos que já não são bem miúdos, já são mais crescidinhos – tendem a ser assim um bocadinho mauzinhos e pronto. E ela diz que numa situação ou outra, na educação física, por exemplo, há coisas que ela tem dificuldade em fazer, não é, que eles gozam e riem-se. E dá-me a sensação que aí é mesmo o sítio onde ela se sente incomodada com a situação. Fora daquele ambiente, penso que ela lida perfeitamente com a situação, não tem...

Comentários dos outros

Complexos

Dificuldade em praticar exercício físico

Comentários dos outros

Lidar bem com o peso

E- E lá em casa, como é que se lida com o excesso de peso?

M- Olhe, eu acho que isso é um problema! Porque, infelizmente, ela cresceu a ver a avó paterna com excesso de peso, o pai com excesso de peso, eu agora tenho, mas no fim de ter três filhos....Mesmo ela diz “eu gostava de ser como tu quando tu casaste”, porque eu casei com 53Kg, hoje tenho mais 20Kg. E eu às vezes digo-lhe “tu é que tens de fazer um bocadinho por isso”. Porque eu acho que, o facto dela crescer no meio da família, não sei se se apercebeu quando ela estava a falar da prima o “eu sou parecida com o meu pai”....acho que essa

Hereditariedade

Comparação com a mãe

Incentivo materno

Hereditariedade

ligação, acaba por tornar um bocadinho mais aceitável essa parte – para ela, penso eu -, essa parte do ser gordinha.

E – E para si?

M- Para mim, é assim, eu não me incomodaria não fosse o facto de eu e aperceber que daqui por se calhar meia dúzia de anos, ela pode ficar prejudicada com esta situação, não é? A mim o que realmente me incomoda mais, é o facto de eu perceber que ela a nível de saúde pode vir a ter algum problema derivado ao excesso de peso.

Preocupação com o futuro

Preocupação com a saúde

E- Não é tanto pelo aspecto físico...

M- Não, por mi não. Porque eu como mãe acho que gosto dela gorda, magra (risos). Acho que não é o facto dela ser mais forte que me incomoda. Nesse aspecto, não. É mesmo a questão da saúde.

Gostar da criança como é

Não valorizar aspecto físico

Preocupação com a saúde

E- Então e do lado do pai?

M- Ah isso o pai não se incomoda nada, porque se ele se importasse com ela, importar-se-ia com ele, coisa que não acontece. Para ele é perfeitamente aceitável e às vezes acabo por ser eu a tentar remar contra a maré, nesse sentido. E já cheguei à conclusão que não vale a pena, porque pronto, não consigo.

falta apoio do pai

Aceitar excesso peso

Mãe luta sozinha

Dificuldade em conciliar gostos de todos

E- Então como é que são as refeições lá em casa?

M- Como é que é? Olhe, infelizmente nesse aspecto, às vezes se eu tento fazer uma comida que tente ir mais de encontro às necessidades da *Margarida*, o pai, algumas das vezes “não quero, não me apetece”. É impensável. Eu acabo por fazer o peixe grelhado ou cozido, mas ficam uns contentes outros descontentes. Então opto por, na minha casa não são muito amigos de peixe, então opto mais por fazer carne, praticamente sempre grelhada...o acompanhamento de arroz...tento fazer de maneira que...os legumes cozidos e muita salada, que ela gosta muito de salada. Isso sim, ela come bem. Agora nem sempre consigo que conciliar os gostos de todos.

Adaptar alimentação a todos

Dificuldade em conciliar gostos de todos

E – E fazendo igual para todos, a *Margarida* descuida-se, é isso?

M- É. E eu até acredito que, no caso da *Margarida*, não será tanto aquilo que ela come, mas será muitos dos dias, a quantidade. Porque muitas vezes, mesmo que eu faça uma carne grelhada, um arroz, uma coisa que em principio não tem....a *Margarida* repete, pronto. E é aí é que eu tento sempre combater “*Margarida* já chega”, porque muitas das vezes, porque vem com aquela fome toda, então depois come, come, come. O problema, neste caso, é que até o pequeno, que sou eu que faço o prato – os outros servem-se como entendem – a ele eu parto a carniinha e faço o prato com aquilo que eu penso que é o adequado para a idade dele, e ele come e no fim quer mais. E aí é que para mim já é um bocadinho mais difícil lidar com a situação, porque também pronto, fico um bocadinho...se não dou, fico com aquele peso na consciência que ele tinha fome e eu não dei mais....

Comer em quantidade
Gostar de comer
Repetir
Tentar impor regras alimentares
Comer em quantidade
Criança autónoma
Responsabilidade materna na alimentação
Sentimento culpa materno

E- Sente-se «pior» mãe por isso?

M- Não, porque não é por isso. Não é só por aí, há muita coisa em jogo.

E- Por outro lado, vê as dificuldades que a *Margarida* está a ter...

M- É isso e no caso dela foi muito difícil. Porque ela começou com uma pessoa muito extremista nesse aspecto. A fazer dietas difíceis e ela própria criou uma ideia das dietas....agora já é ela que escolhe muita coisa do que come, dentro do que pode. Mas quando começou, começou por alguém que lhe exigiu muito e foi um mau começo para a situação. Mas penso que, apesar disso ela tem mesmo de fazer alguma coisa.

Dietas difíceis/ rigorosas
Responsabilidade da criança/ autonomia
Dietas difíceis/ rigorosas

E – Há pouco dizia-me que também tinha alguma culpa....

M- Eu sinto-me um bocadinho culpada pelo aspecto de eu nem sempre conseguir conciliar a família toda com esta situação. Porque eu não vejo, pelo menos no caso do mais pequeno, não vejo que eu tenha alguma culpa. Aliás, ele é uma criança mesmo quando era bebé, só com o peito, ele engordava meio quilo numa semana. Eu não podia não dar mama, mas também era uma coisa que eu não podia controlar. Neste momento, eu tentando controlar alguma coisa na situação dele, não me sinto culpada em relação a ele, porque eu acho que faço o que é possível fazer.

Sentimento de culpa materno
Dificuldade em gerir refeições de todos
Comparação entre filhos
Dificuldade em dizer não/ não alimentar
Comparação entre filhos

E- Então sente-se mais culpada em relação à *Margarida* do que em relação a ele?

M- Talvez mais em relação a ela de não ter aquela mão tão pesada (risos). Nesse aspecto sinto. Porque, se calhar como mãe sou um bocadinho benevolente e cedo, se calhar aí, talvez, não digo que não. Mas noutras coisas, acho que não. Se calhar podia ser mais firme. Será nesse aspecto que eu talvez me atribua alguma culpa. Mas por exemplo, se eu fritasse a carne ou o peixe em vez de grelhar, se calhar estava a prejudicá-la muito mais, não é. Tento fazer alguma coisa para também não....Mesmo às vezes tento fazer uma coisa para todos e outra para a *Margarida*, mas sempre é completamente impossível, não dá. Para quem tem que fazer todas as refeições para toda a família, não dá. Eu pendo que, nesta situação, penso que temos de tentar eu fazer um bocadinho melhor e ela tentar esforçar-se também e as duas tentarmos fazer, realmente o melhor possível.

Sentimento de culpa materno
Não impor regras
Dificuldade em impor regras
Sentimento de culpa materno
Tentativa de desculpabilização
Dificuldades em gerir refeições de todos
Importância apoio envolvimento familiar
Motivação Relação mãe-criança

E- Sente que se fosse um compromisso de todos seria mais fácil para si, sentir-se-ia mais acompanhada nesta situação?

M- Quer dizer....eu não.....eu acho que é assim, como eu disse, eu preocupo-me realmente com a saúde da *Margarida*, e ele (pai) como foi sempre como é – diz que se sente muito bem como é e pronto, acabou -, e então não se envolve. Se calhar ele também já tem problemas de saúde por causa disso, pelos menos colesterol alto já tem e controla, não bebe, não fuma, não tem outros agravantes, mas tem uma vida muito sedentária e se calhar é já um indício de algum problema. Não tem uma vida saudável.

Preocupação com a saúde
Falta apoio pai
Vivências familiares pouco saudáveis
Mãe luta sozinha

E – Portanto, aí estará um pouco desapoiada...

M- Sim, é como eu lhe disse há pouco, é sozinha a remar contra a maré. Pronto, tento fazer todos os dias um mínimo que seja, mas tento. Às vezes fica o pai menos contente, outros prejudica-se mais a *Margarida*, enfim...

Falta apoio familiar
Dificuldade em gerir refeições de todos
Empenho materno

E – Torna-se muito complicado de gerir, é?

M- Nesse aspecto, eu chego à conclusão que tem dias que aquilo que me faz pensar mais é realmente o que vou fazer para a refeição, como vou fazer...É que tenho de fazer a lida da casa, o mais pequeno o dia todo comigo...às vezes é

Grande preocupação com refeições
Mãe cuida de tudo
Estar em casa
Responsabilidades domésticas

realmente...e não é fácil. Ainda por cima, o pai come sempre em casa! Porque se ele tivesse outra ocupação que saísse mais, mas as refeições dele são sempre em casa....seria diferente. Assim tem de ser a toda a hora a pensar o que vai ser o almoço, o que vai ser o jantar...não é fácil, mas tento fazer o melhor. Mas eu penso que hoje, com esta situação – porque às vezes é preciso ela levar assim um abanão e depois anda-se uns meses melhor -

Grande preocupação com as refeições

Fazer/ dar o melhor

E – Será que para além da falta de motivação da *Margarida*, poderá haver uma baixa auto-estima, ou não?

M- Não me parece (risos), sinceramente não me parece. Ela está bem com ela, feliz. E eu acho que ali, a única coisa que a incomoda é mesmo as aulas de educação física, quando há um comentário ou outro e ela não se sente bem com isso. Fora disso, não. Ela está, como se costuma dizer, na maior. Eu acho que ela se habituou a viver com a situação e lida muito bem com isso. E não é infeliz por isso.

Gostar de ser como é

Boa AE

Ser feliz

Comentários dos outros

Habituar-se

Aceitar excesso de peso

E – Mas, por outro lado, quando vê as fotografias da mãe, gostava de ser como a mãe...

M- Realmente, quando vê as fotografias diz “ai eu gostava de ser como tu...”, mas acho que não gostava tanto o suficiente para conseguir. Porque a pessoa quando quer muito, empenha-se em fazer para conseguir. Eu também às vezes digo-lhe que ela nunca vai ser muito muito magrinha, porque ela é muito ossuda, tem uma parte óssea muito elevada. Mas pode melhorar a barriguinha, pode comer menos, para ajudar alguma coisa. Eu acho que ela capacitou-se de que nunca vai ser muito magra, e está feliz da vida com a situação. E eu também, pronto, se calhar é um mal, mas como mãe gosto deles como eles são.

Comparação com a mãe

Falta motivação

Estrutura corporal

Aceitar excesso de peso

nunca vai ser magra

gostar da criança como é

E – Mas diz que se calhar é mau. Acha que era «melhor mãe» se controlasse a *Margarida* muito mais?

Incentivo materno

M- Não, acho que não seria melhor mãe se tentasse modificar...Pronto, nesse aspecto, penso que posso contribuir para ela se sentir melhor. Agora, ser obcecada, no aspecto de a fazer mudar ou fazer ser magra, coisa que eu sei que ela

Não ser obcecada Com peso

nunca vai ser, acho que não. Até porque eu conheço algumas pessoas que são infelizes por essa situação. E conheço uma miúda que é gorda e a mãe é magra e a mãe pura e simplesmente está sempre, sempre a insistir, e a miúda tem uma auto-estima péssima, está mal psicologicamente, está super afectada, porque a mãe chama-lhe gorda, diz que ela nunca vai ter namorados que gostem dela porque é gorda.....e acho que não é por aí.

(fala-me de uma amiga que é psicóloga e de como é preciso ter paciência para ouvir os outros, e também da filha mais velha, que estuda psicologia)

E- E a relação mãe-*Margarida*, como é? Tem tempo para ouvir?

M- Sim, tenho. Até porque é uma coisa que me satisfaz bastante, por um lado de sentir que estou disponível para eles 24 horas por dia. Talvez com algum prejuízo pessoal, porque podia envolver-me numa ou outra situação e não o faço, mas por outro lado penso que será o que me satisfaz e o que me compensa, o facto de saber que os meus filhos terem uma coisa que eu sei que, hoje em dia é praticamente...é raro. Porque a maioria dos pais sai, estão fora, chegam e não ouvem os filhos, porque estão cansados, não sabem o que é que se passa com eles, não sabem o que é que eles viveram durante o dia e a mim, isso compensa-me. O facto de saber se a *Margarida* tem algum problema na escola, ela chega a casa e tem logo ali alguém com quem falar. E mais que isso, eu sei o que é que se passa com ela. Eu sei o que ela fez, onde foi, se teve dificuldades ou não, e isso a mim acaba por me compensar. Pelo menos essa parte, eu deixo-me, o meu investimento é todo neles, nos três. Até agora, acho que tem valido a pena o esforço.

Sempre disponível

Boa relação mãe-criança

Abdicar de si em função dos filhos

Boa relação mãe-criança

Dedicação exclusiva à família

Muito obrigada pelo seu tempo e por ter participado.

Entrevista 6

Nome da Criança: B.

Idade: 6 anos

Mãe: M.

Idade: 37

Data da primeira consulta: Maio 2005

Data da entrevista: 31 de Outubro de 2005

(consulta de seguimento)

Nasceu com: 3,500kg e 52 cm

Peso na primeira consulta: 31Kg e

Peso na data da entrevista: 32Kg e

(Só pratica exercício físico na escola, gosta muito de pão e tem dificuldade em comer sopa. Veio indicada pela Pediatra. A avó paterna é obesa. Foi amamentada, mas pouco tempo e a transição para a alimentação sólida decorreu sem problemas.)

E - Sei que veio referenciada pela Pediatria, mas quer explicar um pouco melhor de onde surge esse pedido?

M- Foi o Pediatra em conjunto comigo, que achámos que seria melhor ela ser vista, para fazer uma consulta de nutrição e fazer análises para ver se estava tudo bem, se havia algum problema ou se era mesmo excesso de peso.

Pedido de consulta

Problemas de saúde

E - Então a mãe também notou esse excesso de peso, ou estava mais preocupada com outras questões ligadas a isso?

M- Pois, estava com medo de diabetes, por isso fez as análises. E como ela é uma criança de muito alimento, também se justificava o excesso de peso que ela tem.

Preocupação com a saúde

Comer muito

E - Quando é que notou que se deu o maior aumento de peso?

M- Ela sempre foi «gordinha», mas a partir dos 4 meses, já se começou a notar as pernas assim gordinhas, muito gordinha, e só comia de 4 em 4 horas! Pronto, a partir daí foi sempre. À medida que ia crescendo, também ia

Sempre foi gordinha

engordando, foi sempre. Ela tem uma irmã, faz agora 3 anos, come o mesmo que ela e é delgadinha!

Aumento de peso
Comparação
entre filhos

E - Há alguém «gordinho» na família?

M- Não, não. O pai não...eu também não....não, não há ninguém.

Não há
hereditariedade

E - Vieram à consulta, foi passado um plano alimentar, e depois, como foi a adaptação?

M- Tem sido melhor. Conseguiu-se controlar melhor, porque quando era eu a dizer, ela não dava tanta importância e vindo ao médico, a doutora é super simpática e ela fica à-vontade. E ela começou a aperceber-se que havia outra pessoa que dizia o mesmo que eu dizia em casa e que realmente era isso que ela havia de seguir. Às vezes é um bocado complicado, mas ao princípio, as pessoas ofereciam-lhe qualquer coisa, e ela dizia “Ah não, a doutora disse que era para eu não comer”. Agora como foi o Verão, ela esteve mais à vontade, foi isso. Agora a ver se começa a entrar na linha outra vez.

Importância
apoio/relação
com médico
Dificuldade em
impor regras
alimentares
Comida oferecida
pelos outros
Responsabilidade
da criança
Férias
Aumento de peso

E - A Mãe referiu que a primeira preocupação era saber se havia diabetes, colesterol, etc., mas a outros níveis, como o relacionamento da B com o corpo, com os outros, também notou alguma coisa?

M- Que eu percebesse, acho que nunca houve esse problema. Também não foi isso que me afectou, tipo ela ser «gordinha» ao pé dos outros, nunca foi essa a minha preocupação. Mas infelizmente, no nosso país é assim, às pessoas que são obesas parece que são discriminadas....

Despreocupação
face ao peso

Consciente da
discriminação

E - Mas por vezes as crianças são cruéis...

M- Que ela em casa me dissesse alguma coisa, não. Também na sala dela havia mais 2 ou 3 que eram mais fortes que ela, andavam mesmo a fazer dieta e nunca....mas sei que isso é importante. Também o excesso de peso não interessa a ninguém. Apesar de ela não ter agora problemas, o excesso de peso não é saudável. E eu acho que, nesta idade ainda não há essas observações entre eles. Talvez quando for para a preparatória, acho que aí há outras observações entre

Mais crianças
obesas

Preocupação com
a saúde

colegas, agora como são todos crianças...lá aparece um ou outro mais esperto e depois tem a mania de gozar... Consciente da discriminação

E - Mas nunca sentiu que a B estivesse preocupada com isso...

M- não, nem nunca me fez comentários. Eu é que às vezes lhe digo “olha tens Incentivo/ apoio materno de comer menos porque senão...”. ela tem a mania de só querer vestir calças e eu Roupa digo-lhe “qualquer dia não há calças para ti, tens de andar sempre de saias”. Mas que ela me dissesse...ela não é muito feminina, é mais Maria-rapaz.

NOTA- como a menina estava muito impaciente, tivemos de terminar

Obrigada pela sua participação.

Entrevista 7**Nome da Criança:** M.**Idade:** 12 anos**Mãe:** T.**Idade:** 42**Data da primeira consulta:** 31 Outubro de 2005**Data da entrevista:** 31 Outubro de 2005**Nasceu com:** 3,980kg**Peso actual:** 55kg

(É acompanhado pela Pedopsiquiatria e faz medicação. Família paterna - «entroncados» e bem constituídos; família da avó materna – magro; família do avô materno – fortes e bem constituídos. Avô materno – diabético, hipertenso e com colesterol elevado; avó paterna – problemas cardíacos; avó materna – problemas de tiróide. Tem um irmão de 7 anos.

Acompanha-
mento
Psiquiátrico

Começou a aumentar de peso há um ano (coincidindo com a entrada para o ciclo) e muito este verão. Deixou de fazer exercício físico regularmente – fazia patinagem de competição - e passou a tomar a medicação. Queixas de problemas relacionais com os colegas, afirmando que o rejeitam e mantêm afastado. Começou a manifestar muitos medos.

Início aumento
peso

Férias

Deixou pratica
exercício físicoDificuldade no
relacionamento
interpessoal

Quando está em casa faz «corridas para o frigorífico e come tudo o que encontra. O M. Afirma que quer mudar de alimentação e perder peso (motivado?). O maior problema é o pão e os doces.)

Comer de tudo

Motivação

E - Bom, daquilo que contou na consulta, o M sempre foi um menino «gordinho»!?

Sempre foi
gordinho

M- Sim, sempre foi.

E - O que é que fez a Mãe e o Pediatra pedirem a consulta?

Aumento peso

M- Ora bem, eu via que ele estava mesmo a pôr muito peso de dia para dia e que não estava a abonar mesmo em nada a vida dele. Ele andava um pouco mais e ficava cansado...porque ele está numa fase de muita...porque ele tem 12 anos e

Reflexos/
consequências
excesso peso

sabemos que ele agora pode ficar um adolescente forte e...pronto, mesmo uma doença e tudo o mais que possa acarretar...

Preocupação com o futuro

Preocupação com a saúde

E - Isso é verdade, existe a possibilidade de ele se manter «gordinho», para além dos problemas de saúde associados, até porque há um historial familiar...

M- Sim, sim. Tem sido muito...temos passado por coisas muito difíceis...

(somos interrompidas pelo M que quer dinheiro para tirar alguma coisa da máquina porque tem fome)

E - Mas esses problemas estão relacionados com o aumento de peso?

M- Muitos problemas mas não têm a ver com a obesidade, não. O M já é uma criança muito negativa, com a auto-estima muito em baixo...e pronto, de um momento para o outro começou a ganhar medos, muitos medos. (a mãe conta que o pai do M esteve em casa durante 3 anos devido a um cancro, tendo o M ficado com muito receio de perder o pai e o fez passar muito mais tempo com ele. Quando o pai voltou ao trabalho (na altura da entrada para o 5º ano), o M ficou muito contente, mas manifestou medo da escola, de andar de autocarro, dos professores...passava os intervalos ao telefone com a mãe. Como o irmão mais novo também tem problemas de saúde, o M fingiu estar doente para a mãe o ir buscar e dar-lhe atenção. Dou espaço à mãe e prosseguimos a entrevista).

Personalidade da criança

Baixa AE

Doença do pai

Medo perder o pai

Dificuldades na adaptação escolar

Mas pronto...numa consulta com o Pediatra chegou-se à conclusão de que ele estava muito forte e então viemos aqui.

Pedido de consulta

E - E quanto ao exercício físico, ele fez patinagem de competição, mas deixou...

M- Pois ele foi campeão regional e nacional de patinagem. Ele tinha muito bons resultados, mas fez uma ruptura muscular e desde aí nunca mais...

Prática de exercício físico (competição)

(uma vez mais, a mãe sente necessidade de contar toda a história e eu dou-lhe esse espaço)

E- Certamente que com a ajuda da Psicóloga, o M vai ultrapassar todas essas questões e quem sabe, iniciar outra actividade...

M- Pois, ele até tem ido comigo à ginástica. São só senhoras, mas ele até gosta. Prática exercício Físico

E - Entretanto, disse na consulta que ele «atacava» o frigorífico, como é que é a alimentação dele lá em casa?

M- (risos) Desde queijo, presunto (que ele adora!). Nós tentamos comprar sempre aquilo que eles gostam...fiambre, iogurtes (bastantes), também aquelas sobremesas, que já sei que não pode ser... Ele limpava mesmo tudo! Também tenho a caixinha dos biscoitos, porque comprava para o pai e ele comia tudo. Comer de tudo
Comprar o que as crianças gostam
Comer muito
Ter mais pessoas em casa

E - Mas a Mãe percebe que é difícil haver tudo isso lá em casa e não poder comer...

M- Pois e ele está o dia inteiro em casa e passa...levanta-se da cama para o sofá e eu já disse “M quando nos levantamos, arranjam-nos, comemos e só depois é que vamos...”, mas ele não. Cama e sofá. Tempos livres deitado/ TV
férias
inactividade

NOTA- refere-se aqui ao período de férias.

E - Se calhar até se come deitado no sofá...

M- Verdade. E do sofá para o frigorifico e ele faz este trajecto muitas e muitas vezes durante o dia. E o meu marido diz e é verdade, ele come a jogar, ele come a ver televisão... Férias
Inactividade
Tempos livres TV e jogos vídeo

E - Portanto, o pai também está preocupado...

M- Ah sim, sim. Sem dúvida. O pai até lhe disse “estás a fazer assim, deixa lá que na consulta logo te dizem”. Preocupação do pai

E - Notou alguma vez que o M tivesse problemas na Escola por ser «gordinho»?

M- Não, acho que não tem mesmo.

Sem complexos

E - Tem muitos amigos?

M- Actualmente está a começar a conquistar, porque o ano passado foi muito difícil. Ele não se dava mesmo com ninguém. Mas acho que não, em termos de gordura que não, porque, pronto, eu sei que não.

Dificuldade
adaptação escolarMudança de
escola**E - Mas o M está a entrar na adolescência...**

M- Pois vai e vai começar a ter complexos e vai começar a ter problemas com isso.

Consciente da
discriminaçãoPreocupação com
o futuro**E - Então, essa também é uma preocupação da Mãe?**

M- Sim, sem dúvida.

E - E acha que ele também está preocupado com isso?

M- Não, acho que não, porque ele é muito desalinhado, anda sempre de qualquer maneira, não se importa com nada.

Despreocupação
com imagem**E - Mas a preocupação com a imagem é uma coisa, outra é a preocupação com o corpo...**

M- Sim, sim, mas ele não se preocupa. Ele não tem pudor do corpo dele. Nenhum. Conosco em casa, tal e qual como nós andamos à vontade, ele também. Toma banho com o pai, comigo...

Sem pudor do
corpo**E - E no balneário com os colegas?**

M- ...aí já não sei, não faço ideia,mesmo. Eu sei que o ano passado houve qualquer coisa, ele recusava-se a tomar banho com os colegas depois da educação física, porque em casa não. Mas aí, não sei. Mas sei que actualmente toma porque trás a toalha molhada. Mas em termos de pudor do corpo, podia-se tentar esconder, ou...mas não. Mesmo o corpo dele já está a sofrer alterações e ele mostra e pergunta.

Complexos

Sem pudor do
corpo**E - Portanto, trata-se mesmo de uma questão de saúde física...**

M- Sim, essencialmente é isso.

Preocupação com
a saúde

Muito obrigada pela sua colaboração.

Entrevista 8

Nome da Criança: *Marco*

Idade: 12 anos

Mãe: *Clara*

Idade: 33 anos

Profissão: agente imobiliária

Data da primeira consulta: Maio 2005

(consulta de seguimento)

Data da entrevista: 17 Janeiro 2006

Nasceu com: 3,350 kg e 48cm

Peso na primeira consulta: 49Kg

Peso actual: 47Kg

(Avó materna, bisavó e primo paternos, diabéticos. Avó materna hipertensa e anémica. Tia paterna e prima materna obesas. Foi amamentado durante 15 dias. Os pais estiveram separados 7 anos, mas estão há dois anos novamente juntos)

E- Como é ser mãe do M.?

M- Ser mãe é uma coisa extraordinária, mas ser mãe do M. é muito complicado, porque ele tem tido um percurso de vida complicado. A minha gravidez foi agitada, só amamentei durante 15 dias, porque o M. mamava muito pouco. O M. até aos dois anos foi uma criança muito complicada para comer e agora vinga-se. Agora, acho que o M. se tornou uma criança um bocado revoltada. Quando eu e o pai nos separámos, o M. ainda não tinha quatro anos e assistiu a coisas muito complicadas em casa, tornou-se uma criança muito revoltada e desde aí tem sido uma criança muito difícil. Eu digo que é da adolescência, mas não pode ser só, porque ele de dia para dia está pior. Está mal educado, preguiçoso, refilão, autoritário.....e depois o M. não dorme sozinho....é que desde que nasceu, para além de não mamar, o M. não dormia e estava sempre a chorar e eu metia-o na minha cama, porque assim ele sempre descansava uma hora ou duas. Eu sou super contra essas coisas, mas só passando por elas. E depois o M. continuou sempre a dormir comigo e com o pai. Entretanto, veio a separação e

Boa experiência com maternidade

Gravidez agitada

Criança não comia

Assistir a tudo

Separação do casal

Mudanças na personalidade/comportamento

Não dormir sozinho

Separação do casal

agravou-se, porque o M. ficou só com a mãe e foi ficando e hoje tem 12 anos e dorme com a mãe ou com o pai. Ou seja, o pai e a mãe poucas vezes dormem juntos.

Relacionamento
conjugal

E- Mas quem é que vai para a cama de quem?

M - Vem ele dormir com a mãe ou com o pai. Isso é uma das coisas que tem sido muito difícil...porque ele tem muitos medos. O M. não fica sozinho em casa, só se souber que eu não me demoro nada, mas quando fica de noite, não fica mesmo. Se nós estamos na sala e ele vai à cozinha, deixa a porta aberta para me sentir. Já experimentei montes de coisas, mas nada resulta. É um medo, uma fobia, mas eu não consigo perceber os medos dele. Vou demorar para conseguir que durma sozinho como demorei para que ele comesse.

Não ficar sozinho
(angústia
separação)

Medos

E- Como é que foi fazendo a introdução de novos alimentos?

M- Eu tinha uma dispensa que parecia uma farmácia. Tinha todos os leites, todas as papas, tinha tudo. A primeira vez que o M. comeu, tinha a casa cheia de gente. Devorou tudo, mas no outro dia já não comeu. Experimentei as marcas todas de papas. Hoje em dia é “não comas”. Mas é espectacular ser mãe. O M. hoje fala tudo comigo, fala muito de sexo, de raparigas. É tudo muito a mãe. Mas agora, eu tenho duas de passar horas a chorar porque não estou a conseguir lidar com o M. Ele de dia para dia está pior.

Experimentar
tudo

Não comer

Dizer não

Boa experiência
com maternidade

Relação mãe-
criança

Mudança no
comportamento/
personalidade

E- Que será que se passa com o M.?

M- Não sei. Está a ser muito complicado. Responde mal, nunca está sossegado, estudar é mentira, é super teimoso, não tem responsabilidade nenhuma...anda muito esquecido. E depois também há outro problema, que eu acho que é uma luta constante, o facto de o pai ter estado tanto tempo ausente, por mais que ele visitasse o pai, é diferente.

Mudança no
comportamento

Ausência do pai

E- Quanto tempo estiveram separados?

M- Quase sete anos. É muito tempo e eu acho que falta um bocadinho de pedagogia, entende?

Não haver regras

Ausência do pai

E- Que tipo de relação é que o M. estabeleceu com o pai enquanto estiveram separados?

M- Desde que nos separámos, o M. adorava ir para o pai. mas eu acho que o pai tem de se impor. O M. ficou super contente quando voltámos a viver juntos, mas acha que o pai está no nosso território e o pai tem de se portar como e quer e não o M. que tem de obedecer ao pai, porque ele é que era o homem lá de casa. E eu acho que o pai ralha sempre em alturas em que não deve ralar e sinto que o pai tem falta de falar com o filho. Não é fácil gerir os dois. O M. já andou numa psicóloga e gostou muito, mas agora está à espera de nova consulta, porque eu sinto que ele precisa. E eu com este percurso de vida estou muito cansada. Já tive duas depressões, numa delas fiquei sem memória dois meses. Foi muito complicado. É bom ser mãe nova, mas neste caso é muito complicado. e depois o M. sempre foi uma criança muito especial devido ao percurso todo dele.

Separação do casal

Gostar de estar com o pai

Dificuldades em impor regras (pai)

Reconciliação

Não aceitar regras do pai

Dificuldades na relação pai-criança

Apoio psicológico

Depressão materna

Cansaço materno

Criança especial

E- Então, como foi o regresso do pai a casa?

M- Aceitou, porque começou a passar muito mais tempo com o pai e foi muito importante. Porque houve uma grande aproximação entre eles e foi o M. o causador da nossa aproximação. Ainda estamos na fase de construir tudo de novo e é muito difícil, mas estou muito feliz.

Gostar de estar com o pai

Reconciliação

E- Acha que voltou para o seu marido pelo M.?

M- Não, isso não. Estou por mim, porque já tínhamos tentado antes e não tinha dado certo. Só está a ser difícil porque o M. parece que não aceita as regras do pai e depois eu dedico-me muito a ele, passo horas com o M.. não me canso, mas são muitas horas. Mas a minha dedicação parece que não serve de nada.

Não aceitar regras do pai

Dedicação exclusiva à criança

Frustração materna

E- Excluindo as questões ligadas à alimentação, o M. foi uma criança saudável?

M- Sim, sim.

E- Teve uma boa adaptação escolar?

M- Teve, gosta muito, mas agora é muito rebelde, sempre foi. Mas chumbou este ano por causa de estar como está, com este feitio.

Boa adaptação escolar
Maus resultados escolares
Mudanças no comportamento

E- Entretanto, quando é que o M. começou a aumentar de peso?

M- Começou no ano em que estive com o pai. ele já estava mais gordinho, o que foi uma coisa repentina, mas depois foi mais nessa altura. Portanto, há dois anos. É que o pai é um excelente cozinheiro e só gosta de fazer comida consistente, à homem e são tudo coisas que engordam. Ele já estava mais gordinho, e eu também não percebo porquê.

Início aumento de peso
Pai prepara refeições
Alimentos hipercalóricos

E- Terá mudado alguns hábitos ou adquirido outros?

M- Não, é sempre tudo igual. Pratica desporto desde o 4º ano. Agora é futebol e antes era natação. Anda há quatro anos no futebol e ao fim de um ano é que ele começou a engordar. É que no 5º ano, o M. portou-se tão mal que tive de lhe dar castigos e um deles foi o futebol. Foi o maior erro da minha vida porque o M. já estava mais gordinho e parou de fazer exercício físico, tirando o da escola, e pronto, depois estive aquele tempo com o pai...

Praticar exercício físico
Deixar de praticar exercício físico
Aumento peso
Desporto escolar

E- Mas depois voltou para a mãe...

M- E percebi que tinha de o voltar a inscrever no futebol e não vai para a natação porque não tem tempo.

Praticar exercício físico

E- Quando é que percebe que tem de fazer alguma coisa?

M- É assim, o M. começa a engordar e nós começámos a cortar.

Aumento de peso
"cortar"

E- O que é que cortaram?

M- A comida sempre foi tudo muito leve, seja eu ou seja a avó a fazer, é quase sempre cozidos ou grelhados, guisados raramente. Sobremesas de vez em quando, porque a minha mãe é diabética. Começámos a ter mais atenção, cortámos as guloseimas, os guisados...sopa há sempre e lembrei-me agora que nessa férias e foi com a vinda para esta escola, onde tem muito mais liberdade do que na escola primária, ele almoçava sempre em casa e agora nada disso e levar lanche de casa nem pensar. Cortei com uma série de coisas.

Cuidados com alimentação
Alteração hábitos alimentares
Mudança de escola
Maior responsabilidade/ autonomia da criança
Não levar lanche para a escola
Cortar/ alterar hábitos alimentares

E- Mas não foi suficiente...

M- Não foi suficiente. Entretanto, em Setembro recebi uma carta do Centro de Saúde para ele ir a uma consulta de Pediatria. A médica mandou fazer análises e enviou para a Consulta de Obesidade Infantil. Em Janeiro vim a essa consulta, a médica explicou o que ele tinha de fazer e ele pesava 49 ou 50Kg, nessa altura e ficou com 46Kg. Entretanto o M. volta a engordar...

Pedido de consulta

Início da dieta

Perda de peso

Aumento de peso

E- Quando veio à consulta pela primeira vez, explicou ao M. ao que vinha e porquê?

M- Sim, sim e achou que precisava. Achava que estava gordinho e depois muitas vezes eu dizia que ele era tão vaidoso com ele, com a roupa e com o cabelo e com o peso não. Depois perdeu peso e quem o ajudou muito foi a minha mãe, porque eu à hora do almoço nunca estou em casa e ela é que preparava as refeições do M., almoço e lanche a andava tudo muito certinho.

Auto.-percepção do peso
Importância da imagem

Perda de peso

Apoio familiar
Não estar em casa

Refeições preparadas pela avó

E- Portanto, a avó também foi envolvida e cumpriu com plano alimentar estipulado para o M.?

M- A avó bastante, muito mesmo. A família do pai, uma desgraça. O M. ia lá ao fim-de-semana e os petiscos e os doces.....e “é só um bocadinho, deixa lá o menino”. Mas houve uma altura em que tive de me impor e até me chateei porque se ele como uma vez, agora sempre, a dieta que está a fazer com a minha mãe não dá em nada e vocês só estão a estragar. E depois o M. fica equilibrado porque ali pode comer tudo e a avó dá-lhe o que ele não quer. Porque a minha mãe dizia que ele até ia bem e estava contente e uma vez por semana fazíamos um maminho, porque não é fácil para uma criança fazer dieta. Depois o M. voltou a engordar.

Apoio familiar

Falta apoio familiar
Convívio à volta da comidaTer de se impor face aos outros
Falta compreensão/ envolvimento da família

Cumprir

Fazer um maminho
Dificuldade em fazer dieta
Aumento de peso
Ser criança**E- Como é que ele reagiu quando aumentou de peso?**

M- Ele ficou muito triste.

Tristeza com aumento de peso

E- Se ele estava a cumprir o plano, o que é que falhou?

M- Ele às vezes levava lanche para a escola e outras vezes não e comecei a perceber que o M. comia na escola e eram só porcarias. Então, menti-lhe e disse que tinha falado com as senhoras do bar e que só o deixavam comer

Refeições escolares

Alimentos hipercalóricos

Maior autonomia da criança

torradas, beber leite e mais nada. E agora na escola come quase sempre mais ou menos bem e até prefere comer a sopa e o segundo e deixar a sobremesa. Lá vem um dia ou outro que diz que não prestava, mas é porque não lhe agrada a comida, mas pronto. Mas ele é uma criança que não comia nada, mas quando começou a comer comeu de tudo, não é esquisito, adora sopa. Pronto, depois vim cá, e o M. tinha engordado. Fizeram análises, o colesterol estava um bocadinho alto, apareceram também uns valores mais altas da tiróide, mas são para repetir porque pode não ser nada, os diabetes também um bocadinho altos. Entretanto a Nutricionista sugeriu um acompanhamento mais regular de 15 em 15 dias e tem sido um espectáculo, porque ele agora, nas férias do Natal todos engordámos e ele emagreceu 1Kg. Ele foi bastante ensinado e incentivado pela doutora sobre como é que devia comer os doces e tem andado felicíssimo, porque já perdeu 2Kg e está com 47Kg.

Refeições escolares

Não comer

Comer de tudo

Aumento de peso

Acompanha -
mento regular
médicoimportância
acompanhamento
médico

incentivo médico

perda de peso

E- Então, para o M. foi muito importante ter um acompanhamento mais regular, menos espaçado no tempo?

Importância
relacionamento
médico

M- Foi, foi muito bom, muito positivo. E depois a doutora elogia-o muito, a roupa e tudo e isso cativa-o muito. (volta a falar nas alterações no comportamento do M. e de como isso o tem prejudicado também no futebol). Ele até tem tido menos rendimento no futebol desde que engordou, nota-se muito bem a diferença. Se ele continuar a perder peso, talvez consiga voltar a estar bem. Ele até se pesa todos os dias e eu já lhe disse que não é todos os dias, mas para ele ver que o peso se mantém já é muito importante. E depois, nota na roupa que lhe fica larga e já pergunta se posso mandar apertar. Ele quando se sentia mais gordinho não queria vestir roupa muito justa porque se notava a barriga e se fosse larga já via tudo liso.

Dificuldades em
praticar exercício
físicoImportância do
pesoFeliz com perda
de peso

complexos

E- Então ele tem alguma preocupação com o corpo...

Tristeza/
preocupação com
corpo

M- Tem e notava-se que ele andava triste, mas ao mesmo tempo, quando ele estava a comer e eu lhe ralhava, ele só dizia que tinha fome....e eu à vezes dizia “oh meu rico filho, oh meu amor”. É que conforme queria emagrecer, a obsessão pela comida era tanta, ele era obcecado pela comida.

Ralhar

Ter sempre fome

Ter pena
Querer emagrecerObsessão pela
comida

E- Sentia muito isso, ele tem fome mas eu não o posso deixar comer?

M- Sentia, mas é assim, ele não passava fome. Era o vício de estar a comer. E depois, desde sempre que tem dificuldade em tomar o pequeno-almoço. Se eu estiver em casa, com tempo e ele não vã para a escola, toma, mas ter de se levantar e ir a correr para a escola, não come nada. Agora é uma torrada e um iogurte. A fruta foi uma coisa que lhe custou muito, porque ele comia muita fruta e tive de reduzir. Mas quando não come de manhã, chega com o muito mais fome ao almoço, eu vejo logo que ele não comeu nada e quer comer tudo..

Não passar fome
Vício de comer
Não tomar pequeno-almoço
Estar em casa/
mãe estar
Alteração hábitos alimentares
Dificuldades em cumprir o plano

E- E levar lanche para a escola?

M- Não leva, não fica bem levar comida de casa para a escola e até porque a brincadeira está à frente de tudo. Mas agora está melhor. É que ele, no espaço de 15 dias cresceu 4cm e emagreceu 1Kg e os médicos dizem que ele vai crescer muito.

Não levar lanche para a escola
Pressão social

Crescimento
Perda de peso

E- E o pai no meio disto tudo?

M- ele vem mas nunca entra. Mas eu gostava que ele participasse mais. Ele não quer assumir as responsabilidades dele nos problemas do M. na próxima consulta a ver se ele vai.

Falta apoio do pai

E- E lá em casa com a dieta como é?

M- Ele (pai) agora está mais controlado porque era só o M. que fazia, mas agora é igual para todos. É mais grelhados e cozidos, mas um dia tenho de fazer um estufado para que o M. não desista e a sobremesa também o pai dizia sempre que sim, mas ao mesmo tempo perguntava porque é que o M.. Não havia de comer. Mas depois começou a perceber que o M. precisava mesmo e mudou.

Dieta só para a criança

Falta apoio do pai

Refeições iguais para todos

Fazer um miminho

Apoio/
envolvimento do pai

Obrigada pela sua colaboração

Entrevista 9

Nome da Criança: G.

Idade: 7 anos

Mãe: D.

Idade: 38 anos

Profissão:

Data da primeira consulta: Junho 2005

(Consulta de seguimento)

Data da entrevista: 31 Outubro de 2005

Nasceu com:

Peso na primeira consulta: 32kg e

Peso actual: 39kg e

(Aumentou 7 kg desde a primeira consulta e os valores das análises vêm muito alterados. A mãe fica muito nervosa e acaba por chorar. Está muito preocupada. Parecem existir algumas dificuldades em cumprir o plano recomendado, e a mãe demonstra algumas dúvidas em relação àquilo que deve ou não comprar, confessando os erros que tem cometido. A mãe é diabética.

Aumento de peso

Preocupação com a saúde

Dificuldades em cumprir o plano

Quando entrei na consulta, a doutora mostrou-me uns desenhos do G. que a deixaram um pouco preocupada. Mais tarde, durante a entrevista, falei com o G acerca disso e a explicação encontrava-se, aparentemente, de um reflexo de um DVD de caça que tinha visto com o pai.

Erros alimentares feitos pela mãe

Dúvidas face à alimentação

O G não foi amamentado a peito, mas bebeu leite materno. A introdução da alimentação sólida foi normal.)

(começo por dar algum espaço à mãe para se recompor um pouco mais, dando depois as explicações do estudo)

E - Já sei quando foi a primeira consulta, mas o que é que a fez vir?

M- Porque ele em Março, estava de férias e veio passar uns dias em casa da madrinha. Foi às compras e quando chegou começou a queixar-se de dores de barriga, saltou-lhe uma diarreia e a vomitar e ela trouxe-o logo para aqui. Quando cá chegou, estava completamente desidratado. Ficou uma noite na urgência e no

outro dia, o Pediatra disse-me “O G. está tão gorducho, tu estás tão forte...”.
pronto, ficámos assim. E de facto, ele está forte, mas como eu não sou muito magra...

Alerta médico
Comparação
mãe-criança
Hereditariedade

E - Então foi aí que ficou alertada?

M- Não. Eu sabia que ele estava gordinho, mas é assim, ele foi sempre fortezinho e eu associei isso ao facto de eu também não ser muito magra e o meu marido a mesma coisa, e ao facto de eu ser diabética também já há muito tempo.

Sempre foi gordinho
Desvalorizar
excesso de peso
hereditariedade

E - Então, isso não era um problema...

M- Pois, não fiquei assim muito, muito alarmada.

Desvalorizar
excesso de peso

E - Então, como é a alimentação lá em casa? Já sei que ele gosta muito de sopa...

M- Gosta muito. A base da nossa alimentação é muito à base de sopa, mas isso é o contrário do que a doutora disse, porque quando comemos sopa não comemos mais nada...

Erros alimentares
feitos pela mãe

E - Mas para o G que está a crescer, não é suficiente, pois não?

M- Pois, normalmente, a gente come a sopa e um pouco de carne a pão e pronto. Mas sabe, eu faz-me confusão a doutora dizer-me que ele tem de comer sopa e depois o segundo. Porque eu penso assim, se ele come sopa e ainda o segundo, ele está a comer mais do que comia...

Erros alimentares
feitos pela mãe
Duvidas da mãe
face à
alimentação

E - Podia ter conversado isso lá dentro, na consulta...

M- Pois, exacto....

E - Portanto, o Pediatra sinalizou o G, porque até aí a Mãe não tinha dado muita importância...

M- Pois, até aí não.

Desvalorizar
excesso de peso

E - Mas a mãe é diabética, não pensou nisso?

M- Pois sou, também foi uma das preocupações que eu sempre tive, que eu pensei sempre que hoje, quando viesse à consulta, não ouvisse o que ouvi (chora) e por isso é que fiquei assim...

Preocupação com a saúde

E - As análises vieram um bocadinho alteradas, foi?

M- Foi. Porque eu estava a dizer à doutora, eu com algum custo faço-lhe o teste depois das refeições e ele tem 120/130, o que não é muito, mas nunca pensei que ele em jejum tivesse 104. Nunca pensei...

Preocupavas com a saúde

E - E lá em casa, o que é que o pai acha?

M- pronto, ele diz que também acha que ele está muito fortezinho, está muito gordinho e...e viemos, pronto. Para além do facto de o doutor ter dito que era melhor, nós também achámos.

Apoio do pai
Pedido de consulta**E - Tinha a ideia de que fazia uma alimentação equilibrada em casa?**

M- Sim, tinha, até porque eu sou diabética e tenho de ter cuidado...

Cuidados alimentares anteriores

E - Então o que terá feito o G engordar?

M- é assim, eu desta vez, eu acredito que foi as férias, porque foram passadas esparramado no sofá e a jogar consola. Mas também brinca na rua e a escola só começou há um mês...

Férias

Tempos livre TV/
sofá

Inactividade

Brincar na rua

E - Então e praticar algum desporto?

M- Nós moramos um bocado longe de tudo e eu confesso que tenho algum receio de conduzir de noite e o meu marido trabalha por turnos...

Não praticar
exercício físico**E - Mas andar a pé, pode ser...**

M- Sabe, isso complica-me um bocado, porque eu entro às 8 horas e saio às 19:15h e é complicado....porque nós chegamos a casa e temos tudo para fazer. É complicado dispor de um tempinho e dizer assim “agora vou andar a pé”...

Não praticar
exercício físico

E - Da primeira vez que veio à consulta, levou um plano alimentar para o G e, pelo que percebi, está a ser um pouco complicado...

M- Não, não é a questão de ser complicado, é que é assim, ele, faço-lhe dois lanches, mas quer é sempre comer qualquer coisa que o satisfaça...não é tanto o encher a barriguinha, mas qualquer coisa doce...pronto. eu sou sincera, eu costumava ir às compras e costumava comprar umas bolachinhas, ou qualquer coisa para lá estar. Mas estes mês disse que não ia comprar mais nada, só comprei uns croissants...Mas vou tirar aquilo de lá e depois, sabe é outra coisa assim, ele apanhou o vício de comer antes de se deitar porque eu como e ele apanhou aquela ideia “tu comes, eu também como”. E então é assim, mas ele não se concentra com o leite, ele tem de comer sempre um bocadinho de pão. É complicado porque ele quer comer sempre, quer algo mais do que aquilo que tem.

Ser guloso
Erros alimentares feitos pela mãe
Comparação hábitos alimentares
Não cumprir (criança)
Gostar de comer
Comer de tudo/Não resistir

E - Ele gosta de comer...

M- Gosta, gosta e se for assim coisinhas doces...é uma perdição.

Ser guloso
Alimentos hipercalóricos

E - Portanto, foi difícil ajustarem-se a esta nova alimentação...

M- Não, porque é assim, eu sou diabética, tenho de fazer dieta. O pai também está e é assim, mas pronto, ele tem sempre aquela tendência...e bebe um bocadinho de sumo....

Cuidados alimentares anteriores
Mãe também faz dieta
Dificuldades em cumprir o plano

E - É difícil dizer «não»?

M- É difícil dizer que não, é difícil. É porque o sumo, ele não bebe todos os dias, mas bebe... e ele é difícil comer a fruto, mas eu também não gosto muito de fruta e por isso eu acho que ele também não.

Dificuldade em dizer não
Comparação hábitos alimentares

(o G começa a ficar muito impaciente...)

Por outro lado, nós também no campo temos dificuldade em encontrar as coisas certas...

Dificuldades em cumprir o plano

E - E quanto aos colegas, ele nunca se queixou?

M- Não, para ser sincera, acho que isto não se passa, eu acho que ninguém troça com ele por ele ser gordinho...

E - Então a maior preocupação da mãe é com as análises...

M- É, até, pronto...ele noutra dia, até fiquei preocupada...ele chegou a casa muito triste, não dizia nada a ninguém, mas até hoje não consegui descobrir o que foi...é difícil ele falar comigo, sobre isso assim.

Não falar/ meter
para dentro

(o G estava mesmo impaciente)

Muito obrigada pela sua participação.

Entrevista 10**Nome da Criança:** B.**Idade:** 12 anos**Mãe:** M.**Idade:** 39 anos**Profissão:** empregada de supermercado**Data da primeira consulta:** Abril 2005

(Consulta de seguimento)

Data da entrevista: 31 Outubro de 2005**Nasceu com:****Peso na primeira consulta:****Peso actual:** 88,5 kg e

(Foi amamentado até aos 3 meses, com normal introdução da alimentação sólida. Aumento de peso O B aumentou 8kg nas férias. A mãe não se senta na consulta, revelando um claro desinteresse na mesma. O B é bom aluno, mas pouco falador, «mole», lentificado)

E - Pelo que percebi da consulta, o B sempre foi «gordinho»...

Sempre foi gordinho

M- Foi, a partir dos 4 anos ele começou a aumentar de peso.

Início aumento peso

E - E o que será que fez com que ele começasse a aumentar de peso desta forma?

M- Não sei, isso também tem a ver com uma questão hereditária...na família temos uma constante.....do meu lado....uma constante assim de pessoas para o lado do gordinho.

Hereditariedade

E - E quando é que começou a achar que era melhor ele vir à consulta?

M- Pronto, há 2 anos ele fez um internamento aqui porque teve celulite submandibular e ao ficar cá internado, encaminharam-no para as consultas de nutrição.

Internamento

Pedido de consulta

E - Até aí, a Mãe nunca se preocupou?

M- Não, evitava dar certas coisas, mas pronto...

Despreocupação com o peso cuidados alimentares anteriores

E - Mas ele foi sempre aumentando de peso...

M- Sim.

E - E o que é que achava disso?

M- Sei lá, ele sentia-se bem, fazia desporto, não se recusava a fazer nada....cansava-se mais um bocadinho, só que ele é uma criança que faz sempre...ele faz sempre, ele não se recua a fazer nenhum tipo de exercício. Mesmo a educação física, ele nunca se recusa, ele tem de fazer... Vê-se que ele em certas coisas faz mais esforço...

Praticar exercício físico

Dificuldades em praticar exercício físico

E - Mas depois quando veio à consulta...

M- Mas pronto, ele nunca foi uma criança de comer doces, porque as pessoas dizem “Ah comes muitos doces, chocolates, bolos”. Mas não, ele gosta é de comida, comida mesmo. É o pão e a comida mesmo e se for uma comida que ele goste ...Nunca foi de doces, bolicaos, nada, é mais o sumo e a coca-cola, isso sim. Mas agora é só água lá em casa, só pelas férias é que foi pior.

Gostar de comer

Alimentos hipercalóricos

Erros alimentares da criança

férias

E - Daquilo que foi recomendado, o que é que foi mais difícil de aplicar lá em casa?

M- É assim, ele fica desiludido porque não consegue atingir os objectivos. Ele foi ali pesar-se e quando a enfermeira disse o peso ele disse logo “mas como é que é possível?, coo é que é possível tanto peso?”. Ele fica muito desiludido nisso, porque ele quer e esforça-se mas depois como não consegue atingir...

Frustração da criança

Motivação

E - Mas se segue o plano alimentar...

M- É o sedentarismo, pronto. Ele nas férias não há para onde a gente os mande, não vai para as piscinas porque não gosta e passou as férias em casa. É isso.

Sedentarismo

Férias

E - Mas o que é que foi mais difícil mudar?

M- O mudar não é muito difícil, é o tentar convencê-lo a fazer aquilo e se cumprir que atinge os objectivos, mas como não é rápido como ele quer...ele tem uma dieta colada no frigorifico e ele sabe aquilo que tem de comer e aquilo que não deve, mas...

Falta de motivação

Responsabilizaçã o da criança face à alimentação

E - Mas...

M- Ele come saladas, verduras, a única coisa que ele não come é peixe cozido.

Alteração hábitos alimentares

E - Nunca pensou nos problemas que a obesidade pode trazer?

M- Sinceramente, não.

Despreocupação com a saúde

Despreocupação com excesso de peso

E - E no relacionamento com os colegas...

M- Isso, ele é muito fechado e eles na escola são mauzinhos, mas se lhe perguntamos ele diz “oh mãe não te importes que eu ignoro-os”.

Não falar/ meter para dentro

Comentários dos outros

Tentar desvalorizar comentários

E - Mas existem alguns problemas?

M- Mas que fica lá, fica. Ele não gosta de falar muito. Até porque eu trabalho num supermercado e se ele for ter comigo e se disserem “Ah tão gordinho”, ele não volta lá mais. E se vir essa pessoa na rua, ele passa para o outro lado. Porque ele não gosta que lhe digam isso.

Meter para dentro

Comentários dos outros

Complexos

E - Mesmo assim, ele não tem grande motivação, ou o que é que está a falhar?

M- Lá está, ele deve idealizar uma muito rápida...mas ele vinha todas as semanas falar com a doutora M (nutricionista) e isso foi bom, mas agora ela não está...

Frustração da criança

Importância do acompanhamento médico regular

E - Mas a Mãe andava distraída...

M- (risos)

E - Não valorizou muito a situação, foi?

M- É assim, eu não sei se as outras pessoas que nunca foram mães sentem o mesmo, pedirem-nos para dizer que não, custa um bocado e acho que as pessoas que nunca foram mães não conseguem perceber...

Difícil dizer não

E - Mas isso não pode ser uma desculpa, porque está em causa a saúde dele...

M- Porque ele natação sempre fez, mas ele com a natação não perde 1kg e pouco faz...

Dificuldade em perder peso

E - Então tem de encontrar uma coisa que ele goste e que o motive...

M- (risos)

E - E o pai?

Incentivo/ apoio do pai

M- O pai também diz, “oh B não comas, mas pronto”

E - E hoje, vai mais preocupada ou nem por isso?

M- Sim eu preocupo-me, mas o que é que eu posso fazer? Eu já lhe disse a ele “olha menino, estás aqui com a doutora, agora decides, ou queres fazer ou não queres fazer, eu não posso fazer mais. Tens de optar, não posso fazer mais”.

Desresponsabilização materna

Responsabilização da criança face à alimentação

Obrigada pela sua participação

Entrevista 11

Nome da Criança: B.

Idade: 12 anos

Mãe: M.

Idade: 42 anos

Profissão: comerciante (dona de uma tasca)

Data da primeira consulta: 7 Novembro 2005

Data da entrevista: 7 Novembro 2005

Nasceu com: 3,200 kg e 50 cm

Peso actual: 71 kg e 1,21m

(Foi amamentado até aos 2 meses, sem problemas na introdução da alimentação sólida. Aos 4 anos foi operado ao nariz e à garganta, coincidindo com o início do aumento de peso. São 5 irmãos.)

E - Quem é que teve a iniciativa de trazer o B à consulta?

M- O B esteve internado com meningite viral e lá é que o mandaram para aqui. A doutora foi lá. Eles não conseguiram tirar liquido da espinha por ele ser tão forte, tiveram de desistir e nas visitas da manhã, foi esta doutora que o mandou para aqui.

Internamento da criança

Pedido de consulta

E - Isso foi há quanto tempo?

M- Foi em Março.

E - Mas antes disso, o B já era «gordinho». Quando é que ele começou a aumentar mais de peso?

M- Ele foi operado à garganta e ao nariz tinha 4 nos e a partir daí é que ele engordou assim. Em 3 meses ele engordou 8kg.

Início aumento de peso

Rápido aumento de peso

E - E nessa altura, o que é que a mãe pensou?

M- Como ele tomava muito antibiótico e ele foi engordando assim, pensava que fosse normal, pronto. Como ele não tinha desenvolvido tanto assim até aos 4

Desvalorização excesso de peso

anos, que desse um pulo, não é? Nós vamos ao médico de família, eu já lhe tinha dito que ele estava muito forte, isto para eles é normal.

Crescimento
Alerta médico

E - Normal?

M- eu vou ao médico dele, que agora é outro, porque a outra dizia que ele estava a engordar muito e até lhe mandou fazer análises e estava tudo mais ou menos e este médico, sempre que eu vou lá por ele estar muito gordo, para ele é normal, logo passa, logo cresce, é normal.

Alerta médico
Desvalorização do excesso peso (médico)
Crescimento

E - Portanto, a mãe já tinha falado com o médico de família sobre isso...

M- Eu fui lá já mais do que uma vez porque ele tem dificuldade em respirar de noite e ele disse “ponha mais uma almofadinha por baixo”, mas isso não resolve o problema porque ele ainda só tem 12 anos e quando eu lá fui ele só tinha 9 anos e só pesava 40kg e neste momento está com 71kg.

Reflexos aumento de peso
Continuar a aumentar de peso

E - Porque é que acha que ele aumentou assim de peso?

M- Não sei.

E - Como é a alimentação dele lá em casa?

M- Mas ele faz uma alimentação...ele é uma criança que come muito, que precisa de muito alimento. Ele é capaz de jantar agora, pedir-me leite com chocolate, eu dizer “não” e ele leva o pacote para o quarto e bebe escondido e põe o pacote debaixo da cama.

Comer muito
Dizer não
Comer às escondidas

E - Acha que a alimentação dele lá em casa é a melhor?

M- Era, só que eu agora já nem tenho tantos iogurtes nem leites, não tenho nada, porque é assim, quando é normal, beber 1 iogurte, 1 pacote de leite, agora quando é 4 ou 5 ou 6 iogurtes, 4 ou 5 pacotes de leite, não é normal. Tudo o que é em excesso, mesmo as coisas que são mais saudáveis, fazem mal, não é? Come muito pão, gosta muito de comer pão, papas e isso acabou tudo em casa. Não come porque eu não compro. Gosta de tudo.

Comer muito
Comer de tudo

E - Sempre foi assim?

M- Não, comia bem, mas nós é que o controlávamos, agora é ele que vai buscar. Ele agora vai buscar. Comia muito à base de sopa, porque eu fazia a alimentação em casa e fazia muita, e agora, a sopa já não é assim tanto, há sempre outras coisas, e ele...é assim. E não consegue estar um minuto quieto.

Controlo materno
Autonomização da criança face à alimentação
Refeições de casa

E - E lá pelos armários, o que é que há?

M- Nos armários não há nada e no frigorífico só há leite com chocolate. A fruta agora, a fruta é que ele gosta, que é 3, 4 bananas das grandes de seguida, agora nem tenho.

Comer muito

E - Portanto, o B é uma criança de muito alimento...

M- É. Mas ele não é só o ser guloso, porque uma criança gulosa para mim é uma criança que não come qualquer coisa e ele é capaz de comer sopa, feijoada, come tudo igual. Ele fica muito revoltado porque ele não era assim, era um menino meigo e carinhoso e agora não, é revoltado, mal-educado, agressivo...

Comer de tudo
Mudanças no comportamento/ personalidade da criança

E - Também poderá ter a ver com a idade, mas o que é que a mãe acha?

M- Há 2 anos para cá, porque ele diz que lhe chamam «gordo» e lhe chamam assim e assado. Mas eu já lhe disse que ele não faz nada para não ser. As professoras mandam recados, chumbou o ano passado por causa disso. O que ele está a fazer aqui é o que é lá na escola. Eu já lhe expliquei, se estiveres sempre assim, mesmo que não estejas na conversa, perturbas quem está ao lado.

Comentários dos outros

Críticas maternas

Dificuldades na adaptação escolar

Mudanças no comportamento/ personalidade

E - Mas acha que tem a ver com isso, é?

M- acho que tem. Briga com os colegas, bate e todos. É porque lhe chamam «gordo» e outras coisas menos bonitas.

Dificuldades no relacionamento interpessoal

Comentários dos outros

E - Há lá mais meninos gordinhos na escola?

B- Há um mais gordo do que eu.

M- mas também é posto de parte pelos outros, pelo menos é o que ele diz.

B- Mas não são todos...

M- Mas como eu tive um problema parecido com o irmão antes dele e a professora tomou de ponta, também acho que é isso. O B tem pago por tudo e todos porque é agressivo.

(fala dos problemas de comportamento do outro filho)

E - Entretanto, a mãe ficou preocupada...

M- Mas não é só os colegas, porque eu estou lá na tasca e ele quando vem da escola, cumprimenta toda a gente e vem para dentro. Mas se houver algum cliente que lhe peça alguma coisa e ele finge que não ouve, eles dizem entre dentes "aquele gordo deste e daquele" e ele então fica furioso. Quando eu ouço, peço-lhes para repetires. Porque ele até nem é gordo assim, tem peso a mais, mas não é um gordo que dê para rir ou gozar.

Comentários dos outros

Incentivo/ Apoio materno

E - Acha que vai ser difícil seguir a dieta?

M- Não, mas é que eu tenho sempre isso e ele sabe. Eu adoro saladas e a irmã também, comemos muito à base de saladas e eu farto-me de lhe dizer que as saladas não engordam ou grelhados também, para ele evitar de comer doces e pão. Ele levanta-se da mesa porque está cheio, mas passados 10 minutos já está "oh mãe, posso comer arroz-doce, uma mousse?". Eu faço porque tenho de ter lá na tasca, mas se eu não como ele também não tem de comer. Não come mais porque eu não deixo.

Comparação hábitos alimentares

Comer muito

Não cumprir (criança)

Dizer não

(B- Mas ao T deixas!)

E - Pois, mas a mãe está preocupada contigo e com a tua saúde, não é mãe?

M- Sim, porque eu já lhe disse que qualquer dia tem o coração cheio de gorduras e não consegue andar. Ele já lhe custa baixar para apertar os sapatos, um menino de 12 anos e já não é de agira e ele sabe...

Preocupação com a saúde

Reflexos do excesso de peso

E - E o pai?

M- O pai também ralha com ele por ele comer muito e estar sempre a comer. Porque como ele não faz o que eu lhe digo, a ver se obedece ao pai, mas não.

Apoio do pai

Preocupação do pai

E - Então e agora, quem é que vai impor as regras?

M- Ele se vir os outros a comer também vai, mesmo se acabou de comer. Está sempre deserto que haja alguma coisa para comer.

Comer tudo/
Não resistir

E - E agora, como é que vai ser?

M- eu não posso esconder, ele é que tem de ser responsável e de saber o que pode e não pode. De que me vale esconder se ele vai à caixa registadora e tira dinheiro, chega à escola e come o que entender? É que me fica bem mais caro e fico sem saber o que é que ele come. Porque lá, tanto pode ser uma boa alimentação como pode não ser. Tem lá as máquinas...

Responsabilizaçã
o da criança face
à alimentação

Ter dinheiro

Refeições
escolares

Não poder
controlar
alimentação
escolar
Máquinas

E - Portanto, a mãe não tem problemas em dizer que não?

M- Eu não, não tenho dificuldade em dizer que não e ele pode dizer. Eu digo que não a toda a hora, muitas vezes. Então, se eu sei que lhe faz mal, que é um exagero as coisas que ele vai tirando...é um exagero as coisas que ele come daquela maneira. Vai-me custar muito dizer que não a uma coisa que vai prejudicar a saúde dele? Só porque há lá? Eu também cozinho e não como, ele pode muito bem não comer.

Dizer não

Preocupação com
a saúde

Comparação
mãe-criança

E - Estão o problema será impor regras ao B?

M- O problema é ele controlar-se, porque se ele não se controlar....porque se fosse uma criança pequena que nós tivéssemos de dar comer, é diferente. Agora o B já não é nenhuma criança assim, vai ter de ser mesmo ele, isto vai ter de partir mesmo dele. Porque chamar a atenção já eu chamo de há 2 anos para cá. “não podes comer” e tirar-lhe as coisas e ele chatear-se. Mas a vontade, o desejo que ele tem de comer é tanto que ele vai buscar à mesma. Eu até já lhe disse que se ele fizer uma refeição sem ficar cheio, até se vai sentir melhor do que sair super cheio. É que eu acho que é mesmo pelo comer, porque se ele andar entretido, está um dia inteiro sem comer.

Comer tudo/
Não resistir

Autonomia da
criança

críticas maternas

comer tudo/ Não
resistir

autonomia da
Criança

Dificuldade em
impor regras
alimentares

E - E exercício físico?

M- Só na escola e também vai a pé e vem da escola, mas joga à bola, mas é à baliza e de vez em quando vai com as velhotas andar a pé e também não pára. Eu acho que ele até está mais magro desde que foi para a escola. Desde que ele não se

Prática exercício
físico

deixe engordar mais e vá crescendo, fica logo melhor. É que o B é forte porque ele come.

Crescimento

E - Lá em casa, como é a hora da refeição?

M- Comemos todos juntos, só o jantar é que é pior, mas normalmente é todos juntos.

Refeições em família

(terminamos com uma conversa mais descontraída acerca de outras questões de que o B gosta)

M- Eu também acho que eles agora inventaram tudo muito mal inventado, é play-stations, game-boy....

Tempos livres

E - Mas se houver horas para tudo...

M- Eu até nem tinha nada disso, mas agora com o meu neto lá em casa...

Ter mais pessoas em casa

Obrigada pela sua colaboração.

Entrevista 12**Nome da Criança:** M. F.**Idade:** 8 anos**Mãe:** M. F.**Idade:** 36 anos**Profissão:** desempregada**Data da primeira consulta:** Novembro 2004

(consulta de seguimento)

Data da entrevista: 7 Novembro 2005**Peso na primeira consulta:** 48 kg**Peso actual:** 50 kg e 1,31m

(Sendo esta uma consulta de seguimento, foi limitada ao aumento de peso e ao reforço do plano alimentar. Tem um irmão mais novo.)

E - Quando é que a M.F. veio pela primeira vez à consulta?

M- À primeira vez, foi em 2004. Não sei a data exacta, mas foi há mais ou menos um ano e pouco.

E - Quem é que tomou a iniciativa e porquê?

M- Fui eu, porque ela até aos 15 anos de idade era uma criança normal – eu considero-a uma criança normal, embora com um pouco de peso a mais – e ela a partir de uma certa altura, começou a engordar, engordar e nunca mais parou. E isso preocupou-me bastante e falei com o meu médico de família, e pedi para ter acompanhamento de outros médicos, para ver se conseguia que as coisas não avançassem mais, e para ver se conseguia fazer alguma coisa. Chegou a uma altura que psicologicamente já estava a ficar afectada, tanto eu como ela. Porque ela dizia sempre que tinha fome, de noite e de dia e eu não sabia o que havia de fazer.

Pedido consulta pela mãe

Início aumento peso

Ter sempre fome

Não saber o que fazer

E - Então, ela começou a aumentar de peso, porque começou a comer mais?... Comer muito

M- Foi. Comia, comia e eu não sabia o que havia de fazer, porque eu virava as costas e ela comia ou a buscar e tive de tomar uma iniciativa diferente e foi assim que vim parar aqui.

Pedido de consulta pela mãe
Autonomia da criança face à alimentação

E - O que é que a deixou mais preocupada?

M- Porque ela começou a aumentar e nunca mais parava e a ansiedade dela era tanta ou tão pouca e eu não conseguia já controlar....ao principio, não achei grave, mas com o passar do tempo, começou a agravar-se mais e eu comecei a achar mesmo grave.

Preocupação com aumento de peso
Ansiedade
Preocupação com excesso de peso
Não ter controle (mãe)

E - O que é que passava pela sua cabeça nessa altura?

M- Podia ter problemas diversos de saúde, de tudo. Foi isso. Porque se eu achasse que era só um peso... 1Kg ou 2Kg e não houvesse mais nada...mas não.

Preocupação com a saúde

E - Como era a alimentação da M.F. antes de vir à consulta?

M- Ela comia...gostava de guloseimas e às vezes havia, porque tem o irmão mais novo e se ele come um ovo ou assim (de chocolate), ela também quer. Mas ela come tudo. Independentemente de gostar de doces, é uma criança que gosta de qualquer tipo de comer, come de tudo. E depois gosta de ir buscar mais um bocadinho...

Ser guloso
Comparação entre filhos
Gostar de tudo
Comer de tudo
repetir

E - Gosta de comer de tudo. Mas quando ela começou a aumentar de peso, a Mãe dizia-lhe para não comer, ou nem por isso?

M- Sim, foi difícil. Não é para mim, porque eu não me importo de dizer que não. Porque ela gosta de me ver assim, alta, mas não sou gorda egoísta de me ver com determinado tipo de roupa....faço-lhe ver isso e ela agora já vai compreendendo melhor, já aceita melhor. Mas foi difícil, ao princípio, porque ela não aceitava. Ela dizia que concordava, mas virava as costas e fazia o contrário. Só há uma coisa que eu acho que ela tem diferente...é que ela não se acha, não se sente inferior ao pé das colegas. O estar-lhe a chamar «gordinha» ou isso, isso não a afasta.

Dizer não
Comparação mãe-criança
Não cumprir (criança)
Falta motivação
Sem complexos

E - Mas chamam?

M- Às vezes chamam, não é. E ela nunca teve problemas com isso, o que por um lado é bom para ela. Não se sente mal perante os outros. Talvez consiga ultrapassar, não mostra para não gozarem ainda mais. Ela é muito «matulona» ao pé dos outros, mas há lá mais dois ou três também gordinhos.

Comentários dos outros
sem complexos
Gostar de ser como é

E - O pai também concordou com a vinda à consulta?

M- Sim, também concordou.

Apoio do pai

E - E depois da consulta, como foi?

M- Foi um desastre autêntico! Foi difícil porque ela entendia que havia de ser como ela queria, como ela estava habituada e não entendia que tinha de cortar nisto e naquilo e evitar. Foi difícil, porque ela chorava e dizia que tinha fome...e que não conseguia. Mas eu dizia que sim, que ela era e é capaz. Se os outros meninos são, ela também é.

Dificuldade em adoptar novos hábitos alimentares
Incentivo materno
Ter sempre fome

E - E quando ela chorava e dizia que tinha fome, como é que a Mãe ficava?

M- Como é que eu me sentia? Sentia-me triste, mas ao mesmo tempo sentia que era o melhor para ela e o que for melhor para ela, é o melhor para mim.

Motivação materna

E - Então, foi difícil essa primeira fase...

M- Sim, foi.

Dificuldade em cumprir o plano

E - Mas e agora, ao fim deste tempo?

M- Bem, eu agora noto resultados. Não é nada que eu diga que é um resultado maior do que eu esperava, mas tenho sentido que já é alguma coisa. Tem sido um grande esforço da parte dela, da minha parte sim, mas mais da parte dela. Porque ela já vai compreendendo e sente-se bem e gosta. Já se preocupa e já esteve internada aqui algumas vezes e isso afectou-a, e foi isso que a fez compreender mais.

Motivação
Perda de peso
Internamento
Responsabilização da criança

E - Esteve internada porquê?

M- Foi operada ao nariz e à garganta e ela não gostou.

E - As alterações do plano alimentar são exclusivamente para a M:F: ou toda a família faz?

M- É mais só para ela. Às vezes pode ser igual, mas é mais para ela.

Dieta só para a criança

E - E como é gerir essas diferenças?

M- É fácil. Na escola também fazem dieta, são muito preocupados com isso.

Dieta na escola

E - Ela não fica triste de comer diferente dos outros?

M- Não, não lhe faz diferença. Chegou a dizer-me “Oh mãe, o meu comer é diferente dos outros e eu antes queria aquele comer, não queria este”, mas agora já está habituada.

Cumprir o plano (criança)

(A M:F: confirma que gosta da sua comida!)

E - Então, e exercício físico?

M- Corre muito, mas mesmo ela estando assim forte, eu vejo que ela gosta de se mexer e movimentar-se bem e anda sempre de um lado para o outro. Lá pode haver uma coisa ou outra que ela tem mais dificuldade em fazer derivado ao peso, mas corre e salta, faz tudo. Brinca muito na rua e anda de bicicleta. E agora anda a pé.

Praticar exercício físico

Brincar na rua

(conversamos um pouco com a M:F: sobre o Natal, e terminamos)

Muito obrigada pela sua colaboração.

Entrevista 13**Nome da Criança:** J.**Idade:** 8 anos**Mãe:** O**Idade:** 34 anos**Profissão:** costureira**Data da primeira consulta:** Setembro 2004

(consulta de seguimento)

Data da entrevista: 8 Novembro 2005**Nasceu com:** 3,420 kg e 50 cm (38 semanas)**Peso na primeira consulta:****Peso actual:** 51 kg e 1,42 m

(Não foi amamentado e é filho único. Consulta de seguimento, onde é revisto o plano alimentar e corrigidos os erros. Pratica muito exercício físico – natação, karaté e o desporto escolar. A Mãe confessa que não faz muita sopa. Tem bebido muita coca-cola, porque a mãe começou a fazer uma dieta, que implica beber muita e ele bebe também. Não consegue comer legumes, mas a mãe mistura no arroz, embora ele não coma. A mãe confessa também que, como os outros comem, tem pena de ele não comer. O pai é diabético, controlado apenas na alimentação.)

Praticar exercício físico

Mãe também faz dieta

Ter pena

Ter mais gente em casa

E - Quando é que veio pela primeira vez à consulta?

M- Há mais ou menos um ano e tal, tinha o J. 7 anos.

E - O que é que a trouxe à consulta?

M- Porque ele andava nas consultas de Pediatria e a doutora entendeu que ele devia passar para as consultas de nutrição, porque achou que ele era gordinho.

Pedido de consulta

E - E a Mãe, o que é que achava?

M- Eu sempre achei que ele era assim para o «cheinho», mas pronto. P pai é gordinho, a mãe também...

Desvalorizar excesso de peso

Hereditariedade

E - Nunca se preocupou muito...

M- Não, não. O meu marido, sei que na idade dele era mais gordo que ele e foi acompanhado, eu só me preocupei quando cresci, mas ando sempre a fazer dieta.

Mãe também faz dieta

E - E quanto ao J.?

M- O J. Já era o bebé rechonchudinho, engordou muito com o leite. Começou logo a trabalhar para a engorda. Depois, aos dois anos, era gordinho, mas não era de mais, quando começou na escola é que engordou mais.

Sempre foi gordinho

Aumento de peso

E - Portanto, quando a pediatra recomendou a consulta, a Mãe aceitou...

M- Sim, aceitei.

E - E o pai?

M- Sim, também.

E - Como era a alimentação do J. Lá em casa, antes de virem à consulta?

M- É assim....o pai é diabético, logo tem de fazer a dieta, porque consegue controlar com a alimentação. Por isso, eu sei a alimentação que devo fazer em casa. E o J. Sempre comeu do nosso prato. As verduras, todos os miúdos é complicado, é preciso a gente brigar e a sopa, quando era mais pequeno também. O pão é que é o problema, porque ele não era muito de doces, era um de vez em quando.

Cuidados alimentares anteriores

Refeições iguais para todos

E - Nunca foi de “assaltar” o frigorífico e os armários?

M- Se for preciso, agora que chega da escola é que abre o frigorífico, mas só tem iogurtes, portanto...

Comida que encontra disponível

E - Vieram à consulta e levaram um plano alimentar, como é que foi a adaptação?

M- Eu acho que não houve adaptação, porque ele já fazia essa alimentação. O sumo só ao fim-de-semana, porque ninguém bebe, só água.

Cuidados alimentares anteriores

E - De tudo o que foi recomendado, o que é que foi mais difícil de cumprir? Dificuldades em cumprir o plano

M- É o pão, ainda é o pão. Mesmo para a escola, vai meio pão com fiambre e só às vezes é que vai um bolo ou um sumo.

E - Então, ainda há algumas dificuldades em cumprir sempre...

M- Pois, eu acabo por ter pena dele, porque é complicado na idade dele, não é.

Ter pena
Ser uma criança

E - É difícil dizer que não, é isso?

M- É, é duro. É porque eu às vezes vejo que ele ainda é pequeno e já faz sacrifícios, que eu sei que faz. Porque passamos a vida lá em casa a falar em dieta.

Dificuldades em dizer não
Ser criança
Todos fazem dieta

E - Pois, pelo que percebi da conversa lá dentro, a Mãe está a fazer dieta...

M- É, ando sempre. Agora é uma só com coca-cola....

Erros alimentares maternos

E - Acha que uma dieta desse tipo é saudável?

M- Não, mas vou experimentando de tudo, mas depois volto ao mesmo.

E - Podia aproveitar o plano que foi passado ao J....

M- Pois (risos).

E - Em relação à entrada para a escola, sentiu alguns problemas em relação aos colegas do J.?

M- Não, nunca falou nada, nem é importante para ele.

(o J. Confirma que não tem problemas com os colegas em relação ao peso)

sem complexos

E - Há muitos meninos assim gordinhos lá na escola?

M- Se calhar, olhando para ele, até é dos mais magros (risos).

Mais crianças com excesso de peso

(como a mãe estava com muita pressa, uma vez que tinha de apanhar transporte para casa, tivemos de terminar)

Muito obrigada pela sua participação

Entrevista 14

Nome da Criança: J.

Idade: 11 anos

Mãe: M.H.

Idade: 38 anos

Profissão: trabalha num armazém agrícola

Data da primeira consulta: Maio 2005

(consulta de seguimento)

Data da entrevista: 8 Novembro 2005

Nasceu com: 4,350 kg e 53 cm

Peso na primeira consulta:

Peso actual: 75 kg e 1,60 m

(Consulta de seguimento onde é feita a revisão do plano alimentar. Faz exercício físico na escola. São 4 irmãos e o J. é o segundo. Foi amamentado até aos 3 anos. Está no 6º ano de escolaridade.)

E - Quando é que o J. Veio pela primeira vez à consulta?

M- Ele veio porque foi operado á apêndice e então a doutora marcou-lhe uma consulta, mas eu já tinha pedido à minha médica de família, mas até hoje ainda estou á espera dessa consulta.

Internamento
Pedido da
consulta (pela
mãe)

E - E ele foi operada quando?

M Foi operado este ano em Abril. Só consegui esta consulta por causa da operação e porque esta doutora aqui marcou porque senão não conseguia.

E - Mas o que é que a fez pedir essa consulta?

M- Porque eu achei que ele estava gordinho, mas a minha médica de família sempre achou tudo muito normal. Só dizia é que ele não podia comer. Eu cheguei-lhe a pedir análises e ela dizia que ele não tinha idade para isso e eu dizia “oh doutora ao colesterol, como o miúdo é forte...”, “Ah ele não tem idade para fazer estas análises”, e então ficou assim.

Preocupação com
o peso
Desvalorização
médica

E - Mesmo a mãe demonstrando essa preocupação, a doutora...

M- Não, da parte dela, ela nunca se preocupou e eu, para ir a particular, ele graças a Deus é saudável, era só mais por causa disso, não é.

Desvalorização
médica do
excesso de peso

E - Mas então, achava que o J. estava com muito peso, era?

M- Sim, o J sempre foi uma criança de muito peso. Desde que nasceu, sempre foi uma criança com muito peso.

Sempre foi
gordinho

E - Então, o que é que achava que fazia mal lá em casa, em relação á alimentação?

M- É assim, o J tem uma personalidade...e às vezes ele está naquela idade assim, se for a mãe a dizer ele não liga, mas se for as pessoas de fora, pronto. E a mãe dizia “J não podes estar a comer pão à refeição porque isso só te faz é mal”, “comes só esta quantidade não comes mais, já chega”, “oh J tu acabaste de comer, já estás a comer uma peça de fruta, já estás a comer um bocadinho de pão...”.

Tentar impor
regras
alimentares

Comer muito

E - Quer dizer, quando ele começou a ir buscar a comida, deixou de haver controle...

M- Noutras idades, ele só comia quando eu lhe dava, pronto. Depois chegou a uma idade onde ele já sabia onde estava e ia buscar e comia, pronto.

Autonomização
da criança

E - Portanto, só não tendo nada em casa...mas tem outros filhos...

M- Pois, só mesmo não ter nada em casa...mas tenho mais três, não é. Não pode ser.

E - Então, veio à consulta, levou o plano alimentar. Como foi a adaptação?

M- Correu tudo bem porque eu praticamente...é assim, não era dizer que ele comia assim mal, pronto. Embora eu sei que a gente deve comer assim mais vezes durante o dia e às vezes não comemos. Só que ele retirou mais foi comer menos e por outro lado, ele não faz exercício, ele é muito....ele faz mas é muito pouco, é muito preguiçoso. É só esse aspecto que eu acho que ele...Porque a questão da alimentação, ele reduziu, pronto, o pãozinho.

Novos hábitos
alimentares

Comer menos

Não praticar
exercício físico

E - Portanto, ele adaptou-se bem.

M- Sim, adaptou. É assim, a questão de sumos de andar a comer «bolicasos», essas coisas assim, pronto, não é dizer que nunca come. Quando é os passeios da escola, isso... E no dia-a-dia não, e sumos também não...ao fim-de-semana e só quando há festa. Porque de resto...o que ele gostava muito também era leite com chocolate. Mas aquilo é igual, estar a pôr uma colher ou pôr duas...porque ele não gosta de leite branco, mas afinal até gosta. Porque o mais velho bebe o leite pelo pacote e ele dizia que não gostava.

Boa adaptação ao novo plano alimentar

Cumprir o plano

Comparação entre irmãos

E - E em relação aos outros irmãos e aos pais, como é a alimentação? O J come diferente?

M- Pois, ele chegou a dizer “vocês podem comer, eu não posso”. E eu dizia “Oh J podes comer, mas não pode ser muito, tem de ser pouquinho”. Em vez de um bocado grande, tem de ser um bocado mais pequenino.

Refeições iguais para todos

Ter de comer menos

E - É difícil para a Mãe ter de dizer isso?

M- Não, para mim não é difícil dizer...era mais difícil ele entender (risos). Ele só dizia “pois, eu nunca posso comer nada”...”então faz o que tu quiseres”. Porque chega a uma altura que...quando eles são assim mais pequeninos é mais fácil, mas quando são maiores...

Dizer não

Dificuldades em cumprir plano (criança)

Autonomização da criança
falta de controlo materno

E - Ele agora está no ciclo...teve alguns problemas na adaptação, com os colegas, ou não?

M- Não, eu mesmo assim acho que não teve assim grandes problemas. Não, daqueles problemas que marcam mesmo, não.

Boa adaptação escolar

E - Então o que acha que o está a motivar para ele fazer tudo bem, porque ele perdeu peso?

M- Não sei, acho que a própria idade dele que também puxa por ele. E depois é assim, eu penso que ele vai crescendo e talvez comece a ver os outros mais magros...

Importância da imagem

Comparação com os pares

E - Pois, porque o corpo agora vai começar a mudar...

M- Pois, porque é assim, eu também com 18 anos pesava quase 60 kg, que minha irmã também, e depois emagreci. Mas o pão...agora já estamos mais a cortar, já não há tanto.

Comparação
mãe-criança

Novos hábitos
alimentares

E - Tida a gente percebeu que o J tinha de mudar a alimentação?

M- Sim porque até o pai tem de fazer dieta, porque lá em casa todos têm de fazer dieta, menos este mais novo. De resto, os todos estão a fazer, tudo pode entrar ao barulho que não faz mal nenhum.

Dieta para todos

Refeições iguais
para todos

E - Portanto, ele está a cumprir os objectivos?

M- Sim...não vou estar a dizer que não há dias em que...mas normalmente, acho que sim. Levar fruta para a escola, ele não gosta muito, às vezes o que lhe dou é dinheiro para ele comprar um iogurte.

Levar comida
para a escola

Cumprir o plano
(criança)

E - E acha que ele compra mesmo o iogurte, ou...

M- Não, acho que ele compra mesmo o iogurte. Como ele não quer levar fruta, tem de se adaptar assim. E com as bolachas integrais, ele não vai muito.

Cumprir o plano
(criança)

(a Mãe tem o bebé com ela, que começa a ficar muito impaciente, e temos de terminar)

Bem, o T está cansado já e a Mãe também está cansada de estar com ele ao colo...acho que podemos ficar por aqui.

Muito obrigada pela sua participação.

ANEXO D

Grounded Theory: o Método de Investigação

A Grounded Theory dedica-se ao importante empreendimento da descoberta de uma teoria a partir de dados sistematicamente obtidos e analisados, isto é, deriva do estudo dos fenómenos que representa, em que os dados recolhidos, sua análise e a teoria a partir deles elaborada, estão em relacionamento uns com os outros, distinguindo-se claramente de outros métodos qualitativos devido ao importante papel da descrição e interpretação dos dados. O objectivo da Grounded Theory é, então, a construção de uma teoria que seja fiel e que clarifique a área a ser estudada (Strauss & Corbin, 1990), utilizando o método da análise comparativa e o raciocínio indutivo. Pires (2001), sugere que "(...) criar uma teoria a partir dos dados significa não só que as hipóteses e conceitos surgem dos dados mas que são sistematicamente trabalhados em relação aos dados no decurso da investigação. Criar uma teoria envolve um processo de investigação".

O objectivo fundamental de uma teoria é, de acordo com Pires (2001) "(...) permitir a explicação do comportamento assim como o seu controlo", para além de ser clara e facilmente compreendida. Glaser e Strauss (1967), definem como cânones de uma teoria: o *ajustamento* que "refere a relação entre os conceitos e aquilo que é observado" (Pires, 2001); a *relevância* que visa tratar dos aspectos realmente importantes dos participantes e do fenómeno em estudo; deve *funcionar*, ou seja, para além de ser capaz de explicar o comportamento, deve permitir interpretá-lo e predizer o que poderá acontecer; a *consistência lógica*, a *clareza*, a *parcimónia*, a *densidade*, *abrangência* e ainda a *integração*.

Tal como anteriormente referido, a Grounded Theory utiliza como método a análise comparativa que, segundo Glaser e Strauss (1967), pode ter quatro propósitos. Primeiro, proporcionar *evidência fiável*, ou seja, provar um facto mostrando-o novamente, pela replicação. No caso da Grounded Theory o que se pretende confirmar não são tanto factos mas sim conceitos - "o conceito é uma abstracção teórica relevante do que se passa", (Pires, 2001). O segundo propósito, pretende estabelecer o *grau de generalização* de um facto/ conceito, generalização essa que, neste caso, não pretende apenas delimitar as fronteiras de aplicação da

teoria "grounded", mas alargá-la para que possa ser aplicada mais genericamente e para aumentar o seu poder explicativo e preditivo (Glaser & Strauss, 1967). Como terceiro propósito, encontra-se a capacidade de *especificar um conceito*, ou seja, certificar-se de que o caso em estudo é percebido comparando-o com outros semelhantes, realçando os seus elementos distintivos. Finalmente, como quarto propósito, pode ser usada quer para *verificar* uma teoria, em "o ênfase é colocado na verificação ou testagem", (Pires, 2001), utilizando a procura de casos negativos que infirmem a hipótese ou acumulando casos positivos que a confirmem, quer para *gerar* uma teoria, como é o caso da Grounded Theory, e em que "a exactidão da evidência, uma descrição exacta, não é tão crucial como na verificação de uma teoria, o tipo de evidência e o número de casos também não é crucial", uma vez que, "cada novo caso confirma a evidência dos anteriores e gera mais conceitos tornando mais densa, abrangente e integrada a teoria, mas também mais ajustada e relevante", (Pires, 2001).

Quanto aos elementos constitutivos de uma teoria gerada através do método da análise comparativa, eles são as *categorias*, as suas *propriedades* e as *hipóteses*. Através da comparação constante, geram-se categorias e propriedades destas, tendo por base as semelhanças e diferenças encontradas. Uma categoria "é um elemento conceptual da teoria" enquanto que "as propriedades são elementos, características ou atributos das categorias", (Pires, 2001). No caso da Grounded Theory, as categorias devem ser emergentes - devem ser encontradas a partir dos dados sistematicamente analisados - e não categorias já existentes. Devem ainda ser analíticas, ou seja, "suficientemente generalizadas para designar características da entidade concreta e não a própria entidade" e ser sensíveis, isto é, "traçar um quadro (...) que permita captar o conceito em termos da própria experiência do leitor", (Pires, 2001).

A comparação das diferenças e semelhanças entre grupos não gera apenas categorias, mas também relações generalizadas entre elas, Glaser e Strauss (1967), isto é, gera *hipóteses*. Segundo os mesmos autores, de início as hipóteses podem parecer não estar relacionadas, mas à medida que as categorias e as propriedades emergem, se desenvolvem através da abstracção e se tornam relacionadas, as suas inter-relações acumuladas formam um corpo teórico integrado e central - a base da teoria emergente - que se torna na orientação teórica para a recolha de novos dados.

Esta recolha de novos dados torna-se necessária para procurar resposta a falhas e questões encontradas na teoria emergente e baseia-se no conceito de *amostragem teórica*, que é o processo de recolha de dados para gerar uma teoria, no qual o investigador simultaneamente recolhe, codifica e analisa os seus dados e decide que dados vai recolher a seguir e onde os encontrar, por forma a desenvolver a sua teoria à medida que esta emerge. Este processo é controlado pela teoria emergente. (Glaser & Strauss, 1967). O estudo de novos grupos termina quando se estabelece a saturação teórica dessa categoria, ou seja, quando "não são encontrados dados novos que proporcionem mais propriedades para uma categoria", Pires (2001).

Até à elaboração da teoria, o processo de recolha, categorização e interpretação dos dados passa por quatro etapas. A primeira etapa compara incidentes aplicáveis a cada categoria. O investigador começa por codificar, ou seja, atribuir um nome, a cada incidente - segundo Strauss e Corbin (1990) um incidente "é a ideia central, (...), em torno da qual um conjunto de acções e de interacções são dirigidas, com vista a serem reconhecidas, geridas e integradas, ou com as quais o conjunto das acções se relaciona". Comparam-se, então, incidentes com outros da mesma categoria codificados anteriormente no mesmo grupo ou em grupos diferentes (Glaser & Strauss, 1967). Esta codificação é apenas a anotação da categoria na margem do texto a que o incidente pertence - codificação aberta. Esta comparação constante de incidentes rapidamente começa a gerar propriedades da categoria. O analista começa a pensar em termos das dimensões da categoria, as condições em que esta surge ou é minimizada, as suas consequências, as suas relações com outras categorias e com as outras propriedades (Glaser & Strauss, 1967) - codificação teórica (Glaser, 1978, citado por Pires, 2001). Ao longo da codificação, o investigador deve fazer paragem e escrever um memorando - "(...), escrever ideias ou conceptualizar acerca das categorias e das suas relações". Pires (2001). A segunda etapa serve para integrar as categorias e as suas propriedades, isto é, deixam de se comparar incidentes para se comparar incidentes com as propriedades de uma categoria, de modo a haver integração - "relacionar categorias e propriedades de várias maneiras diferentes, resultando num todo unificado", Pires (2001). A terceira etapa diz respeito à delimitação da teoria, onde as categorias não relevantes podem ser postas de lado para que o investigador se centre apenas nos aspectos pertencentes à categoria principal - "é aquela que explica grande parte da variação existente no fenómeno em

estudo", Pires (2001) - fazendo uma *codificação selectiva*. A quarta e última fase é escrever a teoria, em que se juntam "todos os memorandos que digam respeito a uma categoria para os analisar, sintetizar e usá-los como ilustração", Pires (2001).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Glaser, G. B. & Strauss, L. A (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York: Aldine de Gruyter.

Pires, A (2001). Crianças (e Pais) em Risco. Lisboa: ISPA.

Strauss, A & Corbin, J. (1990). Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Newbury, London, New Delhi: Sage Publications.