



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO
E APRENDIZAGEM**

LUCINÉIA CREPALDI DE MELLO

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL E NUTRICIONAL
COM CRIANÇAS EM CONDIÇÃO DE SOBREPESO E OBESIDADE**

Bauru

2008

LUCINÉIA CREPALDI DE MELLO

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL E NUTRICIONAL
COM CRIANÇAS EM CONDIÇÃO DE SOBREPESO E OBESIDADE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Bauru, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem (Área de Concentração: Comportamento e Saúde).

Orientador: Prof. Dr. Sandro Caramaschi

Bauru

2008

LUCINÉIA CREPALDI DE MELLO

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL E NUTRICIONAL COM CRIANÇAS
EM CONDIÇÃO DE SOBREPESO E OBESIDADE

Defesa da dissertação para obtenção do título de Mestre.

Comissão examinadora:

Prof. Dr. Sandro Caramaschi

Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Bauru / SP

Profª Olga Maria Piazzentin Rodrigues

Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Bauru / SP

Profª Silvia Apª Fornazari

Universidade Paulista (UNIP) – Assis / SP

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium (UNISALESIANO) – Lins / SP

Bauru, fevereiro de 2008

UNESP - Bauru

Dedico este trabalho a Deus e à minha família.

A Deus, minha luz e proteção, presença viva em todos os momentos da minha vida.

À minha família (mãe, pai, irmãs, filha e esposo), meu alicerce e fiel companheira, que
compartilha comigo os momentos de alegria e dificuldades.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, por seu infinito amor e sabedoria. Por me proteger e amparar em todos os momentos da vida; por ter me orientado na decisão pelo Mestrado, me dando força e coragem para o cumprimento de todas as etapas vencidas.

Aos meus pais, *Nair e Luiz*, por sempre apoiarem as minhas decisões e me ajudarem nos momentos de dificuldades.

Ao meu esposo, *João*, por ter me incentivado a seguir firme nos meus estudos e por seu companheirismo.

À minha filha, *Lavínia*, por ter sido minha fonte de inspiração e alegria durante todas as fases desta jornada.

Às minhas irmãs, *Lucimara e Thaís*, pelo apoio e incentivo.

Ao meu orientador, *Prof. Dr. Sandro Caramaschi*, pelo discernimento, compreensão, dedicação e experiência, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às professoras componentes da banca de qualificação, *Dra. Olga Maria Piazzentin Rodrigues* e *Dra. Sílvia Aparecida Fornazari*, que contribuíram com idéias e sugestões valiosíssimas para a conclusão da minha dissertação.

Ao professores do Programa de Mestrado, principalmente à *Carmem, Tânia, Olga, Sandro, Jair, Regina, Sandra e Alessandra*, por terem permitido o meu crescimento quanto aos conhecimentos científicos e terem sido modelos importantes à minha prática profissional.

À amiga e colega de trabalho, *Adriana Leandrin*, que oportunizou a realização da minha pesquisa no Centro de Saúde, pelas atitudes de carinho, amizade e doação.

Às crianças participantes da pesquisa, por terem me ensinado muitas coisas, durante os nossos deliciosos encontros.

À colega *Lígia*, que com solicitude e dedicação, participou de todas as sessões do PACEP e colaborou grandemente com seus conhecimentos na área de Nutrição.

Aos *pais* das crianças participantes da pesquisa, por terem permitido que seus filhos fizessem parte da pesquisa e pela colaboração nas tarefas.

À minha secretária, *Simone*, que com empenho auxiliou-me na parte da digitação.

Ao *Renan*, que me auxiliou na parte da construção das figuras.

À *Cecília*, que com carinho e dedicação auxiliou-me nos cuidados à minha filhinha e ao meu lar, para que eu pudesse concluir as minhas tarefas acadêmicas.

Aos meus colegas de Mestrado, pelo companheirismo e troca de experiências.

Aos meus amigos, que direta ou indiretamente, acompanharam o meu esforço e torceram pela minha vitória.

MELLO, L.C. Avaliação e intervenção psicossocial e nutricional com crianças em condição de sobrepeso e obesidade. 2008. 156 f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Bauru.

RESUMO

A obesidade é um distúrbio complexo, com origens ambientais, genéticas e de desenvolvimento e com consequências médicas, psicossociais e econômicas. As consequências da obesidade, quanto às questões emocionais e de identidade, principalmente em crianças e adolescentes, dependerá, em partes, de suas habilidades sociais, do montante de stress gerado por cobranças sociais, preconceitos e experiências de *bullying* que sofrem, bem como da maneira como fazem o enfrentamento destas experiências. O presente trabalho teve como objetivos conhecer aspectos nutricionais e psicossociais da vida de crianças em condição de sobrepeso e obesidade e contribuir para a garantia da qualidade de vida das mesmas e para a (re)construção de recursos psicológicos para o enfrentamento das implicações de sua condição. Participaram do estudo quinze crianças de sete a onze anos em condição de sobrepeso / obesidade, sendo nove meninas e seis meninos. Inicialmente, foram conduzidas entrevistas com as crianças e com os pais e aplicados o Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças e a Escala de Stress Infantil, visando levantar dados acerca da vida das crianças referentes a: hábitos alimentares, prática de atividades físicas, aspectos sócio-emocionais, habilidades sociais, nível de stress e convivência escolar. Após esse processo de avaliação inicial, foi criado e realizado o PACEP (Programa de Atenção a Crianças com Excesso de Peso) onde foram abordados, no geral: hábitos alimentares saudáveis; importância da prática de atividades físicas; discussão sobre aspectos estressogênicos vivenciados no cotidiano e enfrentamento dos mesmos através de técnicas de habilidades sociais; favorecimento à auto-aceitação e à auto-estima. Concluído o PACEP, as crianças e os pais passaram por nova entrevista, com a finalidade de avaliar as mudanças de vida infantis ocorridas após a conclusão do programa. Os relatos da entrevista apresentados pelas crianças e pais na avaliação inicial, revelou que a maior parte dos participantes apresentavam hábitos alimentares inadequados (por exemplo, excesso de consumo de doces, massas e gordurosos); vida sedentária; vitimização pelo *bullying* em contexto escolar; irritabilidade e reações sociais não-habilidosas quando vítimas do *bullying*; auto-imagem negativa relacionada ao aspecto físico fora dos padrões culturalmente determinados. Os resultados da Escala de Stress Infantil revelaram que 87% das crianças apresentaram-se em fase de alerta em pelo menos uma das quatro reações avaliadas; 27% delas apresentaram-se em fase de resistência em pelo menos uma reação e 7% delas apresentaram-se em fase de stress em uma reação avaliada. Quanto ao Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças, os resultados mostraram que 60% das crianças revelaram-se socialmente habilidosas e 40% revelaram características não-habilidosas socialmente. O PACEP parece ter colaborado para mudanças significativas nos hábitos de vida das crianças relativas à alimentação. De acordo com relatos da segunda entrevista conduzida com os pais e com as crianças, após a intervenção, passou a haver maior ingestão de alimentos do grupo vitaminas e minerais em detrimento de doces, massas e gordurosos. Houve relato de melhora na convivência das crianças com os colegas, de aquisição de habilidades sociais (como a expressão dos sentimentos pelo diálogo, em situações envolvendo o *bullying*) e de auto-imagem mais favorável.

Palavras-chaves: Obesidade. *Bullying*. Stress. Habilidades Sociais. Criança. Auto-estima. Hábitos Alimentares. Diálogo.

ABSTRACT

The obesity is a complex disturb, of environmental, genetic and development origins, with medical, psychosocial and economical consequences. The consequences of obesity, in regard to the emotional and self identity issues, mainly on children and teenagers, depend, in part, on their social abilities and skills, of the amount of stress generated by charging of the society, prejudice and bullying experiences they've passed through, as well the way they face these experiences. The work had as objective to contribute to the guarantee of the quality of life of children in condition of overweight and help them in the (re)construction of psychological resources important to the way they face the psychosocial implications of its condition. Took part in this study fifteen children from 7 to 11 years old in overweight condition, being 9 girls and 6 boys. There was a initial interview with children and their parents and applied the Multimedia System of Children Social Abilities and the Scale of Childish Stress in order to collect data about the children's life referred to: healthy feeding habits, practice of physical exercises, socio-economical aspects, social abilities, stress level and school life. After this initial trial, an interventive program took place, PACEP (Program of Attention to Overweight Children), and the main issue was whether they have healthy feeding habits, the importance of doing gym, discussion on the stressing aspects lives day by day and the way they face it through social abilities techniques improving self love. As the program was in new interview, with the purpose of evaluating the children's lives changes occurred after the program conclusion. The results of the initial trial revealed that most of the participants displayed wrong feeding habits(involving, for example, candies and fatty food); sedentary life; victimization by bullying at school context; irritation and no-skilled social reactions when victims of bullying; negative self-image related to the physical aspect out of cultural pattern the society determines. The results of the Scale of Childish Stress revealed that 87% of the children showed in a state of alert in at least one of the four evaluated reactions; 27% showed in state of resistance in at least one reaction and 7% showed in state of stress in one evaluated reaction. For the Multimedia System of Children Social Abilities , the results showed that 60% of the children revealed socially skilled and 40% revealed socially non-skilled characteristics. The program seems to have collaborated to meaningful changes on children's way of life concerning the feeding habits. According to data from the second interview with parent and children, they started to eat more food from the mineral and vitamin groups and not candies, pasta and greasy food. There was a report of improvement to the children's hangout with their classmates and the acquisition of social skills (such as expression of their own feeling through talking, facing bullying situations) and more favorable self-image.

Key-words: Obesity. *Bullying*. Stress. Social Abilities. Children, Self – Image. Feeding Habits. Dialogo.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Pontos de corte peso / idade (P/I) e diagnóstico nutricional estabelecido para crianças maiores de 7 anos e menores de dez anos de idade, pela World Health Organization (WHO, 1995).....	4
TABELA 2 - Pontos de corte do IMC e diagnóstico nutricional das crianças a partir de dez anos de idade, estabelecidos pela (WHO), 1995).....	5
TABELA 3 - Caracterização dos participantes quanto ao sexo, idade e escolaridade	32
TABELA 4 - Caracterização dos participantes em termos de peso, altura, índice de massa corpórea (IMC) para crianças a partir de dez anos de idade, percentil (P) para crianças menores de dez anos de idade e diagnóstico nutricional (DN).....	33
TABELA 5 - Caracterização dos integrantes dos grupos I e II do PACEP, segundo sexo e idade.....	39
TABELA 6 - Porcentagem da frequência de respostas das crianças vítimas do <i>bullying</i> , segundo informações dos pais.....	45
TABELA 7 - Porcentagem da frequência das respostas apresentadas pelos pais das crianças participantes, diante do questionamento sobre as causas da obesidade.....	47
TABELA 8 - Apresentação dos resultados qualitativos obtidos com o escore padronizado da ESI, caracterizados por fases, sendo estas: normal, alerta, resistência e stress.....	51

TABELA 9 - Porcentagem das respostas infantis apresentadas na ESI, para as reações avaliadas (RF – reações físicas), (RP – reações psicológicas), (RPCD – reações psicológicas com componente depressivo) e (RPF – reações psicofisiológicas) denotando as fases de stress.....57

TABELA 10 - Porcentagem das reações (não-habilidosas passivas, habilidosas, e não-habilidosas ativas), revelando o perfil geral dos participantes obtido com a aplicação do SMHSC.....58

TABELA 11 - Porcentagem das reações das crianças em cada categoria de habilidade avaliadas. NHP (não habilidosas passivas), H (habilidosas) e NHA (não habilidosas ativas).....60

TABELA 12 - Porcentagem da frequência dos participantes do Grupo I e do Grupo II às sessões do PACEP e apresentação da média da frequência.....61

TABELA 13 - Resultados descritivos e comparações dos dados do levantamento inicial e final do peso, altura, IMC, percentil e diagnóstico nutricional das crianças.....65

TABELA 14 - Porcentagem da frequência de respostas das crianças reconhecidas como vítimas do *bullying*, segundo informações dos pais, após o PACEP.....68

TABELA 15 - Porcentagem da frequência de respostas das crianças reconhecidas como vítimas do *bullying*, segundo informações dos pais, após o PACEP.....69

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Frequência das <u>reações físicas</u> (RF) apresentadas por cada criança na ESI.....	53
FIGURA 2 - Frequência das <u>reações psicológicas</u> (RP) apresentadas por cada criança na ESI.....	54
FIGURA 3 - Frequência das <u>reações psicológicas com componente depressivo</u> (RPCD) apresentadas por cada criança na ESI.....	55
FIGURA 4 - Frequência das <u>reações psicofisiológicas</u> (RPF) apresentadas por cada criança na ESI.....	56
FIGURA 5 - Mudanças de vida relatadas pelas crianças após a conclusão do PACEP.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO.....Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade.

WHO.....Word Health Organization

IMC..... índice de massa corpórea

P.....percentil

MC4R.....melanocortina 4

QI.....quociente intelectual

ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência

NK..... natural Killers

C..... criança

DN.....diagnóstico nutricional

ESI..... Escala de Stress Infantil

RF..... reações físicas

RP.....reações psicológicas

RPCD.....reações psicológicas com componente depressivo

RPF.....reações psicofisiológicas

SMHSC.....Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças

H..... .habilidosas

NHPnão-habilidosas passivas

NHA.....não-habilidosas ativas

PACEP.... Programa de Atenção a Crianças Com Excesso de Peso

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO

1 Obesidade e Obesidade Infantil.....	01
2 Desenvolvimento sócio-emocional de crianças de 6 a 12 anos	13
3 Aspectos sócio-emocionais relacionados à obesidade infantil.....	17
4 Stress Infantil.....	23
5 Habilidades Sociais.....	25
6 Objetivos.....	31

II MÉTODO

1 Participantes.....	32
2 Local.....	33
3 Materiais e instrumentos.....	34
4 Procedimentos.....	36
4.1 Para a identificação dos participantes.....	36
4.2 Para a coleta dos dados.....	38
5 Análise dos dados	42

III RESULTADOS E DISCUSSÃO

1 Entrevista inicial com os pais	44
2 Entrevista inicial com as crianças.....	48
3 Escala de Stress Infantil (ESI).....	50
4 Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (SMHSC).....	57
5 Programa de Atenção a Crianças com Excesso de Peso.....	61
6 Entrevista final com os pais.....	67
7 Entrevista final com as crianças.....	70

IV CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
------------------------------	----

V REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	78
-----------------------------------	----

VI APÊNDICES

Apêndice 1 Roteiro de entrevista inicial com os pais.....	85
Apêndice 2 Roteiro de entrevista inicial com as crianças.....	88
Apêndice 3 Roteiro de entrevista final com os pais.....	89
Apêndice 4 Roteiro de entrevista final com as crianças.....	90
Apêndice 5 Termo de consentimento livre e esclarecido.....	91
Apêndice 6 Plano de Sessão nº 01.....	92
Apêndice 7 Plano de Sessão nº 02.....	97
Apêndice 8 Plano de Sessão nº 03.....	101
Apêndice 9 Plano de Sessão nº 04.....	107
Apêndice 10 Plano de Sessão nº 05.....	115
Apêndice 11 Plano de Sessão nº 06.....	120
Apêndice 12 Plano de Sessão nº 07.....	124
Apêndice 13 Plano de Sessão nº 08.....	132
Apêndice 14 Plano de Sessão nº 09.....	139
Apêndice 15 Plano de Sessão nº 10.....	144

VII ANEXOS

Anexo 1 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	148
Anexo 2 Dinâmica: “A Figura Especial”.....	149
Anexo 3 Dinâmica: “Os Amigos, um apoio”.....	151
Anexo 4 “Técnica de Relaxamento de Jacobson”	153

APRESENTAÇÃO

Em minha experiência como psicóloga em escolas, consultório e Centro de Saúde, pude observar a alta demanda de crianças acima do peso, as quais são encaminhadas ao setor de Psicologia, seja por médicos, professores ou pela própria busca dos pais.

No contato com essas crianças, seja por observação informal ou sistematizada nos atendimentos, ficou claro que muitas delas passam por um sofrimento psicológico advindo do preconceito de que são vítimas ou da não-aceitação da sua condição, em decorrência das limitações que lhes causam, como: lentidão física; cansaço ou devido às roupas justas; que já não são usadas por preferência; mas por falta de opção muitas vezes.

Fui observando que o fracasso escolar advinha do reflexo de todos esses aspectos pelas crianças vivenciados.

Quando cursei a disciplina Comunicação Não-Verbal, já no Programa de Mestrado da Unesp – Bauru, percebi mais claramente o quanto a diferença pessoal pela condição do excesso de peso repercutia socialmente, a ponto de criar estereótipos / preconceitos.

Diante, então, da minha experiência de vida, resolvi me dedicar a estudo dessa categoria, a fim de dar a minha contribuição, como pesquisadora, ao que já existe de trabalho teórico-prático sobre a temática e, acima de tudo, para ajudar as crianças a enfrentarem melhor a sua condição de sobrepeso / obesidade e a plantarem mudanças de vida.

I INTRODUÇÃO

1 Obesidade e Obesidade Infantil

A obesidade é considerada, atualmente, um dos problemas mais graves da Saúde Pública, tanto na vida adulta quanto na infância e adolescência. O crescimento acentuado de sua prevalência nas últimas décadas, inclusive em países em desenvolvimento, fez com que fosse considerada uma epidemia global (COUTINHO, 1999).

A palavra obesidade (do latim *obesus*, *ob* = muito e *edere* = comer) é definida como o aumento da quantidade de gordura corporal, constituindo-se numa doença universal, de prevalência crescente e que tende a assumir caráter epidêmico, como o principal problema de saúde pública na sociedade moderna (HALPERN; MANCINI, 1996, p. 77).

Desde 1960, tem havido um aumento progressivo da prevalência da obesidade em diversas populações do mundo, chegando, nos Estados Unidos, a taxas verdadeiramente alarmantes (DAMIANI; DAMIANI; OLIVEIRA, 2005). De acordo com os autores, estudo realizado pelo National Health and Nutrition Examination Survey, revelou que, na população norte-americana, a obesidade atinge 22% dos adultos e 15 a 25% das crianças.

Fisberg (2005) aponta que no Brasil, dados da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade - ABESO, em estudos regionalizados e dados de 2003 do Instituto Nacional da Saúde, mostram que aproximadamente 40% da população brasileira apresenta excesso de peso.

Conforme Schussel (2005), os padrões de saúde e estéticos variam conforme a época, e hoje considera-se obesidade como desvio da normalidade.

A obesidade parece ser uma das enfermidades mais antigas do homem. Desenhos rupestres mostram o homem pré-histórico com aspectos de peso excessivo para a sua altura (FISBERG, 2005).

Nossos ancestrais sobreviveram a vários períodos de fome e escassez de alimentos. Eram agressivos em sua busca por alimentos, sobretudo em tempos escassos. Armazenavam o máximo possível da energia obtida dos alimentos em preparação para os tempos difíceis que viviam, e como não dispunham de geladeiras, a melhor forma de armazenamento era a gordura de seus próprios corpos (BURNHAM; PHELAN, 2002).

Segundo Burnham e Phelan (2002), em muitos países pobres, a gordura ainda é sinal de riqueza e a palavra “próspera” é usada para descrever pessoas obesas. Os autores consideram que somos descendentes de seres humanos frugais também em suas atividades físicas, os quais primavam por conservar energia. Nossos genes ainda atuam como se a fome estivesse sempre por perto nos ameaçando; há o acúmulo do máximo de calorias, o que nos induz à letargia, sempre que possível.

“Na África, mulheres gordas são atrativas, ao passo que em outras culturas, a mulher magra é símbolo de competência, sucesso e de atração sexual” (FISBERG, 2005, p. 7).

Wolf (1992) faz menção aos padrões estéticos historicamente valorizados. Cita que na Idade Média e no Renascimento, formas femininas arredondadas eram valorizadas e tidas como sensuais. A partir dos anos sessenta, começa a haver a busca por um corpo magro, atlético, com formas definidas, chegando-se para isso, a anorexias fatais, na sociedade ocidental valorizadora da “magreza” e de padrões esculturais de beleza.

A obesidade constitui distúrbio complexo, tendo origens ambientais, genéticas e de desenvolvimento, e conseqüências médicas, psicossociais e econômicas (FISBERG, 2005).

Segundo Campos (2005) a obesidade resulta de inúmeros fatores, orgânicos e/ou ambientais e psíquicos, os quais interligam-se de tal maneira, que torna-se inviável estabelecer relações lineares de causa-efeito.

Segundo Mattos, Gazzola, Salgado e Neme (2003), a obesidade consiste em enfermidade crônica, caracterizada por excesso de tecido gorduroso, abarcando fatores de caráter múltiplo, como: genéticos, metabólicos, neuroendócrinos, dietéticos, sócio-culturais e psicológicos.

Dâmaso, Teixeira e Curi (2005) diferenciam obesidade de sobrepeso. Eles definem obesidade como o acúmulo de gordura corporal total, que representa uma porcentagem a mais de gordura armazenada em vários depósitos, ou seja, uma condição de excesso de gordura em relação à massa corporal magra. Já sobrepeso é definido como excesso de peso previsto para o sexo, altura e idade, de acordo com padrões populacionais de crescimento.

A obesidade presente tanto em humanos como em animais, é consequência do desequilíbrio no balanço entre a energia ingerida e aquela gasta para a manutenção de processos vitais e trabalho desenvolvido. Pode, portanto, ser desencadeada quando há excesso na ingestão alimentar, sem aumento correspondente no gasto energético ou quando, mesmo com ingestão normal, ocorrem erros no metabolismo e na utilização de substratos (CURI, 1993).

De acordo com o SISVAN (2004), o estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais. O estado nutricional pode ter três tipos de manifestação orgânica:

- adequação nutricional (eutrofia): manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais.
- carência nutricional: manifestação produzida pela insuficiência quantitativa e/ou qualitativa do consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais.
- distúrbio nutricional: manifestação produzida pelo excesso e/ou desequilíbrio de consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais.

Para a avaliação e diagnóstico nutricional de crianças maiores de sete anos e menores de dez anos de idade, o SISVAN (2004) recomenda a utilização dos índices altura / idade e peso / altura, mantendo pontes de corte padronizados. Os pontos de corte são os limites estabelecidos (inferiores e superiores) que delimitam, com clareza, o intervalo de normalidade.

O percentil é a medida estatística proveniente de uma série de observações em cem partes iguais, sendo que os dados são ordenados do menor para o maior; cada ponto da

divisão equivale a um percentil. O Ministério da Saúde adota o percentil como forma classificatória, para uso em serviços de saúde. As curvas de peso / idade correspondem a: percentil 0,1; percentil 3; percentil 10; percentil 97.

A seguir, na Tabela 1, estão dispostos os dados com os pontos de corte do percentil peso / idade (P/I) e o diagnóstico nutricional para crianças menores de dez anos de idade estabelecidos pela World Health Organization (WHO, 1995).

Tabela 1- Pontos de corte peso / idade (P/I) e diagnóstico nutricional estabelecido para crianças maiores de 7 anos e menores de dez anos de idade, pela World Health Organization (WHO, 1995).

PERCENTIL	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	Peso muito baixo para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	Peso baixo para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 10	Risco nutricional
≥ Percentil 10 e < Percentil 97	Adequado ou eutrófico
≥ Percentil 97	Risco de sobrepeso

O Índice de Massa Corpórea (IMC) tem sido o cálculo mais utilizado, na prática, para estabelecer os limites de normalidade do peso para uma determinada altura, em indivíduos acima de dez anos de idade. O IMC é obtido pela divisão do peso (em quilos) pela altura (em metros) ao quadrado.

Na Tabela 2, estão citados os dados com os pontos de corte do IMC e o diagnóstico nutricional, estabelecidos pela WHO (1995).

Tabela 2- Pontos de corte do IMC e diagnóstico nutricional das crianças a partir de dez anos de idade, estabelecidos pela WHO (1995).

IMC	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 18,5	Baixo peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado ou eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Stunkard (1986) realizou estudo na Dinamarca, com irmãos gêmeos, onde um deles fora adotado por outra família. Neste estudo, as crianças adotadas foram comparadas com seus pais biológicos e com seus pais adotivos. Utilizando-se o critério do IMC, obteve-se informações acerca de 3.580 crianças adotadas. A população foi dividida em quatro classes, quanto à faixa de adiposidade: magros, peso médio, acima do peso e obesos. Os resultados revelaram relação entre a classe de peso dos adotados e a de seus pais biológicos, o que não ocorreu entre as crianças adotadas e seus pais adotivos. Tais resultados sugerem que influências genéticas constituem determinantes importantes da adiposidade.

A obesidade humana mais comum é causada por interação de múltiplos genes. Desta forma, a despeito de um maior avanço sobre a biologia da obesidade, com a possível exceção do gene do receptor de melanocortina 4 (MC4R), nenhum gene único é conhecido como causador da obesidade (WARDEN; WARDEN, 2001, p. 879).

Segundo os autores supracitados, a leptina, hormônio produzido por ação do hipotálamo, exerce efeitos sobre o peso corpóreo. Quando há um aumento do tecido adiposo, ocorre um aumento da produção de leptina, a qual provoca a redução da ingestão alimentar (através da inibição do neuropeptídeo Y) e uma elevação do gasto energético, o que tende a fazer a massa adiposa equilibrar-se. Muitas pessoas obesas apresentam resistência à ação da leptina.

“A interação entre fatores genéticos e ambientais pode também existir no campo do comportamento, pois variações genéticas podem predispor um indivíduo à inatividade física ou à escolha de alimentos ricos em gorduras” (DAMIANI; DAMIANI; OLIVEIRA, 2005, p. 27).

Bouchard e Pérusse (1993), consideram que se estudos de gêmeos têm enfatizado o aspecto genético da obesidade, o aumento em caráter epidêmico do índice de massa corpórea

dos indivíduos, apontam fortes influências ambientais no ganho de peso, as quais parecem contribuir em até um terço nas variações do tamanho corpóreo.

Em estudo realizado por Fisberg e colaboradores, em 1992, com crianças obesas (apud FISBERG, 2005), foram observados antecedentes de obesidade familiar em 91% dos casos. Os resultados do estudo revelaram que quando os pais são obesos, o risco da criança ser obesa é de 80%; caso um dos genitores seja obeso, a probabilidade é de 50% e, se os pais são magros, a probabilidade é de 9%. Não se afirma, contudo, até que ponto a determinação para essas tendências familiares é genética ou ambiental.

Campos (2005) considera que há fatores ambientais de risco para o desenvolvimento da obesidade, destacando-se: o excesso de ingestão alimentar, o sedentarismo, os hábitos alimentares inadequados, os aspectos sócio-emocionais, o consumismo, o desmame precoce, a introdução precoce de alimentos sólidos, a substituição de refeições por lanches, a prática de assistir TV por várias horas diárias, a difusão de jogos eletrônicos.

Para Fisberg (2005), existem períodos críticos, onde há maior vulnerabilidade ao ganho de peso. Esses períodos são: o período pré-natal, principalmente o terceiro trimestre gestacional, em que ocorre hiperplasia adipocítica decorrente do excesso nutricional; o período em torno do quinto ano de vida, em que o índice de massa corpórea começa a elevar-se novamente e a adolescência, período em que, se marcado por obesidade, torna-se forte preditor para a obesidade na vida adulta.

Fisberg (2005) afirma que os danos à saúde advindos do excesso de peso são muitos. A obesidade confere um risco elevado para o desenvolvimento de: doenças cardiovasculares (coronariopatias, hipertensão arterial, trombose venosa); diabetes melito; dislipidemias; afecções pulmonares; problemas renais; disfunções biliares, além de neoplasias; problemas ortopédicos e, conseqüentemente, maior risco de morbi-mortalidade.

O sistema imunológico também poderá estar afetado nos pacientes obesos. O alto grau de lipídios altera a composição celular, determinando disfunções que acarretam respostas deficientes diante das agressões infecciosas. Os neutrófilos também apresentam menor poder

de degradação intracelular de bactérias, facilitando a propagação de infecções (FISBERG, 2005).

Alguns autores, como Fisberg (2005) e Campos (2005), diferenciam dois tipos de obesidade: a exógena e a endógena. A obesidade exógena ou nutricional (que inclui 95% dos casos) consiste em excesso de depósitos gordurosos resultantes de um balanço positivo de energia entre a ingestão de alimentos e o gasto calórico. Já a obesidade endógena, responsável por 5% dos casos, seria determinada por fatores hormonais, como: alteração do metabolismo tireoidiano, gonadal, hipotálamo-hipofisário, tumores (por exemplo: o craniofaringeoma) e síndromes genéticas: Prader Wili e Lawrence - Moon - Biedl.

Muitas vezes, os indivíduos obesos são vistos como: “desleixados, preguiçosos, não competitivos, grotescos e exagerados”, o que reflete para Lemes (2005), o preconceito e a não-aceitação social. Considerando tal afirmação, o autor aponta que aspectos emocionais associam-se à obesidade, seja como causa ou consequência.

Viuniski e Viuniski (2005) abordam a necessidade do caráter multifatorial no tratamento da obesidade, onde devem incluir-se profissionais de várias áreas, como: Medicina, Psicologia, Nutrição, Pedagogia e Educação Física.

De acordo com pesquisas, a obesidade infantil vem crescendo significativamente no Brasil e no mundo. Nos Estados Unidos, a obesidade infantil têm assumido proporções quase epidêmicas, principalmente em crianças na idade escolar, chegando a 25% (ZLOCHEVSKY, 1996). Segundo estudos de Kaufman (1999), o Brasil tem, atualmente, cerca de três milhões de crianças com idade inferior a dez anos sofrendo de obesidade. A obesidade na infância e na adolescência tem como importância a possibilidade de sua manutenção na vida adulta, conforme afirmação de Fisberg (2005).

Segundo Oliveira (2000), cerca de 40 a 80% das crianças obesas serão adultos obesos. Diversos estudos estimam, segundo o autor, que 50% das crianças obesas aos sete anos, serão adultos obesos e cerca de 80% dos adolescentes obesos se tornarão adultos obesos.

Viuniski e Viuniski (2005) afirmam que a obesidade, em qualquer idade é problema multifatorial. Ainda mais na infância, quando além de envolver o paciente, envolve também a sua família e o vínculo social mais próximo. As crianças são responsáveis pela sua alimentação e sofrem enorme influência pelo estilo de vida que a família adota.

Valverde e Patin (2005) consideram que o aumento da obesidade na infância, está associado a mudanças ocorridas no estilo de vida com a pós-modernidade, ao padrão alimentar, à influência da família e de amigos na escolha e preferência por determinados alimentos, ao ganho de peso excessivo na gestação, ao desmame precoce e conseqüente introdução de fórmulas lácteas e a aspectos emocionais.

Tem sido crescente o consumo de “fast food” e produtos industrializados, cujos níveis calóricos geralmente são elevados e as propagandas cada vez mais atrativas. A restrição quanto às atividades físicas das crianças parece também ter crescido. Com a violência urbana e o avanço tecnológico, as crianças permanecem grande parte do tempo vendo TV ou entretidas no vídeo game e na internet.

Cintra, Costa e Fisberg (2005) apontam que durante a vida intra-uterina, a diferenciação de gordura inicia-se no segundo trimestre gestacional, sendo este período sensitivo para o desenvolvimento de tecido adiposo, o que pode ser relevante para a vida futura.

De acordo com os autores, os lactentes alimentados ao seio apresentam menor quantidade de gordura corporal durante o crescimento. Essas diferenças evidenciam-se por volta dos nove até quinze meses de idade.

Bebês gordos, rechonchudos e farináceos, representam para grande parte da população, imagem de saúde e beleza, segundo Fisberg (2005). Todavia, a obesidade na infância aumenta significativamente, segundo Fisberg (2005) os riscos ao desenvolvimento de dislipidemias, destacando-se a elevação dos triglicerídeos e do LDL – colesterol. A longo prazo, a obesidade aumenta o estabelecimento de fatores de risco para doenças cardiovasculares, diabetes melito e para o desenvolvimento da obesidade na vida adulta. O

autor destaca, também, os riscos de a criança obesa desenvolver problemas ortopédicos, respiratórios, dermatológicos e hepáticos.

Ajuriaguerra (1975) defende a idéia de que há fatores psicológicos determinantes na obesidade exógena ou conseqüentes à obesidade endógena. A discussão, aqui, se aterá aos aspectos psicológicos relacionados à obesidade exógena, já que esta é a que mais predomina, conforme Campos e Fisberg (2005).

O vínculo mãe-criança, o estresse familiar e a ansiedade são fatores mencionados por Lemes (2005) como importantes desencadeadores e mantenedores da obesidade infantil.

Campos (2005) tece considerações acerca do vínculo mãe-filho relacionados, muitas vezes, ao início e ao desencadeamento da obesidade. Segundo a autora, a maternidade é algo desejado pela maioria das mulheres, porém não deixa de envolver conflitos, temores e inseguranças referentes, por exemplo, às expectativas de ter um filho saudável e perfeito, de ser boa mãe e esposa. Os conflitos pioram quando a gravidez é indesejada.

Diante desses aspectos, Campos (2005) considera, também, que a mãe pode sentir-se motivada a superalimentar o filho, como forma compensatória de sua rejeição inicial ou porque o fato de o bebê se alimentar e engordar favorece a imagem de boa mãe. O que ocorre, para a autora, é que os alimentos, em muitos casos, passam a ser fornecidos ao filho de modo indiscriminado, sem que este manifeste sinal real de fome. Qualquer sinal de choro, passa, então, a ser percebido como fome, sem compreender que o mesmo possa ser por frio, calor, dor ou sono.

Isso pode acabar refletindo na vida posterior do indivíduo, o qual pode apresentar dificuldades de percepção do próprio estado de saciedade, ou acabar agindo de maneira a encarar o alimento como a solução para os seus problemas.

Segundo Lemes (2005), um outro ponto da discussão sobre problemas no vínculo mãe-filho relacionados ao desencadeamento da obesidade, é a utilização do alimento (em caso de falta de sintonia da mãe com a criança) como forma de a mãe acalmar a criança e se tranquilizar por alguns minutos. A autora também afirma que pais muito autoritários e

exigentes com seus filhos, os quais valorizam pouco a sua produção, podem contribuir para o desenvolvimento da obesidade infantil, à medida em que as exigências parentais acabam gerando ansiedade infantil. A criança, diante disso, pode passar a utilizar-se do alimento como forma de reagir contrariamente aos anseios perfeccionistas dos pais ou até para aliviar a sua ansiedade.

Lemes (2005) destaca que há crianças que não têm tempo para brincar, devido a tantos compromissos e deveres, os quais preenchem o seu dia. Precisam arranjar tempo para aulas de inglês, espanhol, informática, natação, futebol, piano, etc. Com isso, deixam de interagir nas brincadeiras, consideradas como importantes para a elaboração dos próprios sentimentos. Neste meio restritivo, as crianças podem desenvolver ansiedade e excessos alimentares, a fim de garantirem uma “calmaria” interna. Segundo a autora, muitas crianças e adolescentes obesos são discriminados socialmente. Acabam sendo vítimas de apelidos e piadas; são excluídos de jogos, brincadeiras e festinhas. Passam a se sentir diferentes, insignificantes, com a obrigação de serem ao máximo prestativos (passar cola, fazer os trabalhos escolares e os braçais) a fim de serem aceitos no grupo. Suas vontades, muitas, vezes ficam em último plano.

A partir disso, a mesma autora comenta que grande parte dessas crianças e adolescentes começam a sair menos de casa, a restringir o círculo de amigos ou só sair com a família. Neste contexto, podem começar a desenvolver certa fobia social, insegurança, timidez, sentimentos depressivos, dificuldade para se olharem no espelho e para se vestirem tal como gostariam.

Campos (1993) relata estudo transversal realizado com grupo de crianças obesas e grupo de crianças eutróficas, onde detectou-se diferenças significativas no QI dos dois grupos. O QI médio dos eutróficos localizou-se dentro da faixa de normalidade (90-109), enquanto o dos obesos ficou dentro da classificação “médio-inferior”.

Campos e Fisberg (2005) relatam que características em obesos, como: dependência, agressividade mal elaborada e sentimento de inferioridade para competir com indivíduos de

seu meio, associadas ao seu comportamento mais lento e mais primitivo, não contribuem para que eles tenham como foco de interesse a ambição intelectual, que os levariam a investir mais nesse aspecto. Os autores complementam que o hábito que muitas crianças obesas têm de ocupar grande parte do seu tempo vendo TV, não as permite exercitar a sua própria experiência com o mundo, não favorece o estabelecimento de associações, simplificam excessivamente a realidade, sendo assim, aspecto prejudicial ao pensamento lógico e à abstração.

A obesidade em crianças e adolescentes é considerada uma doença difícil de se tratar. Diversos aspectos contribuem para este resultado negativo, como o não envolvimento da família no tratamento, a baixa auto-estima do paciente, a falta de um acompanhamento psicológico que julgamos de extrema importância e a não associação de atividade física com a orientação alimentar (OLIVEIRA; CINTRA; VILAR; SOUZA; TONIAZZO; FISBERG; 2005).

O tratamento da obesidade deve incluir, conforme Fisberg (2005), três condições básicas, as quais consistem em :

- dieta balanceada, a qual possibilite crescimento adequado, manutenção do peso, com redução dos índices de massa corpórea e que seja de fácil utilização (baixo custo e possível de ser mantida por período longo);
- exercícios físicos controlados, os quais associem programas de exercícios anaeróbicos e recreativos (que oportunizem resultados favoráveis à perda de peso e à modificação da massa corpórea gordurosa), com exercícios aeróbicos (os quais favoreçam a preservação das condições cardiovasculares) e apoio emocional;
- apoio emocional.

Para Lemes (2005), o tratamento psicológico de crianças e adolescentes pode ser realizado através de psicoterapia individual, e faz-se muito importante o envolvimento da família, a qual deve ser motivada a seguir as recomendações dadas e demonstrar ao paciente que ele é amado, independente do seu peso.

De acordo com Lemes (2005), trabalhos de grupo também vêm sendo apresentados com resultados promissores, levando-se em consideração que as crianças e adolescentes geralmente gostam de conviver em grupos. O grupo favorece a expressão pessoal dos temores, devido à identificação com os problemas uns dos outros.

Viuniski (2000) relata mudanças quanto à prevalência da obesidade em relação ao nível sócio-econômico. A incidência da obesidade tem sido maior na classe sócio-econômica baixa, ao contrário do que se constatava há alguns anos atrás.

A obesidade implica em custos diretos, indiretos e intangíveis. Os diretos ligam-se ao setor de saúde, para o tratamento e suas complicações. Os indiretos estão relacionados à perda de produtividade pessoal. Os intangíveis relacionam-se ao custo pessoal por perdas que não podem ser medidas. Estes custos totais são alguns dos fatores que devem ser pesados na intervenção precoce e no planejamento de atividades de recuperação. (FISBERG, 2005).

A seguir, serão abordados aspectos relevantes referentes ao desenvolvimento humano, correspondente à faixa etária de 6 a 12 anos aproximadamente.

2 Desenvolvimento sócio-econômico

Segundo Madruga e La Casa (1995), no período de 6 a 12 anos, a criança (pré-adolescente) sofre várias transformações biológicas, sociais e cognitivas. Há, nesta fase, a aquisição da leitura e da escrita, a capacidade de expressar idéias e de comunicar-se mediante o uso da linguagem escrita.

De acordo com Martí (1995), essa fase é denominada por Piaget, de operações concretas, fase na qual a criança não precisa mais, como o bebê, agir de maneira efetiva sobre as coisas; já é capaz de representá-las e agir sobre a realidade com mediações de signos, símbolos e ações mentais.

Conforme abordam Padilla e González (1995), experiências vivenciadas no âmbito escolar vão constituir, para a criança, um acúmulo de experiências ricas e interessantes. No

meio escolar, a criança se relaciona com muitas pessoas e estabelece com elas relações de igualdade, submissão e liderança. A escola constitui um sistema social, com normas de funcionamento, as quais devem ser compreendidas pela criança.

Padilla e González (1995), afirmam que conforme vão avançando os anos escolares, as crianças vão se tornando cada vez mais conscientes de que os outros possuem pensamentos, sentimentos, desejos e intenções. Começam a refinar cada vez mais as inferências sobre as características ou estados de outras pessoas. São capazes de supor, por exemplo, que outra criança pode estar tentando enganá-la em um jogo, baseando-se em seus sorrisos e olhares. Passam a ter uma visão das características opostas das pessoas; definem as pessoas e as relações baseando-se em aspectos internos das mesmas e mais abstratos (exemplo: definição de amigo como alguém em quem se pode confiar) e começam a entender que as relações humanas devem basear-se no consenso mútuo.

Segundo Piaget (apud COLL; PALACIOS; MARCHESI, 1995), na etapa de 6 a 12 anos, ocorre um grande avanço no desenvolvimento do juízo ou raciocínio moral. A partir de 6 - 7 anos, as crianças descobrem que é necessária a reciprocidade, para obedecer às regras, considerando que estas são efetivas quando há acordo entre as pessoas para aceitá-las. A compreensão que a criança tem sobre a origem e significado das regras aumenta, quanto maior a sua compreensão sobre os direitos e necessidades dos outros (semelhantes aos seus). Ao longo dos anos escolares, o igualitarismo moral (“todo mundo deve receber a mesma coisa”) e a adequação estrita entre produtividade e recompensa, vão sendo substituídos por um relativismo moral, onde as características de cada situação são levadas em conta para a tomada de decisões.

As crianças, com base em seus avanços cognitivos e em suas experiências de interação social, vão adquirindo princípios morais próprios e vão aumentando a compreensão de regras e valores sociais, o que vem a favorecer uma melhor convivência humana (PADILLA; GONZÁLEZ, 1995).

Padilla e González (1995) pontuam que o desenvolvimento moral é fruto das intervenções que a criança desenvolve em seu meio social. Há uma série de fatores, dentro dos grupos sociais, que promovem o desenvolvimento moral da criança, a saber: estimulá-la a adotar a perspectiva dos outros, a fim de compreender seus sentimentos, motivações e /ou necessidades; fazê-la conhecer as conseqüências de suas condutas; expressar com firmeza, diante dela, os próprios princípios morais baseados em justiça, equidade e busca do bem-estar social; apresentar-se como modelo à criança, agindo de acordo com os princípios morais tidos como corretos; permiti-la sentir-se respeitada e levada em consideração quanto aos seus pontos de vista e opiniões; demonstrar altas expectativas acerca da capacidade que ela apresenta de agir com justiça, ética e altruísmo e estabelecer controle firme sobre a criança, caso esta apresente comportamentos de transgressão moral, que afetem o bem-estar e/ou a integridade do outro.

Evidências empíricas apontam, segundo Padilla e González (1995), a necessidade de práticas de socialização afetuosas com os pré-escolares, envolvendo empatia e favorecimento da adoção de perspectiva, para a promoção de um raciocínio moral avançado. Na idade escolar, parece mais efetiva a estimulação à autonomia infantil e a expressão de respeito por seus critérios e idéias.

Wallon (apud COLL; PALACIOS; MARCHESI, 1995) considera que do início da escolaridade obrigatória à chegada da puberdade, os progressos da criança seguem uma orientação centrífuga, onde constrói-se a realidade exterior por meio do conhecimento; o “eu” passa a ser descrito mais em termos internos e psicológicos do que com base em atributos externos e físicos.

Hidalgo e Palácios (1995) consideram que o autoconceito existe em função da interação com os demais e de atitudes dos outros com relação à criança, no ambiente familiar e escolar. À medida em que o autoconceito define-se, torna-se diferenciado e organizado, adquire certa resistência à mudança, desde que não haja alterações substanciais das suas condições de vida.

Para Harter (1983), parece existir certa estabilidade na auto-estima durante a infância, havendo uma queda da mesma na fase de 12-13 anos, coincidindo com o início da puberdade e com a transição do primeiro para o segundo grau escolar.

Hartup (1978), afirma que estilos educativos democráticos, os quais combinam controle, afeto, comunicação e exigências de maturidade, propiciam um melhor desenvolvimento da criança. Crianças educadas em ambientes familiares com normas claras e consistentes, com altos níveis de comunicação entre os membros da família, com carinho e afeto dos pais, com o respeito destes às suas opiniões e pontos de vista, e potencializadoras de independência, são as que geralmente manifestam comportamentos mais habilidosos socialmente no grupo de iguais.

Segundo Hidalgo e Palácios (1995), a escola constitui, juntamente com a família, a instituição que mais repercute na vida da criança. Além de ser responsável para a transmissão do saber científico organizado culturalmente, a escola influi nos processos de socialização e individualização da criança, em suas relações afetivas, nas habilidades sociais e de comunicação, no desenvolvimento do papel sexual e de condutas pró-sociais bem como da própria identidade pessoal (autoconceito, auto-estima, autonomia).

Para Hidalgo e Palácios (1995), as crianças que apresentam juízos positivos sobre suas capacidades, em relação às tarefas escolares, obtêm resultados mais eficazes do que as que têm pontos de vista negativos ou duvidosos a respeito de suas habilidades. O autoconceito da criança é influenciado pelas condutas do professor e dos colegas em relação a ela. Desta forma, altas expectativas do professor sobre o êxito de um aluno, potencializam a confiança em si mesmo, facilitando resultados acadêmicos positivos. Ao contrário, atitudes de desconfiança e baixa expectativa do professor com relação às capacidades do aluno, fomentam a sua insegurança e criam sentimento de incapacidade.

Assim, segundo Hidalgo e Palácios (1995), quando as relações com os iguais são de aceitação e apoio mútuos, o processo dos objetivos educativos são favorecidos. As relações entre os colegas dependem das habilidades sociais, do “clima” da classe e da organização

social das atividades realizadas. Os “iguais”, algumas vezes, cumprem função semelhante à dos pais, ou seja, de apego.

Seguem-se considerações acerca dos aspectos emocionais que, em geral, interligam-se à obesidade.

3 Aspectos sócio-emocionais relacionados à obesidade infantil

Segundo Stunkard e Wadden (1992), resultados de pesquisa não são conclusivos em relação aos aspectos emocionais relacionados com a obesidade. Alguns autores discutem que nem todos os obesos têm sentimentos negativos sobre seu corpo; esses sentimentos seriam comuns em pessoas com início da obesidade na infância, cujos pais e amigos depreciam o seu corpo. Para os autores, os distúrbios da imagem corporal, que costumam se desenvolver na adolescência, representam a internalização da censura social iniciada na infância e que pode persistir na vida adulta.

Andrade (1995) verificou que de 134 crianças pesquisadas, 76,8% apresentam razões emocionais importantes associadas ao surgimento e à evolução da obesidade. Ele acredita que um alto nível de ansiedade pode influenciar na gênese da obesidade, colaborando para a ocultação de conflitos internos, afetivos e relacionados.

Campos (1993) afirmou que crianças obesas apresentam algumas características psicológicas, como: dificuldade de lidar com experiências de forma simbólica, de adiar satisfações, de obter prazer na relações sociais, de lidar com a sexualidade, além de baixa auto-estima e dependência materna.

Com base nos indicadores evolutivos e emocionais a partir do Desenho da Figura Humana, descritos por Koppitz (1968), depois de padronização feita por Hutz e Antoniazzi (1995), Azevedo (2000) fez uma investigação de aspectos do funcionamento psicológico que pudessem ser identificados em crianças obesas. A autora, comparou resultados obtidos com a aplicação do Desenho da Figura Humana em trinta crianças obesas e trinta crianças não obesas, e diagnosticou que os primeiros apresentaram mais indicadores emocionais. Venturini

(2000), que também aplicou o teste do Desenho da Figura Humana em quinze crianças obesas, verificou que suas produções mostraram transtornos no esquema corporal, ansiedade, insegurança, insatisfação consigo mesmas, sinais de agressividade, entre outros.

Bandura (1986) considera que a auto-avaliação faz parte do processo adaptativo das pessoas. A percepção de si é construída a partir dos relacionamentos com outras pessoas. A auto-avaliação constitui-se em fenômeno pessoal que ajuda o indivíduo a dirigir o seu comportamento. O que cada um pensa sobre si mesmo reflete em quanto de satisfação extrai de sua vida e das atividades que realiza. Assim sendo, o autor considera que a auto-avaliação pode tanto ser fator de risco como de suporte para sua saúde mental.

Um dos problemas importantes enfrentados pelos obesos é a valorização do ser magro (“corpo escultural”) em detrimento dos desvios desse padrão. A moda e mídia reforçam estes padrões. Em meados de 1976, Channing e Mayer, em estudo sobre os efeitos da aparência física na comunicação humana, comentam sobre freqüentes reações pessoais negativas a indivíduos com excesso de peso, onde estes relatam discriminação quando procuram obter seguro de vida, adotar crianças, conseguir empregos e até ingressar na faculdade. Aos indivíduos obesos é concedido maior espaço físico (as pessoas guardam distância deles), e isso pode refletir uma atitude estigmatizada e preconceituosa em relação a eles (LERNER, 1973; LERNER; KARABENICK; MEISELS, 1975).

Assim como em outros “desvios” dos padrões socialmente aceitos e valorizados, a criança obesa pode ser vítima do *bullying*, fenômeno definido por Fante (2005) como um conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetitivas que ocorrem sem motivação evidente, adotado por um ou mais alunos contra outro (s), causando dor, angústia e sofrimento. O comportamento *bullying* envolve manifestações, como: insultos, intimidações, apelidos cruéis, gozações, acusações injustas, atitudes de exclusão, danos físicos, morais e materiais.

Na raiz da palavra, *bullying* é traduzido como “valentão”, “tirano”, e como verbo, é traduzido como “brutalizar”, “tiranizar”, “amedrontar”. A definição do *bullying* é compreendida como um subconjunto de comportamentos agressivos, sendo

caracterizado por sua natureza repetitiva e por desequilíbrio de poder. O desequilíbrio de poder caracteriza-se pelo fato de que a vítima não consegue se defender com facilidade, devido a inúmeros fatores, tais como: por ser de menor estatura ou força física; por estar em minoria; por apresentar pouca habilidade de defesa; pela falta de assertividade e pouca flexibilidade psicológica perante o autor ou autores dos ataques (FANTE, 2005, p. 28).

Fante (2005) a considera que a característica principal do *bullying* é a violência oculta, acompanhada, muitas vezes, do mutismo da vítima.

Olweus (1991) afirma que para um aluno poder ser identificado como vítima, os professores e os pais devem observar se ele apresenta comportamentos e características, como: isolamento no recreio ou proximidade a adultos; dificuldade para falar diante dos demais em sala de aula; aspecto deprimido ou aflito; desleixo nas tarefas escolares; contusões; feridas; cortes; arranhões ou roupas rasgadas de forma não-natural; absenteísmo e perda freqüente dos pertences.

Quanto ao agressor, Olweus (1991) comenta que é importante observar se o mesmo faz brincadeiras ou gozações, emite risos desdenhosos ou hostis, coloca apelidos ou chama os colegas de modo malsoante, insulta, ridiculariza, ameaça, dá ordens, subjuga, intimida, empurra, bate, dá socos, beliscões, envolve-se em discussões e pega materiais escolares, dinheiro e outros pertences do outro sem consentimento.

Lopes Neto e Saavedra (2003) ressaltam que a conduta *bullying* gera conseqüências negativas e nefastas a todos os envolvidos. A não superação dos traumas sofridos pela vítima poderá gerar sentimentos negativos, pensamentos e práticas de vingança, baixa auto-estima, dificuldades de aprendizagem, baixo rendimento escolar, transtornos mentais, psicopatologias, doenças de fundo psicossomático e dificuldades de relacionamento.

Constata-se que pessoas vítimas do *bullying* podem assumir comportamentos de vingança e, quando não há atitudes de prevenção e combate a isso, o ambiente social torna-se contaminado e a convivência muito difícil. S. R. M, de 12 anos, era chamada de “oferecida” e “metida” pelos colegas da escola. “Isso me incomodava muito, mas eu não falava para os professores porque não queria chamar a atenção para o problema”, diz ela. Hoje, na 8ª série,

S. R. M. escolheu uma menina mais nova para ser objeto de vingança. “Ela é gorda e fica se fazendo de vítima”, diz ela (depoimento tirado da internet; site da ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência).

Em reportagens sobre o *bullying*, expostas no site da ABRAPIA, há relatos de que em 2003, em uma cidade do interior paulista, E.A.F., de 18 anos, invadiu a escola onde estudou, com um revólver nas mãos. Feriu gravemente cinco alunos e, em seguida, suicidou-se. “Tinha uns que xingavam ele de elefante cor-de-rosa”, diz um amigo de E.A.F.

H., de 14 anos, sente desde os 7 anos, a discriminação por ter um corpo fora dos padrões atuais. “Coisas que eu escuto: gordinha, você está cheinha, até te chamarem de saco de areia, fazer aquelas musiquinhas e você ficar ofendida realmente”, explica H.

Um aluno de um colégio no Rio de Janeiro, tentou resumir em um poema as dores de quem é uma vítima do *bullying*:

“Nenhum tipo de *bullying*
 Já estou cansado
 De ser tratado como um rato
 Sendo escorraçado
 Sendo motivo de graça
 De suas piadas inculcadas
 Sem opinião e humilhado por uma brincadeira
 Sem um pouco de consideração
 Sem amor, que só faz sofrer, sentir dor”.

Quanto ao agressor, há propensão, de acordo com Fante (2005), de que ele adote comportamentos delinquentes, como: abuso de drogas; porte ilegal de armas; furtos; indiferença à realidade que o cerca; tentativa de levar vantagem em tudo e ações violentas para alcançar o que deseja.

Visto o caráter nefasto do fenômeno *bullying*, acredita-se na importância de preveni-lo e / ou promover intervenções eficazes visando suprimi-lo e combatê-lo.

Segundo Fante (2005) a prevenção do *bullying* deve começar pela capacitação dos profissionais de educação, a fim de que saibam identificar, distinguir e diagnosticar o fenômeno e conhecer estratégias de intervenção e de prevenção.

Várias pesquisas e programas de intervenção *antibullying* vêm sendo desenvolvidos na Europa e na América do Norte, visando conscientizar a comunidade escolar (visto que a escola é o principal local de ocorrência do *bullying*) sobre o fenômeno e sensibilizá-la sobre a importância do apoio às vítimas.

Na cidade do Rio de Janeiro, entre 2000 e 2003, a ABRAPIA em parceria com a Petrobrás Social, desenvolveu em onze escolas um programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. As escolas traçaram planos e estratégias, resultando em diversas formas de ação, desde a abordagem feita aos alunos pelos professores, em sala de aula, até a participação destes em atividades.

Além da grande importância das práticas educativas, as relações que a criança estabelece com os seus iguais, exercem influência significativa desempenham um papel significativo para a formação da sua auto-estima (CUBERO; MORENO, 1995).

O desenvolvimento adequado da criança e a sua atitude para com a escola dependem, em parte, para Cubero e Moreno (1995), de uma interação favorável com os colegas. Problemas de habilidades interpessoais e condutas de rechaço de colegas de aula, estão relacionadas a: problemas emocionais; sentimentos de ansiedade; baixa auto-estima; condutas desordenadas e sentimentos de hostilidade para com a escola.

Fante (2005) comenta que se a violência é um comportamento que se aprende nas interações sociais, também existem maneiras de ensinar comportamentos não violentos, visando lidar com as frustrações e com a raiva e ensinar habilidades para que os conflitos interpessoais possam ser solucionados por meios pacíficos (FANTE, 2005). Acredita-se que o

diálogo, o respeito e as relações de cooperação precisam ser valorizadas e assumidas por todos os envolvidos no processo educacional.

O programa “Educar para a Paz”, pioneiro no Brasil, realizado no Estado de São Paulo, resultou em redução significativa do comportamento *bullying* nas escolas envolvidas, conforme relata Fante (2005). O programa é composto por estratégias psicopedagógicas e sócio-educacionais que visam à intervenção e à prevenção da violência nas escolas, com ênfase na redução do fenômeno *bullying* entre os escolares.

A seguir, serão abordados aspectos gerais sobre a temática do stress, fator que pode estar interligado à obesidade infantil.

4 Stress Infantil

Hans Selye, em 1926, foi o primeiro a utilizar o termo stress na área de saúde, quando notou sintomatologia comum em alguns pacientes, como: falta de apetite; pressão alta; desânimo e fadiga. Esse conjunto de sintomas, definido por ele como um “desgaste geral do organismo” é causado pelas alterações que o organismo sofre ao ser submetido a uma situação que exija um esforço para se adaptar (SELYE, 1976).

Cannon (1937) considera que o stress consiste em uma falha nos mecanismos de homeostase, tendo-se que o organismo não consegue restabelecer seu equilíbrio interno.

Para Everly (1989), o stress é compreendido como uma reação a qualquer estímulo que exija do organismo um esforço maior para a adaptação, ou seja, para a recuperação da homeostase interna.

Neme, Soliva e Ribeiro (2003) conceituam o stress como um processo mediante o qual estímulos de diferentes naturezas produzem alterações psicofisiológicas, dependentes das avaliações realizadas pelo indivíduo em relação a esses estímulos ou “estressores” e das formas com as quais lida com a situação.

Lipp e Lucarelli (2005) abordam que o stress envolve sintomas, tais como fadiga, esgotamento, frustração, tensão, nervosismo, irritabilidade, vontade de chorar, medo,

pesadelo, insônia, náuseas, vertigem, taquicardia, zumbido nos ouvidos, afonia, dores musculares.

Segundo Herbert e Cohen (1993), o stress pode afetar o sistema imunológico nos seres humanos, à medida em que favorece a ocorrência de alterações funcionais e numéricas nas células NK (Natural Killers) do sistema.

Remetendo-se à infância, Lipp e Romano (1987) abordam que eventos que exijam da criança maior esforço para adaptação, podem levá-la a mudanças psicológicas, físicas e químicas no seu organismo. As autoras descrevem que, assim como no adulto, os sintomas do stress infantil também podem ser psicológicos e/ou físicos. Dentre os sintomas de ordem psicológica destacam-se: terror noturno; choro excessivo; birra; insegurança. Dentre os sintomas físicos, destacam-se: diarreia; tiques; dores de cabeça; enurese noturna; gagueira; bruxismo; distúrbios do apetite. Estudos, como o de Lipp e Romano (1987), revelam que o principal efeito do stress infantil é o desenvolvimento de doenças como: asma; alterações dermatológicas; cefaléia; anorexia; úlceras e obesidade.

Higley e Suomi (1996) apontam, em seu estudo, a relação entre stress infantil e o desenvolvimento de neuroses, como: instabilidade emocional; baixa autoconfiança; enfraquecimento cognitivo e psicopatologias (depressão, ansiedade, dependência química).

Lipp (2001) expõe que é possível classificar o quadro do stress em fases, sendo estas:

- 1 - alerta (caracterizada pela presença de reações de luta ou fuga, essenciais para a preservação da vida);
- 2 - resistência (caracterizada pela exposição contínua ao estímulo estressor para tentar adaptação; há reações de desgaste e cansaço);
- 3 - exaustão (o indivíduo não consegue adaptar-se ou resistir aos estressores; surgem algumas doenças).

De acordo com Lazarus e Folkman (1986) o enfrentamento pode ser entendido como o conjunto de estratégias e recursos individuais que são utilizados para diminuir o stress e

resolver as situações que o gera. Os autores consideram que os efeitos das situações de stress, como um dos fatores importantes relacionados a várias doenças, depende da forma como são enfrentadas e da forma como são avaliadas e valorizadas por diferentes pessoas.

Serão explanados, a seguir, aspectos relevantes a respeito das habilidades sociais

5 Habilidades Sociais

O interesse pelos aspectos evolutivos do desempenho social é relativamente antigo na Psicologia. Praticamente todas as teorias do desenvolvimento abordam a questão da socialização e da importância das interações e das relações sociais enquanto fatores de saúde mental e de desenvolvimento. Autores como Matson, Sevin, Box (1995), têm expressado preocupação com as conseqüências desenvolvimentais dos déficits de habilidades sociais em etapas formativas da vida do indivíduo, reconhecendo que eles podem comprometer fases posteriores de seu ciclo vital.

O campo das habilidades sociais teve sua época de maior difusão em meados dos anos 70, porém continua, ainda, sendo uma área de contínua pesquisa e aplicação.

Ladd e Mize (1983) conceituam habilidades sociais como a capacidade pessoal para organizar cognições e comportamentos em um curso de ação integrada, dirigida para objetivos sociais ou interpessoais, aceitos pela cultura.

Del Prette e Del Prette (1996) consideram que comportamentos de habilidades sociais têm sido reconhecidos em diversas áreas das ciências humanas como fundamentais para a manutenção de interações sociais satisfatórias, já comportamentos socialmente inadequados podem resultar em baixa qualidade nas interações, em baixo rendimento escolar, em perda de oportunidades profissionais e em baixa satisfação pessoal.

O desenvolvimento social do indivíduo inicia-se no nascimento e há evidências de que o repertório de habilidades sociais se torna progressivamente mais elaborado ao longo da infância (HOPS,1983). De acordo com o autor, o contato físico nos momentos de higiene, a

observação dos pais, o aconchego do colo e o aleitamento são respostas sociais às quais a criança logo começa a reagir diferencialmente.

Forness e Kavale (1991) entendem que grande parte dessa aprendizagem se dá de maneira vicária, ou seja, as crianças observam os comportamentos sociais de seus pais e passam a imitá-los. Ao que tudo indica, a infância é um período crítico para a aprendizagem das habilidades sociais.

Referindo-se ao desenvolvimento de habilidades sociais, além dos intercâmbios de comportamentos e de afetividade, as práticas e valores parentais, o *background* cultural e sócio-econômico da família, têm sido reconhecidos como aspectos importantes da competência social da criança (SAUNDERS; GREEN, 1993; SWICK; HASSEL, 1990).

Há uma série de classes de respostas que foram citadas por Caballo (1996), como componentes das habilidades sociais. Dentre estas, destacam-se:

- iniciar e manter conversações;
- falar em público;
- expressar amor, agrado e afeto;
- defender os próprios direitos;
- pedir favores;
- recusar pedidos;
- fazer obrigações;
- aceitar elogios;
- expressar opiniões pessoais, inclusive discordantes;
- expressar, com justificativa, incômodo, desagrado ou enfado;
- desculpar-se ou admitir ignorância;
- solicitar mudanças no comportamento do outro;
- enfrentar críticas.

Falcone (1995) considera a assertividade como um dos comportamentos socialmente habilidosos, dentre vários outros.

Lange e Jakubowski (1976) afirmam que a assertividade envolve a afirmação dos próprios direitos e a expressão dos pensamentos, sentimentos e crenças de modo direto, honesto e apropriado, não violando o direito de outras pessoas.

Há alguns conceitos que, para Del Prette e Del Prette (2005) constituem-se importantes para a compreensão das definições de reações habilidosas e não-habilidosas. Dentre estas destacam-se: desempenho social, habilidades sociais e competência social.

O desempenho social refere-se à emissão de um comportamento ou seqüência de comportamentos em uma situação qualquer. Já o termo habilidades sociais aplica-se à noção de existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de forma competente com os distúrbios de demandas das situações interpessoais. A competência social tem, portanto, um sentido avaliativo que remete aos efeitos do desempenho de habilidades em um conjunto de situações. Muitas vezes, a pessoa possui as habilidades, mas não as utiliza no desempenho por diversas razões, dentre as quais: ansiedade; crenças equivocadas e dificuldade de leitura dos sinais do ambiente. Na dinâmica das interações, as habilidades sociais fazem parte dos componentes de um desempenho social bem sucedido. A competência social qualifica a proficiência desse desempenho e se refere à capacidade do indivíduo de organizar pensamentos, sentimentos e ações em função de seus objetivos e valores, articulando-os às demandas imediatas e mediatas do ambiente.

Del Prette e Del Prette (2005), destacam um conjunto de habilidades essenciais para as crianças nas etapas iniciais de escolarização, sendo estas:

- Autocontrole e expressividade emocional – reconhecer e nomear emoções próprias e dos outros, acalmar-se, tolerar frustrações.
- Empatia – expressar compreensão pelo sentimento alheio, oferecer ajuda, demonstrar interesse pelo outro e reconhecer sentimentos do interlocutor.
- Civilidade – cumprimentar pessoas, saber usar palavras, como: por favor; obrigado; desculpe; com licença; fazer e aceitar elogios; chamar o outro pelo nome e seguir regras.
- Assertividade – expressar sentimentos como raiva e desagrado, concordar ou

discordar de opiniões, defender os próprios direitos, lidar com críticas e gozações.

- Fazer amizades – apresentar-se, elogiar, aceitar elogios, cooperar, iniciar e manter conversação, “enturmar-se”.
- Habilidades acadêmicas – seguir regras ou instruções orais, observar, aguardar a vez de falar.
- Solução de problemas interpessoais – pensar antes de tomar decisões, identificar situações-problema e avaliar alternativas de solução.

Os mesmos autores classificam as reações habilidosas e não-habilidosas em um contínuo, onde se define reações habilidosas (centro), não-habilidosas passivas (extremo) e não-habilidosas ativas (extremo). Assim, as reações não-habilidosas passivas consistem em comportamentos os quais comprometem a competência pessoal de quem os emite porque envolvem uma maneira encoberta de expressão de emoções e sentimentos, como mágoa, ressentimento, ansiedade, além do que caracterizam-se por reações de esquiva ou fuga de demandas interpessoais, em vez de enfrentamento. As reações habilidosas consistem em comportamentos apresentados para lidar com as demandas interativas do ambiente, que contribuem para a competência social de quem os emite, devido à coerência entre componentes abertos e encobertos, adequação às demandas e conseqüências obtidas. As reações não-habilidosas ativas são comportamentos apresentados para lidar com as demandas interativas do ambiente, que comprometem a competência social de quem os emite, por sua expressão predominantemente aberta de agressividade física ou verbal, negativismo, ironia, autoritarismo e coerção.

Segundo observações de autores, como Del Prette e Del Prette (2002) e Caballo (2003), o indivíduo assertivo expressa seus sentimentos, opiniões, necessidades, interesses e direitos de modo honesto, responsável, direto, sem humilhações ou dominação do outro indivíduo. Além disso, faz escolhas por si mesmo, tem iniciativa própria e é capaz de discordar de opiniões alheias sem ansiedade indevida, sentindo-se bem consigo mesmo. A pessoa assertiva permite ao seu interlocutor se expressar e se sentir também valorizado.

Já o indivíduo não assertivo, ou passivo, é inibido, indeciso para expressar honestamente seus sentimentos, opiniões e pensamentos; permite a violação de seus sentimentos, permite ser manipulado. A pessoa não-assertiva provoca no interlocutor sentimentos de pena, irritação, repulsa, que geralmente resultam em depreciação.

O indivíduo agressivo expressa os seus sentimentos e defende os seus direitos, porém de modo inapropriado, desrespeitando e depreciando os outros. O interlocutor sente-se humilhado, em atitude defensiva; pode sentir raiva e adotar comportamentos de vingança contra a pessoa agressiva.

O desenvolvimento das habilidades sociais em geral e da assertividade, em particular, é primordial na promoção de interações sociais bem sucedidas, segundo Chan (1992) e Nukura (1999).

Para Del Prette e Del Prette (2005), pesquisas revelam que um repertório de habilidades sociais bem desenvolvido na infância está associado a: outros comportamentos adaptativos; maior aceitação dos colegas; auto-estima positiva; melhor realização acadêmica; melhores relações afetivas na adolescência; sucesso profissional; felicidade; satisfação conjugal. Por outro lado, o déficit de habilidades sociais na infância, associa-se a : baixa aceitação por parte dos colegas; transtornos típicos da infância (problemas comportamentais, emocionais, distúrbios de aprendizagem, baixo rendimento acadêmico, evasão escolar); delinquência juvenil; depressão; problemas de relacionamento com o sexo oposto; insatisfação e baixa produtividade no trabalho. As medidas terapêuticas, que visam reduzir os déficits nesse repertório, podem incluir:

- programas de treinamento de habilidades sociais para crianças em atendimento clínico;
- programas conduzidos em contextos da escola regular, especial e clínicas-escolas;
- programas de educação informal em ambientes comunitários, associados a outros projetos de saúde, educação e qualidade de vida;

- programas direcionados a pais.

Existe, na literatura, número considerável de estudos sobre a obesidade infantil. Contudo, em nível nacional, não foram encontrados estudos publicados envolvendo a descrição do nível de stress, das habilidades sociais e das experiências de *bullying* vivenciadas por crianças em condição de sobrepeso e obesidade.

Devido ao caráter multifatorial da etiologia da obesidade infantil e de suas conseqüências, a participação do psicológico na equipe de pesquisa e atuação na área, torna-se desejável e necessária.

Acredita-se que as conseqüências da obesidade (quanto às questões emocionais e de identidade), principalmente em crianças e adolescentes, dependerá, em parte, de suas habilidades sociais, do montante de stress, gerado por cobranças sociais, bem como da maneira como fazem o enfrentamento destas experiências.

Considera-se que vivências traumáticas de constrangimento, impregnadas de angústia e ansiedade, são características, muitas vezes, de crianças vítimas do *bullying*, o que pode gerar danos à identidade e aumentar o círculo retroalimentador da ansiedade, a qual constitui, segundo a literatura, um dos fatores existentes na etiologia da obesidade.

6 Objetivos

Geral:

Conhecer aspectos nutricionais e psicossociais da vida de crianças em condição de sobrepeso e obesidade e contribuir para a garantia da qualidade de vida das mesmas e para a (re)construção de recursos psicológicos para o enfrentamento das implicações da condição pessoal de estarem acima do peso.

Específicos:

- Identificar o nível de stress de crianças em condição de sobrepeso / obesidade;

- Descrever as habilidades sociais das crianças;
- Descrever aspectos gerais da vida das crianças relativos à saúde, hábitos alimentares, prática de atividades físicas, convivência escolar e autoconceito;
- Verificar a presença do fenômeno *bullying* na convivência escolar, as experiências infantis como vítimas /autores do fenômeno e as formas de reação diante do mesmo;
- Criar um programa de intervenção psicossocial e nutricional com as crianças;
- Analisar se a participação das crianças em programa de intervenção psicossocial e nutricional criado, resultam em mudanças de vida, relacionadas a: hábitos de alimentação, prática de atividades físicas, diminuição do peso, convivência escolar, atitudes relativas ao *bullying* e autoconceito.

II) MÉTODO

1 Participantes

O estudo foi conduzido com quinze crianças, sendo seis do sexo masculino (40%) e nove do sexo feminino (60%) com idade variando entre oito anos e sete meses e onze anos e quatro meses e escolaridade entre terceira e quinta série do primeiro grau. Das quinze crianças participantes, doze (80%) estavam matriculadas em escola pública e três (20%) em escola particular (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos participantes, considerando sexo, idade em anos e meses e série escolar que cada participante está cursando. Cada criança é representada pela letra C acompanhada de um número indicador da ordem alfabética do nome não divulgado.

PARTICIPANTES	SEXO	IDADE	SÉRIE ESCOLAR
C1	Feminino	9a 6m	4 ^a

C2	Feminino	9a 4m	3 ^a
C3	Feminino	10a 6m	5 ^a
C4	Feminino	10a 6m	4 ^a
C5	Masculino	8a 11m	3 ^a
C6	Masculino	10a 4m	4 ^a
C7	Masculino	11a 3m	5 ^a
C8	Masculino	11a 4m	3 ^a
C9	Feminino	11a 3m	4 ^a
C10	Feminino	11a 1m	5 ^a
C11	Feminino	10a 10m	4 ^a
C12	Feminino	10a 4m	4 ^a
C13	Feminino	8a 7m	3 ^a
C14	Masculino	10a 1m	3 ^a
C15	Masculino	9a 7m	4 ^a

Na Tabela 4, estão descritos o peso, a altura, o índice de massa corpórea (IMC) das crianças a partir de dez anos de idade, o percentil (P) das menores de dez anos e o diagnóstico nutricional (DN) das mesmas.

O peso das crianças variava entre quarenta quilos (40,000Kg) e setenta e oito quilos e seiscentos gramas (78,600Kg) e a altura entre um metro e trinta e oito centímetros (1,38 m) e um metro e sessenta e três centímetros (1,63 m) no início do estudo. Do total, doze (80%) foram avaliadas em condição de sobrepeso e três (20%) em condição de obesidade (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos participantes em termos de peso, altura, índice de massa corpórea (IMC) para crianças a partir de dez anos de idade, percentil (P) para crianças menores de dez anos de idade e diagnóstico nutricional.

PARTICIPANTES	PESO(KG)	ALTURA (M)	ÍNDICES	DN
C1	49,5	1,46	Peso > P97	Sobrepeso
C2	47,5	1,43	Peso > P97	Sobrepeso
C3	64,0	1,51	IMC = 28,07	Sobrepeso
C4	52,5	1,44	IMC = 25,36	Sobrepeso
C5	43,0	1,40	Peso > P97	Sobrepeso
C6	54,0	1,38	IMC = 28,42	Sobrepeso
C7	72,0	1,52	IMC = 31,17	Obesidade
C8	78,6	1,60	IMC = 30,70	Obesidade
C9	66,0	1,63	IMC = 24,81	Sobrepeso
C10	71,5	1,56	IMC = 29,42	Sobrepeso
C11	55,7	1,47	IMC = 25,79	Sobrepeso
C12	40,0	1,24	IMC = 25,98	Sobrepeso
C13	46,5	1,37	Peso > P97	Sobrepeso
C14	69,6	1,60	IMC = 27,19	Sobrepeso

C15	67,9	1,48	Peso > P97	Sobrepeso
-----	------	------	------------	-----------

2 Local

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde II, em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, o qual conta com atendimentos clínicos em várias especialidades (medicina, fonoaudiologia, psicologia, farmácia, vacinação, distribuição de leite e vigilância sanitária).

A avaliação inicial e final das crianças e dos pais foi feita em uma sala que media aproximadamente três metros de comprimento por dois metros de largura. O mobiliário consistia em: uma escrivaninha, uma mesa infantil com duas cadeirinhas, um arquivo e um armário. Havia um lavatório e, nas paredes, um quadro com desenho infantil (ursinhos), dois quadrinhos com paisagens e um relógio. A sala era adequadamente iluminada e ventilada.

As sessões grupais com as crianças aconteceram em outra sala do Centro de Saúde a qual media aproximadamente cinco metros de comprimento por três metros e meio de largura. Na sala, estavam acomodados: dois armários de aço grandes, uma mesa com um computador e uma cadeira, uma mesa de aproximadamente quatro metros de comprimento por um metro de largura, vinte cadeiras próximas à mesa, um quadro negro com giz e apagador e um filtro de água com copos. A sala era iluminada e arejada adequadamente.

3 Materiais e Instrumentos

Foram utilizados, para o presente trabalho, os seguintes materiais: lápis preto nº2, lápis de cor, borracha, canetas, cartolinas, pincéis atômicos, cartazes ilustrados, canetas hidrocor, CD-rom, computador, multimídia, alimentos em plástico, jogo: “Brincando com as Expressões”, bexigas, folhas impressas com tarefas delimitadas, bola, espelho, fichas coloridas de papel, revistas, tesouras, cola, giz, lousa, ingredientes culinários, pratos,

talheres, palitos, máquina fotográfica, durex, rádio, CDs de músicas, colchonetes, papéis-dobradura, balança.

Os instrumentos usados na pesquisa foram:

- a) roteiro de entrevista inicial semi-estruturada realizada com os pais (Apêndice 1).
- b) roteiro de entrevista inicial semi-estruturada realizada com as crianças (Apêndice 2)
- c) roteiro de entrevista final semi-estruturada realizada com os pais (Apêndice 3).
- d) roteiro de entrevista final semi-estruturada realizada com as crianças (Apêndice 4).
- e) Escala de Stress Infantil (ESI) (LIPP; LUCARELLI, 2005).

f) Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças - SMHSC (DEL PRETTE ; DEL PRETTE, 2005).

A entrevista inicial com os pais consistiu em questões abertas, elaboradas pela pesquisadora, com a finalidade de obtenção de informações sobre a criança acerca da sua composição familiar, saúde, hábitos alimentares, aspectos escolares, aspectos sócio-emocionais e concepção dos pais sobre a obesidade.

A entrevista inicial com as crianças consistiu em questões abertas, elaboradas pela pesquisadora, objetivando colher dados a respeito: da convivência das crianças com os colegas na escola, da ocorrência do *bullying*, das atitudes dos professores diante do *bullying*, dos sentimentos e reações infantis na condição de vítima do *bullying*, das experiências como autores do *bullying*, da avaliação pessoal da condição de sobrepeso / obesidade e da opinião sobre causas relacionadas à obesidade.

A Escala de Stress Infantil - ESI (LIPP; LUCARELLI, 2005) consiste em instrumento avaliativo do nível de stress infantil, através da identificação de sintomatologia apresentada pela criança em reações físicas e psicológicas.

A ESI possui trinta e cinco itens de zero (círculos vazios) a quatro pontos (círculos cheios), agrupados em quatro fatores, a saber: reações físicas (RF), reações psicológicas (RP), reações psicológicas com componente depressivo (RPCD) e reações psicofisiológicas (RPF).

O Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças - SMHSC (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005) consiste em material para avaliação de habilidades sociais, o qual também pode ser utilizado como instrucional em programas educativos ou terapêuticos para promoção de competência social infantil, em faixa etária correspondente de sete a doze anos de idade. Esse instrumento apresenta-se em versão impressa e informatizada, as quais são equivalentes e compostas por vinte e um itens de situações interativas entre crianças e adultos. Existem para cada situação, três alternativas de reações, a saber: habilidosa, não-habilidosa e não habilidosa-ativa. Foi utilizada, na pesquisa, a versão impressa desse instrumento de auto-avaliação infantil.

As situações e reações apresentam-se em imagens e impressas, com representações das falas por “balões” de histórias em quadrinhos. As situações contidas no inventário são características do ambiente escolar, tendo em vista a sua importância para a socialização e o ajustamento infantil nessa etapa do seu desenvolvimento.

A entrevista final com os pais consistiu em questões abertas, elaboradas pela pesquisadora, as quais buscavam informações, acerca da criança, no tocante a mudanças: nos hábitos alimentares e nas suas reações em condição de vítimas do *bullying*. As questões procuraram investigar, também, a avaliação dos pais relativa ao PACEP.

A entrevista final com as crianças consistiu em questões abertas, elaboradas pela pesquisadora, visando levantar informações a respeito das mudanças de vida que as crianças perceberam, da convivência com colegas, da vitimização e reações diante do *bullying* e da auto-imagem, após a participação das mesmas no Programa de Atenção a Crianças com Excesso de Peso (PACEP).

4 Procedimentos

4.1 Para a identificação dos participantes

O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da UNESP-Bauru (Anexo 1). Após a aprovação, a pesquisadora fez contato com a coordenadora do setor de saúde do município e apresentou o seu interesse para que a pesquisa fosse realizada no Centro de Saúde II. Obtendo autorização para a execução da mesma, a pesquisadora implementou as ações seguintes:

- Divulgou o trabalho a ser realizado aos pediatras e às atendedoras da recepção do Centro de Saúde II;
- Solicitou aos pediatras que encaminhassem os interessados à recepção, a fim de fornecerem os seus dados pessoais (nome, endereço e telefone) para possibilitar o contato da pesquisadora com eles;
- Divulgou o trabalho à direção de escolas, sendo uma municipal, uma estadual e duas particulares, escolhidas aleatoriamente;
- Solicitou à direção das escolas selecionadas que indicassem os dados pessoais das crianças interessadas ao Centro de Saúde II (aos cuidados da pesquisadora), para possível contato.

Foi solicitada, na divulgação da pesquisa, a indicação de crianças entre oito e doze anos de idade, em virtude do caráter instrucional do trabalho proposto (sendo indicado para crianças já alfabetizadas) e da exigência de certa independência pessoal (com a possibilidade de virem ou voltarem sozinhas, se necessário, ou de esperarem por um responsável na sala de espera após o término das sessões). O limite de doze anos de idade foi imposto, a fim de não caracterizar os participantes como adolescentes, o que requeria especificidades no trabalho de avaliação e intervenção.

Tendo chegado uma listagem com vinte e cinco nomes, indicados pela direção das escolas e pelo setor de pediatria do Centro de Saúde II, foi realizado o diagnóstico nutricional das crianças, por uma especialista. Para a participação na pesquisa, era necessária a condição nutricional infantil de sobrepeso ou obesidade. Todas as crianças indicadas adequaram-se a esse critério.

Com os dados iniciais do diagnóstico nutricional, a pesquisadora conversou, individualmente, com os pais das crianças, com a finalidade de saber acerca do interesse deles para que as crianças participassem da pesquisa, da disponibilidade de horário das crianças e do(s) responsável (is) para levá-las e/ou das condições para que fossem sozinhas até a instituição. Das condições explicitadas, quinze pais (60% dos indicados) adequaram-se às mesmas para fazerem parte, assim, da pesquisa.

4.2 Para a coleta dos dados

A coleta de dados seguiu-se em etapas, sendo estas:

- 1) entrevista inicial com os pais;
- 2) entrevista inicial com as crianças e aplicação de testes (ESI e SMHSC);
- 3) criação e realização do Programa de Atenção a Crianças com Excesso de Peso (PACEP);
- 4) entrevista final com os pais;
- 5) entrevista final com as crianças.

Primeiramente, os pais foram para a entrevista inicial, a qual foi conduzida em uma sessão e foi registrada pela pesquisadora, por escrito. O termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 5) foi lido pelos pais e pela pesquisadora, em conjunto, após a entrevista inicial e foram feitos esclarecimentos acerca da pesquisa, relativos aos objetivos e metodologia.

Foram explicadas as etapas de avaliação as crianças (por entrevistas e testes) e esclarecidos os objetivos da realização do PACEP.

Quanto à metodologia a ser utilizada para a consecução dos objetivos propostos, esclareceu-se aos pais sobre a utilização de técnicas de dinâmica de grupo, exposição verbal, discussões e prática culinária.

A partir disso, as crianças foram agendadas para a sessão de avaliação, a qual compreendeu a aplicação de entrevista inicial e da testagem psicológica individual (para a

qual utilizou-se a ESI e o SMHSC). Essa sessão levou aproximadamente uma hora e trinta minutos, contando com um intervalo de quinze minutos entre as atividades, proposto pela pesquisadora, para evitar que a sessão se tornasse exaustiva e comprometesse a qualidade das respostas.

Concluída a avaliação psicológica das crianças, foi iniciado, após agendamento prévio, o PACEP. As crianças foram divididas em dois grupos, a fim de facilitar o trabalho programado, no que diz respeito à possibilidade de a coordenadora dispensar maior nível de atenção aos participantes e de realizar observação comportamental mais apurada em cada sessão.

Um Grupo (I) foi constituído por sete crianças, sendo dois meninos e cinco meninas. Das crianças, uma tinha onze anos, cinco tinham dez anos e uma tinha oito anos de idade. O outro Grupo (II) foi formado por oito crianças, sendo quatro meninos e quatro meninas. Destas, três tinham onze anos, uma tinha dez anos, três tinham nove anos e uma tinha oito anos de idade (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização dos integrantes dos Grupos I e II do PACEP, segundo sexo e idade.

PARTICIPANTES	SEXO	IDADE
Grupo I		
C3	feminino	10a 6m
C4	feminino	10a 6m
C5	masculino	8a 11m
C6	masculino	10a 4m
C9	feminino	11a 3m
C11	feminino	10a 10m
C12	feminino	10 a 4m
Grupo II		
C1	feminino	9a 6m
C2	feminino	9a 4m
C7	masculino	11a 3m
C8	masculino	11a 4m
C10	feminino	11a 1m
C13	feminino	8a 7m
C14	masculino	10a 1m
C15	masculino	9a 7m

A elaboração e execução do Programa foi coordenado pela pesquisadora (psicóloga do Centro de Saúde II) e contou com a participação de uma nutricionista, um professor de Educação Física e dois funcionários do Centro de Saúde II. A nutricionista participou de todas as sessões do PACEP, contribuindo com informações e atividades específicas da sua área de atuação; o professor de Educação Física teve participação através de uma palestra que ministrou na última sessão (sessão nº 10), complementando o tema proposto. Os dois funcionários do Centro de Saúde participaram como personagens de uma sessão do programa realizando uma encenação programada para os objetivos propostos.

O PACEP teve os seguintes objetivos:

- abordar aspectos relativos a hábitos de vida saudável, referente à alimentação e à prática de atividades físicas;
- oportunizar condições para a discussão de fatores psicossociais estressogênicos vivenciados no cotidiano, considerando o enfrentamento dos mesmos através de habilidades sociais;
- favorecer a auto-aceitação e a melhora da auto-estima.

O PACEP compreendeu dez sessões (cujos planos encontram-se nos apêndices), sendo nove com as crianças e uma com os pais e as crianças juntos. As sessões aconteceram em frequência semanal e os conteúdos abordados foram os mesmos para os dois grupos.

Para a execução do programa, a cada sessão foram estabelecidos os objetivos, os conteúdos, as estratégias e a forma de avaliação.

Para garantir que os objetivos fossem alcançados, estabeleceu-se, desde a primeira sessão, regras para o funcionamento dos grupos, a partir do Sistema de Economia de Fichas.

Sistema de Economia de Fichas

O sistema de Economia de Fichas foi criado por Ayllon, Azrin e colaboradores, em meados de 1968. Estes psicólogos buscavam uma forma de motivar doentes mentais institucionalizados cronicamente a atuarem de modo mais competente.

A Economia de Fichas é um sistema de reforçamento no qual se administram fichas como reforço imediato, as, quais são “respaldadas” posteriormente permitindo que se troquem por reforços mais valiosos.

Há três requisitos importantes para a Economia de Fichas:

- 1) A ficha ou meio de intercâmbio;
- 2) As recompensas ou reforços de respaldo que podem ser comprados com fichas;
- 3) O conjunto de regras que define as inter-relações entre os comportamentos específicos que obtém fichas e os reforços de respaldo pelos quais se podem trocar as fichas.

As técnicas de Economia de Fichas, que provêm do condicionamento operante experimental com pessoas psicóticas, têm se tornado um método de tratamento versátil, não só para pessoas com transtornos ou retardo mentais, mas para qualquer pessoa ou qualquer grupo para as quais seja aconselhável a modificação de comportamento.

CABALLO, V. E. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos, 1996.

Com o objetivo de garantir a aplicação dos conteúdos desenvolvidos nas sessões, utilizou-se, em várias delas, Tarefas de Casa, as quais eram analisadas na sessão subsequente.

Tarefas de Casa

As tarefas de casa constituem instrumento importante através do qual as habilidades aprendidas em sessão são praticadas no ambiente real, ou seja, generalizam-se à vida diária.

A prática que se limita ao tempo da sessão não terá concluído o trabalho, já que a maior parte dos novos padrões de comportamentos trabalhados precisam ser praticados

repetidamente, em locais distintos.

Nas tarefas de casa, há probabilidade de os clientes / membros do grupo “verem-se” como principais agentes de mudanças e, assim, motivarem-se para atuarem em benefício próprio.

CABALLO, V. E. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos, 1996.

Foram realizados dois levantamentos do peso e da altura das crianças participantes, os quais ocorreram na sessão nº 02 e na sessão nº 10 (final do PACEP).

Concluído o PACEP, as crianças e os pais foram agendados para a avaliação final, a qual ocorreu em uma sessão individual. Nesta sessão, foi conduzida uma entrevista com os pais e uma com cada criança.

5 Análise dos dados

Os dados da pesquisa foram analisados através das abordagens quantitativa e qualitativa.

As respostas das quatro entrevistas aplicadas foram registradas por escrito. Para a análise do conteúdo das mesmas, as respostas foram inseridas em categorias preestabelecidas e avaliadas em porcentagem.

Com relação aos dados obtidos com a ESI, estes foram analisados somando-se os pontos e estabelecendo a porcentagem das reações avaliadas (físicas, psicológicas, psicofisiológicas e psicológicas com componente depressivo) fazendo a classificação da fase de stress em que as crianças encontravam.

Os dados obtidos com a aplicação do SMHSC foram analisados através do cálculo:

- da porcentagem das reações habilitadas e não-habilitadas (passivas e ativas);
- da porcentagem das reações apresentadas, as quais foram inseridas em categorias.

As sessões do PACEP foram registradas por escrito, onde foram descritos comportamentos dos participantes (incluindo relatos verbais) diante das atividades propostas nos encontros. Os dados foram categorizados em função dos objetivos propostos para o programa e analisados através do relato verbal dos participantes e do desempenho nas tarefas de casa propostas nas sessões.

Para os levantamentos de peso e altura dos participantes, foram utilizados o IMC (para as crianças a partir de dez anos de idade) e o percentil (para as crianças com menos de dez anos de idade), a partir dos quais estabeleceu-se o diagnóstico nutricional.

III RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados segundo a sequência da coleta de dados e divididos em seções, de acordo com as atividades desenvolvidas.

1 Entrevista inicial com os pais

Para a análise dos dados da entrevista inicial com os pais, utilizou-se como base as seguintes categorias referentes à vida da criança: saúde, hábitos alimentares, aspectos escolares, aspectos sócio-emocionais e concepções sobre a obesidade.

Com relação à saúde, 100% dos pais relataram que seus filhos apresentam boa saúde de maneira geral. Dessas crianças, 93% foram submetidas a algum tipo de exame nos últimos meses (sangue, cardíaco). Segundo relato de 74% dos pais que conheciam os resultados dos exames de seus filhos, 16% das crianças apresentaram normalidade nos exames e 51% apresentaram resultados alterados, sendo 26% na taxa de triglicerídeos, 13% na taxa de colesterol, 6% na taxa hormonal e 6% na pressão arterial. Os resultados ainda não eram conhecidos por 26% dos pais que submeteram o (a) filho (a) a exames laboratoriais.

Esses dados corroboram a afirmação de Fisberg (2005) de que a obesidade na infância aumenta as chances de elevação dos triglicerídeos, do colesterol, além de alterações na pressão arterial e outras (ortopédicas, dermatológicas), daí a importância de detecção precoce. Segundo o autor, a chance de uma criança obesa chegar à vida adulta como obesa é de aproximadamente de 16,5%. Já Oliveira (2000) estima que 40 a 80% das crianças obesas serão adultos obesos.

Quanto aos hábitos alimentares, os dados mostram que 67% das crianças participantes, mostraram preferência por alimentos considerados altamente calóricos (como doces e gordurosos) e 33% preferência por alimentos variados. Dos pais entrevistados, 60% afirmaram que o (a) filho (a) tem livre acesso às guloseimas (de alto valor calórico) e 40% disseram que há restrições nesse acesso.

Viuniski (2005) comenta que as crianças sofrem enorme influência do estilo de vida da família relativos à alimentação, daí a importância do envolvimento familiar no tratamento da obesidade infantil.

No âmbito escolar, 53% dos pais afirmaram que o filho (a) apresenta bom rendimento, 27% afirmou que o rendimento é regular e 20% que o rendimento é baixo.

Dos pais entrevistados, 93% tem conhecimento de que seu (sua) filho (a) é vítima do *bullying*, envolvendo ou não a questão da obesidade. Essa alta porcentagem relatada assegura a afirmação de Fante (2005) acerca da incidência crescente do fenômeno *bullying* nas escolas brasileiras, constatada pela autora.

Segundo informações dos pais, diante do *bullying*, 46% das crianças reagem ao fenômeno com agressão física, verbal ou com ameaça do uso de uma delas; 33% nada revelam aos pais, ou, se inquiridas, negam-se a falar e 14% pedem ajuda aos pais ou choram.

As reações infantis na condição de vítimas do *bullying*, segundo relato dos pais, estão apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 – Porcentagem da frequência de respostas das crianças vítimas do *bullying*, segundo informações dos pais. A somatória das porcentagens foi menor do que 100%, porque alguns pais não relataram ocorrência de *bullying* com os filhos.

RELATO DOS PAIS ACERCA DAS REAÇÕES DO (A) FILHO(A) DIANTE DA VITIMIZAÇÃO PELO BULLYING	RESPOSTAS (%)
Reage com agressão física	20%
Reage com agressão verbal	20%
Nada revela	20%
Nega-se a falar	13%
Solicita ajuda dos pais	7%
Chora	7%
Ameaça de agressão física	6%

Referindo-se aos aspectos sócio-emocionais, 93% dos pais admitiram que o filho (a) tem características de ansiedade, as quais, segundo eles, revelam-se na véspera de provas escolares ou de situações novas (como viagem), pela insistência em ter seus desejos satisfeitos rapidamente e pela não conclusão de uma atividade por vez. Dos pais, 20% relataram resistência do filho (a) para a aceitação dos limites impostos no lar; 20% relataram que o (a) filho(a) come em maior quantidade quando ansioso (a) e 6% apontaram características de medo e preguiça .

Campos (1993) também comenta acerca das características psicológicas das crianças obesas, sendo uma destas a dificuldade do adiamento das satisfações.

Na categoria concepções sobre a obesidade, investigou-se a opinião dos pais sobre as desvantagens da obesidade e sobre as suas causas. Com relação às desvantagens, 100% dos pais afirmaram que a obesidade infantil traz desvantagens dentre as quais: problemas de saúde, desânimo, lentidão física, vitimização pelo *bullying*, preconceitos, problemas com a estética e com a auto-estima.

Observou-se que a maior desvantagem da obesidade, na opinião dos pais da maioria dos meninos, foi a lentidão física, e, em segundo lugar, os problemas de saúde. Já os pais das meninas consideraram a maior desvantagem da obesidade infantil, em primeiro lugar, os problemas com a estética e, em segundo, os problemas com a auto-estima .

As desvantagens da obesidade apresentada pelos pais mostrou diferenças em alguns pontos, de acordo com o gênero. Com relações ao sexo masculino, o fator agilidade física demonstrou ser o mais importante. Já com relação ao sexo feminino, as preocupações com a estética parecem ter ocupado o primeiro lugar. A diferença de gênero mostra ser expressiva quanto à percepção das desvantagens da obesidade pelos pais.

A cultura ocidental considera a “magreza” como símbolo de beleza, sendo essa exigência maior para as mulheres. O símbolo da virilidade masculina parece ser a exposição de um corpo atlético, voltado principalmente, à força e agilidade física.

As respostas dos pais no quesito causas da obesidade foram: excesso de comida (80%), vida sedentária (33%), ingestão de guloseimas (20%), ansiedade (13%), problemas hormonais (13%), tendência familiar (6%) e isolamento social (6%). Estes dados encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7 – Porcentagem da frequência das respostas apresentadas pelos pais das crianças participantes, diante do questionamento sobre as causas da obesidade.

OPINIÕES DOS PAIS SOBRE AS CAUSAS DA OBESIDADE	RESPOSTAS (%)
Excesso de comida	80%
Vida sedentária	33%
Ingestão de guloseimas	20%
Ansiedade	13%

Problemas hormonais	13%
Tendência familiar	6%
Isolamento social	6%

Os dados obtidos confirmam os da literatura, onde hábitos e questões relacionados a problemas orgânicos estão presentes nos relatos. Campos (2005) enfatiza a interligação entre fatores orgânicos, ambientais e psíquicos na determinação da obesidade, o que impossibilita, segundo o autor, o estabelecimento linear de causa-efeito.

2 Entrevista inicial com as crianças

Para a análise dos dados da entrevista inicial, foram utilizadas as seguintes categorias: tipos de brincadeiras, predileção por colegas, ocorrência do *bullying*, atitudes da professora diante do *bullying*, sentimentos e reações como vítimas do *bullying*, experiências como autores do *bullying*, avaliação pessoal diante da situação de estar acima do peso e avaliação das causas da obesidade.

A primeira categoria de análise (tipos de brincadeiras), mostra que as principais brincadeiras das crianças são: pega-pega (27%); esconde-esconde (13%); futebol (13%); casinha (13%); queimada (7%); jogo de búrica (7%); passeio pela escola (7%); competição de taco (7%), duro-mole (7%); vôlei (7%) e ouvir músicas (7%).

A segunda categoria revela que a predileção das crianças por certos colegas, é determinada pelo companheiro para brincar (66%), pela boa receptividade (13%), pela identificação na maneira de pensar (7%), pela proximidade de moradia (7%) e pelo tempo de convivência (7%). 67% das crianças revelaram ter colegas dos quais não gostam, devido a

comportamentos que desaprovam neles, sendo estes: agressão física (18%), agressão verbal (7%), uso de palavrões (7%), jeito moralmente correto (7%), fazer bagunça (7%), rejeição nas brincadeiras (7%) e disputa sexual (7%). 7% das crianças não souberam explicar o porquê não gostam de certos colegas e 33% revelaram que não há colegas dos quais não gostam.

Quanto à ocorrência do *bullying* no contexto escolar (terceira categoria), 73% das crianças afirmaram que o fenômeno ocorre, envolvendo, no geral, condutas, como: apelidar, pegar objetos alheios e atirá-los no ventilador, fazer piadinhas, puxar os cabelos. As atitudes da professora diante da ocorrência do *bullying* (quarta categoria) foram registradas como sendo: pedido de contenção das ações agressivas (38%); advertência (13%); ameaça de levar os autores do *bullying* à diretoria (13%); risos (7%); colocação de apelidos (7%); intervenção verbal, expressando que não é necessário fazerem o que estão fazendo para chamarem a atenção dos colegas (7%) e ordem para sair da sala (7%).

Fante (2005) aborda que o *bullying* ocorre, com maior ou menor incidência, em todas as escolas do mundo, independente das características culturais, econômicas e sociais dos alunos e enfatiza o despreparo dos educadores em geral para lidarem com esse fenômeno, de modo a colaborarem para a sua supressão e / ou erradicação, como observado no presente estudo.

A quinta categoria de análise (sentimentos e reações enquanto vítimas do *bullying*) mostra que as crianças sentem-se: constrangidas (20%); tristes (13%); irritadas (13%); deprimidas (7%) e indiferentes (7%). 40% das crianças negaram que são vítimas do *bullying*. As vítimas relataram que suas reações, diante do *bullying*, são: tentar expressar indiferença (27%); contar à professora (13%); agredir verbalmente (13%) e agredir fisicamente (7%).

Essas constatações estão de acordo com o que Lopes Neto e Saavedra (2003) e Fante (2005) discutem a respeito das consequências das situações traumatizantes vivenciadas pelas vítimas do *bullying*, que quando não superadas, podem gerar baixa auto-estima, baixo rendimento escolar, dificuldades de relacionamento, comportamentos agressivos, dentre outros.

Fante (2005) alerta para a gravidade do fenômeno bullying, visto o seu poder desencadeador de transtornos psíquicos e até de tragédia social (motivada por comportamentos de vingança das vítimas).

Quanto à questão da autoria do *bullying* (sexta categoria) a entrevista com as crianças revela que a minoria (26%) relatou experiência como autores do *bullying* com os colegas na escola.

Na sétima categoria de análise (avaliação pessoal diante da situação de estar acima do peso) 66% das crianças afirmaram que há a desvantagens em estarem acima do peso, sendo estas: a condição de serem alvo de apelidos (31%); a rejeição social (7%); as brincadeiras pejorativas (7%); o cansaço físico (7%); a vergonha do próprio corpo (7%) e a dificuldade para encontrarem roupas que lhes sirvam (7%).

Esses dados corroboram as afirmações de Lemes (2005) sobre a discriminação social a que as crianças obesas são vítimas, o que pode gerar fobia social, insegurança, timidez, sentimentos depressivos e auto-imagem negativa.

Na avaliação das causas da obesidade, a maior parte das crianças atribuiu a condição de estar acima do peso ao fato de comerem em demasia (86%); algumas especificando os tipos de alimentos engordativos como: fritura, chocolate, doces em geral. 6% das crianças atribuiu a condição de excesso de peso à ansiedade e 6% a doenças, sem especificá-las.

3 Escala de Stress Infantil (ESI)

Das crianças avaliadas, C3, C11 e C13 (20%) apresentaram-se em fase normal de stress em todos os aspectos avaliados. C1 e C2 (13%) apresentaram-se em fase de alerta em RP (reações psicológicas) e em fase normal nos outros aspectos avaliados. C6, C7, C14 e C15 (27%) apresentam-se em fase de alerta em RPF (reações psicofisiológicas) e em nível normal nos outros aspectos avaliados. C8 apresentou-se em fase de alerta em RP, de resistência em RPF e normal nos outros aspectos avaliados. C5 e C9 (13%) apresentaram-se em nível

normal em pelo menos um aspecto avaliado (C5 em RF e C9 em RP); C5 apresentou-se em fase de alerta em RP e RPF, C9 em RF, RPCD e RPF e C5 em fase de resistência em RPCD. C4 apresentou-se em nível de alerta em todos os aspectos. C10 apresentou-se em fase de alerta em RF, RPF e RPCD e C12 em RF e RPCD. Essas duas últimas crianças apresentaram-se em fase de resistência em RP. C12 apresentou-se em fase de stress em RPF. Na Tabela 8, estão descritos os resultados qualitativos obtidos com o escore padronizado da ESI

Tabela 8 – Apresentação dos resultados qualitativos obtidos com o escore padronizado da ESI, caracterizados por fases, sendo estas: normal, alerta, resistência e stress.

CRIANÇA	RF	RP	RPCD	RPF
C1	Normal	Alerta	Normal	Normal
C2	Normal	Alerta	Normal	Normal
C3	Normal	Normal	Normal	Normal
C4	Alerta	Alerta	Alerta	Alerta
C5	Normal	Alerta	Resistência	Alerta
C6	Normal	Normal	Normal	Alerta
C7	Normal	Normal	Normal	Alerta
C8	Normal	Alerta	Normal	Resistência
C9	Alerta	Normal	Alerta	Alerta
C10	Alerta	Resistência	Alerta	Alerta
C11	Normal	Normal	Normal	Normal
C12	Alerta	Resistência	Alerta	Stress
C13	Normal	Normal	Normal	Normal
C14	Normal	Normal	Normal	Alerta
C15	Normal	Normal	Normal	Alerta
MÉDIA	Normal	Normal	Normal	Alerta

De acordo com Lazarus e Folkman (1986), diferentes indivíduos lidam de diversas formas com situações estressantes. Tais variações dependem de fatores, como: sexo, idade, cultura, crenças, valores pessoais, história de vida, escolaridade, experiências anteriores de enfrentamento, variáveis de personalidade, recursos intelectuais, cognitivos, econômicos e sociais.

Os autores explicitam que pequenos aborrecimentos e demandas de cotidiano podem

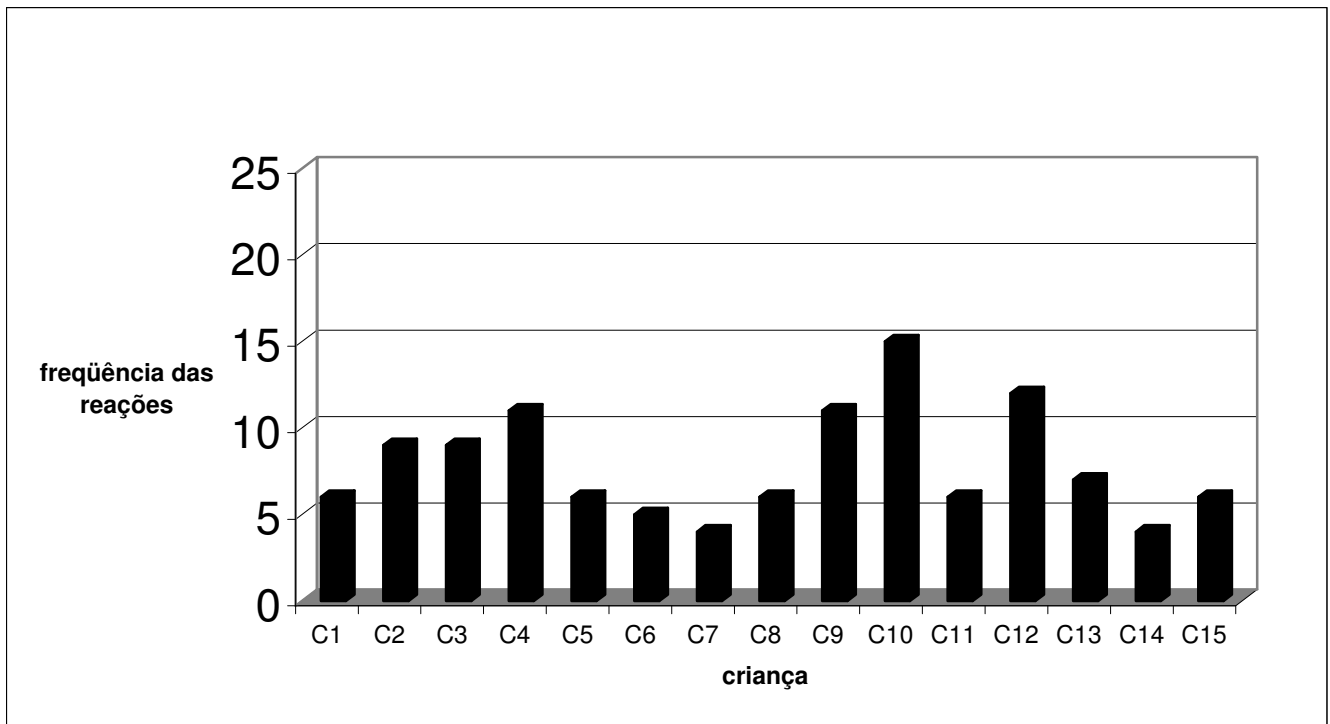
ser potencialmente mais patogênicos do que os eventos extraordinários ocasionais; podendo relacionar-se mais diretamente ao stress psicológico e ao surgimento de sintomas somáticos.

No presente estudo, as crianças que apresentaram-se em fase de resistência e stress para algumas reações avaliadas pela ESI, demonstraram sofrimento e alto grau de importância aos aspectos vivenciados no cotidiano, relacionados, por exemplo, à condição de excesso de peso e às questões envolvidas, tais como: auto-imagem negativa, lentidão física, vitimização por preconceito social e *bullying*.

Nas figuras 1, 2, 3 e 4, estão descritos os resultados obtidos com a aplicação da ESI nas crianças participantes quanto à frequência das reações que a Escala avalia, ou seja, reações físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas, respectivamente.

A frequência das reações físicas (RF) variou de 4 a 9. A frequência de 0 a 9 condiz à fase normal, de 10 a 15 condiz à fase de alerta, de 16 a 21 à fase de resistência e de 22 a 36 à fase de stress (Figura 1).

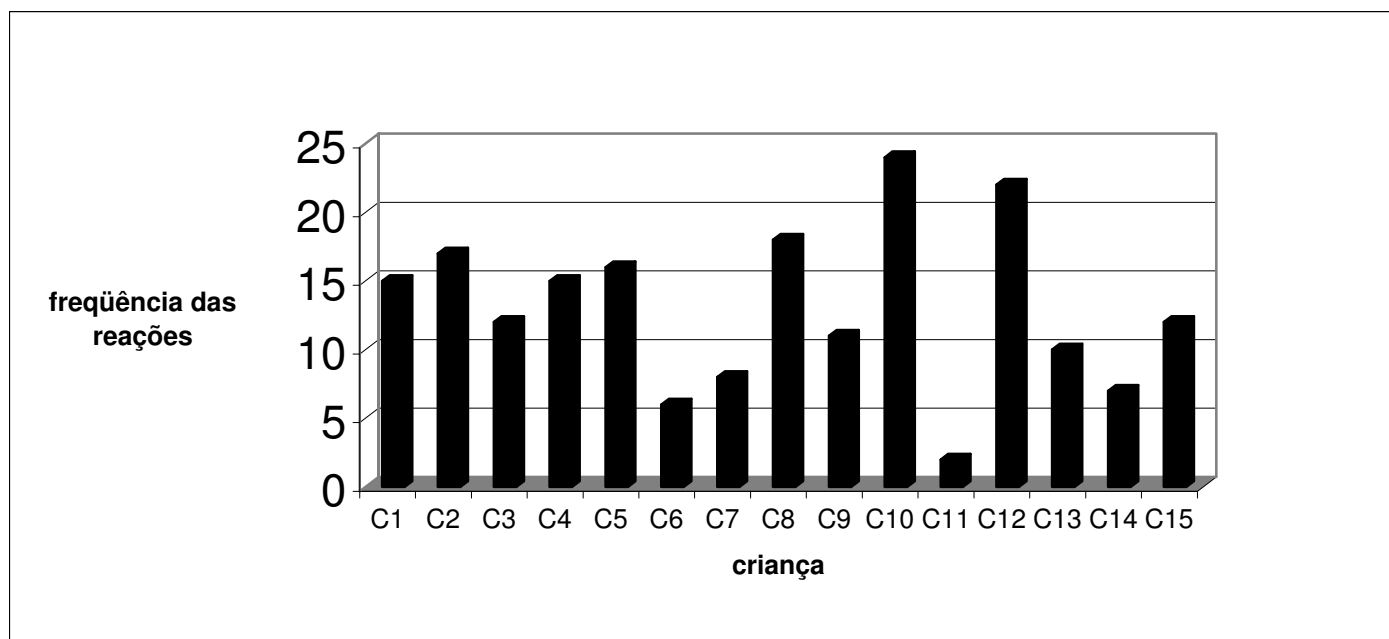
O menor índice (4) de reações físicas (RF) foi apresentado por C7 e C14. C6 apresentou um índice de 5 RF. C1, C5, C8, , C11, C15 apresentaram um índice de 6 RF; C13 apresentou 7; C2 e C3 apresentaram 9; C4 e C9 apresentaram 11; C12 apresentou 12. O maior índice de RF (15) foi apresentado por C10 (Figura 1).



- Figura 1** – Frequência das reações físicas (RF) apresentadas por cada criança na ESI.

A frequência das reações psicológicas (RP) variou de 2 a 24. A frequência de 0 a 14 condiz à fase normal, de 15 a 21 condiz à fase alerta; de 22 a 28 à fase de resistência; de 29 a 36 à fase de stress (Figura 2).

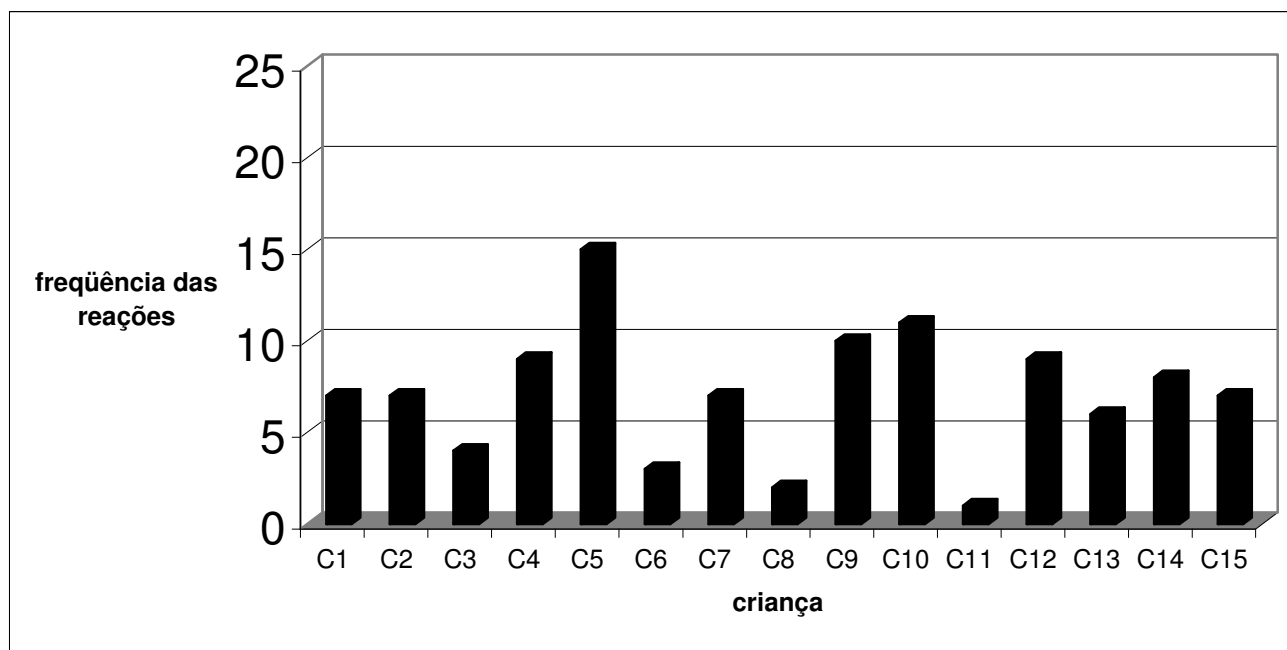
O menor índice (2) de reações psicológicas (RP) foi apresentado por C11. C6 apresentou um índice de 6 RP; C14 apresentou um índice de 7 RP; C7 apresentou 8; C13 apresentou 10; C9 apresentou 11; C3 e C15 apresentaram 12; C1 e C4 apresentaram 15; C5 apresentou 16; C2 apresentou 17; C8 apresentou 18; C12 apresentou 22. O maior índice de RP (24) foi apresentado por C10 (Figura 2).



- **Figura 2** - Frequência das reações psicológicas (RP) apresentadas por cada criança na ESI.

A freqüência das reações psicológicas com componente depressivo (RPCD) variou de 1 a 15. A freqüência de 0 a 8 condiz à fase normal; de 9 a 14 condiz à fase de alerta; de 15 a 20 à fase de resistência; de 21 a 36 à fase de stress (Figura 3).

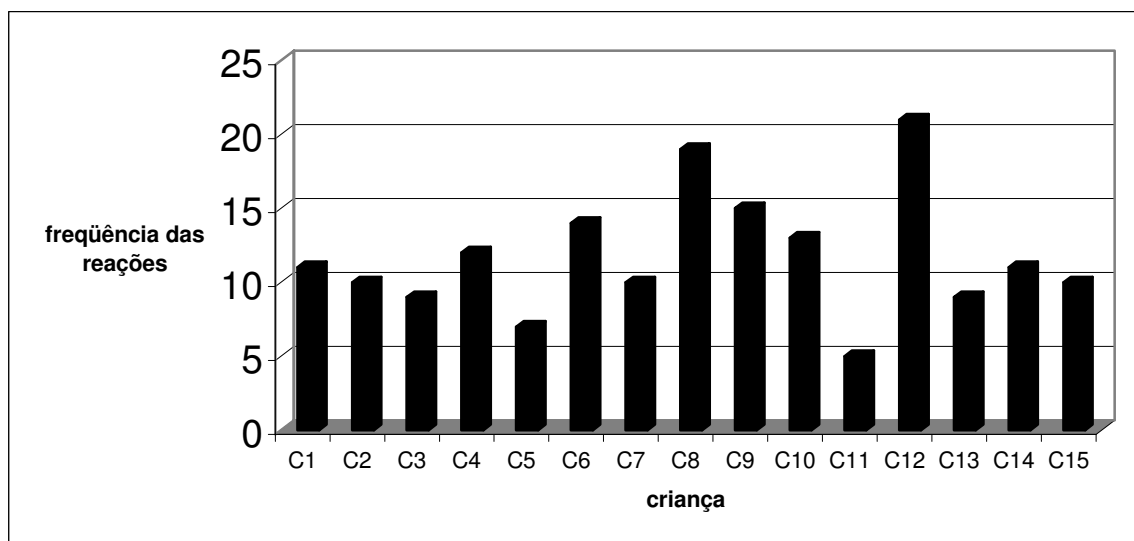
O menor índice (1) de reações psicológicas com componente depressivo (RPCD) foi apresentado por C11. C8 apresentou um índice de 2 RPCD; C6 apresentou 3; C3 apresentou 4; C13 apresentou 6; C1, C2, C7, e C15 apresentaram 7; C14 apresentou 10; C10 apresentou 11. O maior índice de RPCD (15) foi apresentado por C5 (Figura 3).



- **Figura 3** - Freqüência das reações psicológicas com componente depressivo (RPCD) apresentadas por cada criança na ESI.

A freqüência das reações psicofisiológicas (RPF) variou de 5 a 21. A freqüência de 0 a 4 condiz à fase normal; de 5 a 8 condiz à fase de alerta; de 9 a 12 à fase de resistência e de 13 a 35 à fase de stress (Figura 4).

O menor índice (5) de reações psicofisiológicas (RPF) foi apresentado por C11. C5 apresentou um índice de 7 RPF; C3 e C13 apresentou 9; C2, C7 e C15 apresentaram 12; C10 apresentou 13; C6 apresentou 14; C9 apresentou 15 e C8 apresentou 19. O maior índice (21) de RPF foi apresentado por C2 (Figura 4).



• **Figura 4** - Frequência das reações psicofisiológicas (RPF) apresentadas por cada criança na ESI.

Considerando as reações físicas (RF), 73% das crianças apresentou resultado normal e 27% estado de alerta. Nas reações psicológicas (RP) 53% delas apresentou-se em fase normal, 33% em fase de alerta e 14% em fase de resistência. Nas reações psicológicas com componente depressivo (RPCD) 63% apresentou-se em fase normal, 27% em fase de alerta e 6% em fase de resistência. Finalmente, nas reações psicofisiológicas (RPF), 33% das crianças apresentou-se em fase normal, 53% em fase de alerta, 7% em fase de resistência e 7% em fase de stress (Tabela 9).

Os maiores índices de normalidade foram apresentados no item que avaliava as reações físicas (73%) e as reações psicológicas com componente depressivo (67%). Os maiores índices de crianças avaliadas em fase de alerta apresentaram-se nos itens: reações psicofisiológicas (53%) e reações psicológicas (33%).

Tabela 9 – Porcentagem das respostas infantis apresentadas na ESI, para as reações avaliadas (RF – reações físicas), (RP – reações psicológicas), (RPCD – reações psicológicas com componente depressivo) e (RPF - reações psicofisiológicas) denotando as fases de stress.

FASE	REAÇÕES			
	RF	RP	RPCD	RPF
NORMAL	73%	53%	67%	33%
ALERTA	27%	33%	27%	53%
RESISTÊNCIA	0%	14%	6%	7%
STRESS	0%	0%	0%	7%

4 Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (SMHSC)

Foi aplicada, no presente trabalho, a parte do Inventário de auto-avaliação infantil, do Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005). A pesquisadora estabeleceu, para fins avaliativos, que para as crianças serem consideradas socialmente habilidosas, precisariam apresentar índice de 85% ou mais de reações consideradas habilidosas no teste.

De acordo com o critério acima, 60% das crianças apresentaram-se socialmente habilidosas e 40% apresentaram-se não-habilidosas socialmente.

A porcentagem das respostas não-habilidosas ativas apresentou-se zero para todas as crianças avaliadas, exceto para C1, que apresentou 14% destas. A porcentagem das respostas não-habilidosas passivas variou entre 0 e 43%, das habilidosas entre 43 e 100% e das não habilidosas ativas entre 0 e 43% (Tabela 10).

Tabela 10 – Porcentagem das reações (não-habilidosas passivas, habilidosas, e não-habilidosas ativas), revelando o perfil geral dos participantes obtido com a aplicação do SMHSC.

CRIANÇAS	TIPO DE REAÇÃO		
	Habilidosas	Não-Habilidosas Ativas	Não-Habilidosas Passivas
C1	43%	14%	43%
C2	95%	0%	5%
C3	100%	0%	0%
C4	76%	0%	24%
C5	81%	0%	19%
C6	95%	0%	5%
C7	100%	0%	0%
C8	95%	0%	5%
C9	95%	0%	5%
C10	81%	0%	19%
C11	95%	0%	5%
C12	62%	0%	38%
C13	95%	0%	5%
C14	90%	0%	10%
C15	81%	0%	19%

O maior índice de respostas não-habilidosas passivas foi apresentado diante da situação que avaliava a expressão de desagrado (60%) e da situação que avaliava a capacidade de perguntar (33%). O índice de respostas diante das outras situações avaliadas variou entre 7% a 27%.

A passividade na expressão de desagrado pessoal, por exemplo, pode estar relacionada com a necessidade que muitas crianças obesas têm, segundo Lemes (2005) de agradar aos outros, a fim de serem aceitas nos grupos onde convivem, os quais, em geral, têm atitudes de exclusão e preconceito.

O índice de reações não-habilidosas ativas, foi apresentado com empate (7%) diante das situações que avaliavam a habilidade de recusa de pedido do colega, a expressão de desagrado e da habilidade de perguntar (questionar).

A agressividade, por exemplo, para a expressão de desagrado e para a recusa de pedido, pode refletir o desejo e a expressão de vingança dessas crianças diante do *bullying*. As práticas de vingança e as dificuldades de relacionamento, podem ser consequência da não-superação dos traumas sofridos pelas vítimas do *bullying*, conforme explicitam Lopes Neto e Saavedra (2003). A Tabela 11 apresenta a porcentagem das reações infantis, diante das habilidades avaliadas pelos testes do SMHSC, as quais agrupam-se em dezessete categorias.

O índice de respostas habilidosas diante das situações avaliadas variou de 33% a 100%. O menor índice de respostas habilidosas foi apresentada diante a situação que avaliava a habilidade de expressão de desagrado (33%) e o maior índice (100%) deu-se diante das situações que avaliavam as habilidades de: juntar-se a grupo de brincadeira, pedir desculpas, demonstrar espírito esportivo, oferecer ajuda, responder pergunta à professora (Tabela 11).

Caballo (1996) considera, por exemplo, que expressar desagrado, incômodo ou enfado, pedir favores, recusar pedidos, desculpar-se ou admitir ignorância, são respostas componentes das habilidades sociais.

Del Prette e Del Prette (1999) e Caballo (2003) afirmam que indivíduos assertivos expressam seus sentimentos, opiniões, necessidades, interesses e direitos pessoais, com honestidade, responsabilidade e diretividade, sem atitudes de humilhação ou dominação do outro.

Tabela 11 - Porcentagem das reações das crianças em cada categoria de habilidade avaliadas. NHP (não habilidosas passivas), H (habilidosas) e NHA (não habilidosas ativas).

CATEGORIAS	NHP	H	NHA
------------	-----	---	-----

1-Juntar-se a grupo de brincadeira	0%	0%	0%
2- Recusar pedido de colega	0%	93%	7%
3- Expressar desagrado	60%	33%	7%
4- Pedir ajuda ao colega em classe	7%	93%	0%
5- Pedir mudança de comportamento	27%	73%	0%
6- Pedir desculpas	0%	100%	0%
7- Demonstrar espírito esportivo	0%	100%	0%
8- Medir conflitos entre colegas	7%	93%	0%
9- Negociar / convencer	7%	93%	0%
10- Oferecer ajuda	0%	100%	0%
11- Propor nova brincadeira	7%	93%	0%
12- Perguntar (questionar)	33%	60%	7%
13-Responder perguntas à professora	0%	100%	0%
14- Fazer perguntas à professora	27%	73%	0%
15- Aceitar gozações	13%	87%	0%
16- Agradecer um elogio	13%	87%	0%
17- Resistir à pressão do Grupo	20%	80%	0%

Observou-se, no momento da aplicação do teste, que algumas crianças perceberam e verbalizaram que as respostas contidas nos balões contornados em forma de espiral, eram as não-habilidosas ativas (ou seja, não-aceitas socialmente). Isso pode mostrar uma falha metodológica do teste, que pode ter contado para a alta frequência de respostas habilidosas apresentadas nos resultados.

Na ESI, 40% das crianças apresentaram maior nível de stress, e no SMHSC, 40% delas apresentaram menor índice de respostas consideradas habilidosas. 27% das crianças avaliadas, apresentaram pior desempenho nos dois testes, ou seja, maior nível de stress e menor índice de respostas habilidosas.

Das quatro crianças (27%) que apresentaram pior desempenho nos dois testes, duas (50%) revelaram, durante a entrevista inicial, que reagem agressivamente quando são vítimas do *bullying*. Uma criança relatou que fica quieta e uma negou ser vítima do *bullying*.

5 Programa de Atenção a Crianças Com Excesso de Peso (PACEP)

Os resultados do Programa de Atenção a Crianças com Excesso de Peso (PACEP) foram anotados e analisados com base em categorias representativas, a saber: frequência dos participantes às sessões, qualidade de vida, stress, habilidades sociais, *bullying* e auto-estima.

Tais categorias de análise basearam-se nos objetivos propostos para o desenvolvimento do programa.

A média da frequência dos participantes ao PACEP (o qual totalizou dez sessões), foi aproximadamente 86% das sessões no Grupo I e 73% no Grupo II. Houve faltas justificadas e injustificadas (Tabela 12).

Tabela 12– Porcentagem da frequência dos participantes do Grupo I e do Grupo II às sessões do PACEP e apresentação da média da frequência.

SESSÕES	PORCENTAGEM DE FREQUÊNCIA	
	Grupo I	Grupo II
1	100%	62%
2	100%	100%
3	57%	100%
4	100%	75%
5	100%	62%
6	43%	62%
7	86%	86%
8	100%	71%
9	86%	57%
10	86%	57%
Média	86%	73%

No âmbito qualidade de vida, foram abordados aspectos referentes à alimentação e à prática de atividades físicas. Foram trabalhadas dicas importantes para aquisição de hábitos

saudáveis, como: evitar assistir TV na hora das refeições, comer devagar, beber bastante água, consumir mais alimentos do grupo vitaminas e minerais (legumes e frutas), praticar atividade física regularmente, de preferência que seja prazerosa. Parece ter havido aderência de 100 % das crianças aos hábitos abordados durante o Programa, o que foi avaliado pelas tarefas trazidas por elas com a ciência dos pais, pelo depoimento delas nas sessões e pela entrevista final (com os pais e as crianças).

A situação grupal parece ter contribuído à livre expressão das crianças, com relação aos anseios, às frustrações, à auto-imagem negativa, à raiva e a tristeza diante da condição de estar acima do peso e ao que isso implica nos grupos onde convivem.

Segundo Lemes (2005), os trabalhos em grupo têm sido descritos mundialmente com resultados promissores, à medida em que o grupo assume uma característica de busca de identidade e favorece a auto expressão, já que todos os presentes passam pelos mesmos problemas.

Com relação ao stress e às habilidades sociais, observou-se que todas as crianças mostraram dar importância significativa a atos de colegas, autores do *bullying*, os quais costumam colocar apelidos, fazer gozações, enfatizando com chacotas a condição de obesidade. Todas as crianças relataram ao longo das sessões, emoções como ira e tristeza perante à situação abordada, a qual parecia acontecer frequentemente.

Algumas crianças revelaram reagir de maneira também agressiva (física ou verbal) diante do *bullying*, percebendo benefícios apenas temporários, frutos de tais reações, mas não a longo prazo.

Acredita-se, com base nas considerações de Lazarus e Folkman (1986), que as situações corriqueiras, mas persistentes, que as crianças em condição de sobrepeso e obesidade muitas vezes vivenciam, acabam por colaborar para o surgimento da condição de stress (em menor ou maior grau).

De uma maneira geral, os participantes revelaram baixa auto-estima e enfatizam as características físicas típicas da condição de sobrepeso / obesidade, as quais são consideradas feias por eles. Grande parte deles relataram incômodo pelo volume excessivo do abdômen e pernas, por exemplo. A maioria pareceu não gostar de se olhar no espelho, também (em uma técnica trabalhada), demonstrando insatisfação com o corpo.

Campos (1993) comenta que a baixa auto-estima é uma característica psicológica comum de crianças obesas.

Sanches e Escribano (1999) definem o autoconceito como a atitude valorativa que um indivíduo tem sobre si mesmo, sobre a sua própria pessoa. O autoconceito desempenha papel importante para a saúde mental dos indivíduos e para os seus relacionamentos (consigo mesmo e com os demais).

Bandura (1986), Hidalgo e Palácios (1995) consideram que a percepção de si mesmo é construída em função da interação social nos vários ambientes em que o indivíduo vive (família, escola, dentre outros).

De modo geral, os participantes apresentaram-se motivados e empenhados para a realização das atividades propostas nas sessões.

Procurou-se estabelecer, no Programa, metas realistas e possíveis de serem atingidas, visando reforçar a percepção da capacidade pessoal para influenciar a própria vida.

O levantamento inicial do peso e da altura foi feito com as quinze crianças participantes, sendo sete do Grupo I e oito do Grupo II. O segundo levantamento (realizado após quarenta e cinco dias do levantamento inicial) foi feito com treze crianças, visto que houve desistência de uma delas (C1) após a segunda sessão e outra criança (C9) apresentou resistência para ter seu peso e altura registrados; logo não foi possível incluí-la na amostra.

Assim, foi feita a análise das medidas de treze crianças participantes. Ao final do PACEP, das treze crianças (100% da amostra), sete delas (54%) ganharam peso e duas (15%) mantiveram o seu peso.

Apesar de a perda de peso não ter sido uma meta do PACEP, constatou-se, neste segundo levantamento das medidas das crianças, que 31% delas emagreceram, o que parece relacionar-se às mudanças em seus hábitos de vida, no que diz respeito à alimentação e prática de atividades físicas.

Ao todo, oito crianças cresceram. Destas, seis ganharam peso, uma manteve o seu peso e uma perdeu peso. É comum haver o aumento de peso infantil quando há aumento de altura, devido às alterações musculares e ósseas conseqüentes do crescimento.

Cinco crianças mantiveram a sua altura; destas, uma criança ganhou peso e quatro perderam peso. Houve alteração no IMC de oito crianças (61%), tendo aumento do índice para três delas (23%) e diminuição do índice para cinco delas (38%); quanto ao percentil não houve mudança. Houve alteração no diagnóstico nutricional de uma criança (Tabela 13).

Todas as crianças que ganharam peso, também cresceram (exceto C11, que ganhou peso e não cresceu). C15, por exemplo, ganhou um quilo e cem gramas e cresceu três centímetros, em aproximadamente quarenta e cinco dias. No mesmo prazo, C6 ganhou três quilos e cresceu três centímetros também. Das quatro crianças que emagreceram, apenas uma (C8) apresentou aumento de altura.

O ganho de peso variou entre trezentos gramas (300g) a três quilos (3Kg) e a perda de peso variou entre um quilo e cem gramas (1,100g) a onze quilos e cem gramas (11,100g). O aumento na altura variou de um a três centímetros.

Na Tabela 13 estão descritos os dados do primeiro e do segundo levantamento do peso, da altura, do IMC, do percentil e o diagnóstico nutricional dos participantes do PACEP.

Tabela 13: Resultados descritivos e comparações dos dados do levantamento inicial e final do peso, altura, IMC, percentil e diagnóstico nutricional das crianças.

PARTICIPANTES	PESO		ALTURA		ÍNDICE		DN	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
C1	49,5	—	1,46	—	Peso > P97	—	Sobrepeso	—
C2	47,5	47,9	1,43	1,45	Peso > P97	Peso > P97	Sobrepeso	Sobrepeso
C3	64,0	64,8	1,51	1,52	IMC = 28,07	IMC = 28,05	Sobrepeso	Sobrepeso
C4	52,5	52,5	1,44	1,44	IMC = 25,36	IMC = 25,36	Sobrepeso	Sobrepeso
C5	43,0	41,0	1,40	1,40	Peso > P97	Peso > P97	Sobrepeso	Sobrepeso
C6	54,0	57,0	1,38	1,41	IMC = 28,42	IMC = 28,64	Sobrepeso	Sobrepeso
C7	72,0	72,7	1,52	1,53	IMC = 31,17	IMC = 31,07	Obesidade	Obesidade
C8	78,6	67,5	1,60	1,61	IMC = 30,70	IMC = 26,06	Obesidade	Sobrepeso
C9	66,0	—	1,63	—	IMC = 24,81	—	Sobrepeso	—
C10	71,5	69,5	1,56	1,56	IMC = 29,42	IMC = 28,60	Sobrepeso	Sobrepeso
C11	55,7	56,0	1,47	1,47	IMC = 25,79	IMC = 25,92	Sobrepeso	Sobrepeso
C12	40,0	41,0	1,24	1,25	IMC = 25,98	IMC = 26,28	Sobrepeso	Sobrepeso
C13	46,5	46,5	1,37	1,39	Peso > P97	Peso > P97	Sobrepeso	Sobrepeso
C14	69,6	68,5	1,60	1,60	IMC = 27,19	IMC = 26,76	Sobrepeso	Sobrepeso
C15	67,9	69,0	1,48	1,51	Peso > P97	Peso > P97	Sobrepeso	Sobrepeso

De acordo com Valverde e Patin (2005), é improdutivo manter a perda de peso em foco como a meta mais importante em curto prazo, visto que o potencial biológico individual para o emagrecimento não pode ser previsto.

Os autores supracitados enfatizam que quando as crianças estão mantendo peso, elas o estão perdendo e quando perdem peso, estando perdendo mais do que demonstram. Isso se explica pela velocidade do crescimento infantil e às transformações orgânicas envolvidas, relativas, por exemplo, a ossos e músculos.

Valverde e Patin (2005) enfatizam que na infância e na adolescência, mais do que tratar a obesidade, deve-se buscar a incorporação de hábitos alimentares e de estilo de vida saudáveis, de maneira gradual e duradoura. A ansiedade em promover a perda de peso rápida e a utilização de dietas restritivas para este fim, podem gerar sérios efeitos colaterais, tais como: perda de massa corporal magra, retardo no crescimento e atraso no início da puberdade; acionamento de mecanismos compensatórios e respostas adaptativas, que levam a ganho de peso após o término do tratamento.

A constatação da melhora da convivência das crianças com os colegas, pode estar relacionada com a aquisição ou aumento de recursos pessoais / habilidades sociais para lidarem com preconceitos, como o fenômeno *bullying*.

Não houve relato de reações agressivas físicas, diferente do que mostram os dados da entrevista inicial com as crianças, cujo índice era de 7%.

O diálogo foi uma reação que as crianças vítimas do *bullying* relataram apresentar. Este recurso pessoal não fora relatado na entrevista inicial, o que mostra, de certa forma, os resultados obtidos com intervenção grupal, onde se relatou aspectos referentes a habilidades sociais.

Algumas crianças apresentaram, em tarefas propostas ao longo do programa, comportamentos sociais não condizentes com o perfil pessoal expresso nos resultados obtidos na parte de auto-avaliação do SMHSC. C5 por exemplo, teve reação agressiva verbal (“Olha que burro falar isso”) diante da expressão verbal de colegas.

C9 mostrou resistência para opinar, em contexto de grupo, sobre as suas expectativas com relação ao programa e emitia risos, soando significado de zombaria, diante da fala de colegas. Além disso ela afirmou reagir com agressividade física quando apelidada por colegas (“Se mexeu, apanha”). Essas atitudes pareceram, também, contraditórias aos resultados da auto-avaliação do SMHSC, os quais revelaram predominância de reações habilidosas.

Os relatos da cada sessão do PACEP encontram-se nos apêndices (06 a 15), após a descrição dos planos de cada sessão.

6 Entrevista final com os pais

Na segunda entrevista com os pais, realizada após a conclusão do PACEP, foram reavaliadas as mudanças das crianças com relação aos hábitos alimentares, às reações percebidas diante da vitimização do(a) filho(a) pelo *bullying* e avaliadas as opiniões deles sobre o PACEP.

Quanto aos hábitos alimentares, os pais relataram que o(a) filho(a): tem ingerido menor quantidade de doces (67%); tem ingerido menor quantidade de alimentos em geral (53%); tem comido mais frutas (53%), tem se alimentado em horários fixos (33%); tem tomado menos refrigerante (33%); não tem assistido TV enquanto toma as refeições (27%); tem comido mais verduras e legumes (27%); diminuiu o consumo de arroz e feijão (27%); tem ingerido mais saladas (20%); tem consumido menos lanches (20%); tem comido mais devagar (7%); tem comido consumido mais refogados e sucos (7%). Esses dados estão descritos na Tabela 14.

Tabela 14 – Porcentagem da frequência das respostas dos pais quanto aos hábitos alimentares do (a) filho (a), após o PACEP.

Relato dos pais quanto aos hábitos alimentares do (a) filho (a)	Respostas %
Menor consumo de doces	67%
Menor consumo de alimentos em geral	53%
Maior consumo de frutas	53%
Horários fixos para as refeições	33%
Menor consumo de refrigerantes	33%
Maior consumo de verduras	27%
Maior consumo de legumes	27%
Menor consumo de arroz e feijão	27%
Não assiste TV na hora das refeições	27%
Menor consumo de lanches	20%
Maior consumo de saladas	20%
Maior consumo de refogados	7%
Maior consumo de sucos naturais	7%
Tem comido mais devagar	7%

Valverde e Patin (2005) revelam que na prática clínica, tem sido comum as crianças e adolescentes seguirem orientações de revistas ou fornecidos por conhecidos para emagrecerem. Muitas dessas orientações envolvem a omissão de refeições ou refeições

incompletas, o que pode resultar em perda de peso rápida e conseqüente prejuízo no crescimento, por exemplo.

Para evitar tais situações, os autores enfatizam a importância das crianças e adolescentes manterem hábitos alimentares saudáveis, com dietas qualitativamente variadas e nutrientes em quantidades suficientes para o adequado crescimento e desenvolvimento puberal. O presente trabalho parece ter contribuído bastante nesta direção.

A respeito das reações das crianças no papel de vítimas do *bullying*, os pais comentaram que o (a) filho (a): não tem falado sobre o assunto (36%), demonstra estar agindo com mais calma (22%), parece ignorar os insultos (21%), parece estar melhorando a interação com os colegas (7%), chora e tenta agredir o outro fisicamente (7%), age com agressão física (7%). A Tabela 15 apresenta esses dados

Tabela 15 - Porcentagem da frequência de respostas das crianças reconhecidas como vítimas do bullying, segundo informações dos pais, após o PACEP.

RELATO DOS PAIS ACERCA DAS REAÇÕES DO (A) FILHO (A) DIANTE DA VITIMIZAÇÃO PELO BULLYING.		RESPOSTAS (%)
Não fala sobre o assunto		36%
Age com calma		22%
Ignora os insultos		21%
Chora e tenta agressão física		7%
Melhor interação		7%
Reage com agressão física		7%

O índice de reação agressiva das crianças, diante da vitimização pelo *bullying*, apresentou-se menor (7%) segundo o relato dos pais nesta segunda entrevista, em comparação com o índice apresentado na primeira entrevista (20%). Não apareceram relatos, nesta segunda entrevista com os pais, de reações agressivas verbais do(a) filho(a), o que apareceu com índice de 20% na primeira entrevista.

Esses dados, em conjunto com o relato de que as crianças têm agido com mais calma e

têm tido melhor interação social, parecem revelar resultados favoráveis do PACEP, no que diz respeito à aquisição de habilidades sociais de manuseio de situações sociais estressogênicas.

O índice de crianças que, segundo os pais, não falam sobre o assunto, mostrou-se maior, nesta segunda entrevista. Essa afirmação pode relacionar-se à possível atitude das crianças de estarem sendo capazes de resolverem sozinhas (com os próprios recursos pessoais) os problemas interligados ao assunto *bullying*, o que pode ter contribuído para a involução da dimensão da problemática. Contudo, o fato de algumas crianças não falarem sobre o assunto, também pode relacionar-se ao aspecto conflituoso do assunto, colaborador para a difícil expressão verbal infantil.

Fante (2005) aponta sinais indicadores de vitimização de uma criança pelo *bullying*:

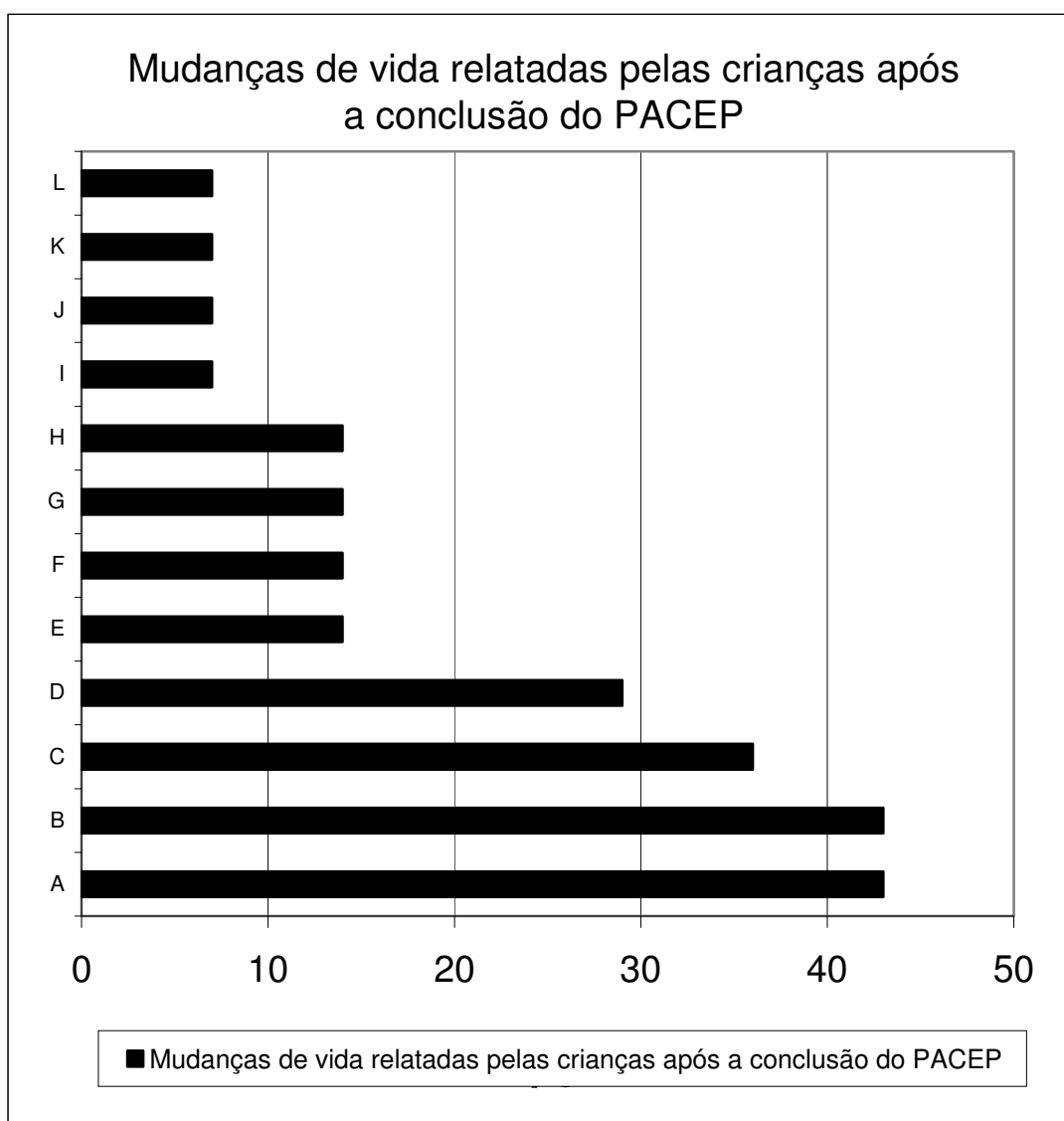
- dores de cabeça, pouco apetite, dor de estômago, tonturas;
- mudanças bruscas de humor;
- regresso da escola com roupas rasgadas, sujas ou material escolar danificado;
- fisionomia triste ou aflita;
- ferimentos;
- desejo de faltar às aulas;
- furtos;
- excesso de gastos.

Na avaliação do PACEP, 33% dos pais avaliou-o como bom, 33% dos pais avaliou-o como muito bom e 34% como ótimo. Tais conceitos seguiram-se de argumentos, como: melhora nos hábitos alimentares infantis, maior capacidade para fazer amizades, incentivo do (a) filho (a) à família para seguir as dicas trabalhadas no Programa, melhora da auto-estima e ganho de novo ânimo para iniciar dieta alimentar

7 Entrevista final com as crianças

Para a análise dos dados da segunda Entrevista (final) feita após a participação das crianças no PACEP, foram utilizadas as seguintes categorias: mudanças de vida após a participação no Programa, convivência com os colegas, existência do *bullying* no contexto escolar, reações diante do *bullying* (na condição de vítimas) e auto-imagem.

Com relação à primeira categoria de análise, mudanças de vida após a participação no programa, houve relato de: a) ingestão de menor quantidade de alimentos em geral (43%); b) aumento do consumo de legumes, frutas e verduras (43%); c) emagrecimento (36%); d) diminuição do consumo de guloseimas (29%); e) maior motivação para atividades físicas (14%); f) aumento do círculo de amizades (14%); g) atitude de ignorar as zombarias dos colegas (14%); h) diminuição da ansiedade (14%); i) maior vontade de brincar (7%); j) aceitação dos limites impostos pelos pais (7%); k) ciência de passos importantes para emagrecer (7%), l) abandono do hábito de se alimentar em frente à TV (7%) (Figura 5).



• **Figura 5** – Mudanças de vida relatadas pelas crianças após a conclusão do PACEP

A - ingestão de menor quantidade de alimentos em geral. **B** - aumento do consumo de legumes, frutas e verduras. **C** - emagrecimento. **D** - diminuição do consumo de guloseima. **E** - maior motivação para atividades físicas. **F** - aumento do círculo de amizades. **G** - atitude de ignorar as zombarias dos colegas. **H** - diminuição da ansiedade. **I** - maior vontade de brincar. **J** - aceitação dos limites impostos pelos pais. **K** - ciência de passos importantes para emagrecer. **L** - abandono do hábito de se alimentar em frente à TV.

Quanto à segunda categoria, convivência com colegas, 100% dos participantes relatou que a convivência com os colegas tem sido melhor, menos conflituosa.

Referente à terceira categoria, existência do *bullying* no contexto escolar, 43% das crianças afirmou a continuidade do fenômeno e 57% negou a existência do problema. Sugere-se que as habilidades sociais adquiridas por várias crianças, para o enfrentamento do *bullying*, podem ter contribuído para a redução da ocorrência do fenômeno no contexto escolar e, conseqüentemente, para convivência social mais harmoniosa.

Quanto às reações infantis diante do *bullying* (quarta categoria), houve relato de xingamento (14%), expressão de indiferença (14%), diálogo expressando o desagrado pessoal (7%); atitude de ora colocar apelidos e ora expressar indiferença (7%). Não houve relato de reações agressivas físicas, diferente do que mostram os dados da entrevista inicial com as crianças, cujo índice foi de 7%.

O diálogo foi uma reação habilidosa que as crianças vítimas do *bullying* relataram apresentar. Este recurso pessoal não foi relatado na entrevista inicial com as crianças, o que revela, de certa forma os resultados favoráveis do PACEP, onde se abordou aspectos referentes às habilidades sociais.

Na avaliação de aspectos relativos à auto-imagem (quinta categoria), os dados revelam que 50% das crianças tem se considerado mais magras, 29% acham-se gordas; 21% têm se considerado bonitas, 7% tem estado motivadas para iniciar dieta alimentar, 7% têm variado o seu conceito entre feia e bonita e 7% acham que não são briguentas.

IV CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade constitui um tema amplo, dado o seu caráter multifatorial referente a causas e conseqüências.

O presente trabalho teve o propósito de conhecer aspectos nutricionais e psicossociais da vida de crianças em condição de sobrepeso e obesidade, bem como de contribuir para a garantia da qualidade de vida das mesmas e para a (re) construção de recursos psicológicos para o enfrentamento das implicações da condição pessoal de estarem acima do peso.

A intervenção grupal (PACEP) buscou, baseada em afirmações como de Valverde e Patin (2005), a incorporação de hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis pelas crianças com excesso de peso. Buscou, também, estimular a criação e o desenvolvimento de recursos pessoais, baseados na teoria e técnicas de habilidades sociais, a fim de auxiliá-las a lidarem com a problemática do *bullying* e favorecer-lhes a melhora do autoconceito e da auto-estima.

Quando se fala em tratamento de pessoas com excesso de peso, é comum pensar em estabelecer como meta básica o emagrecimento. O PACEP não teve, contudo, este objetivo devido à limitação do tempo da pesquisa. Em concordância com autores, como Valverde e Patin (2005), considera-se desaconselhável estabelecer a meta da perda de peso em crianças, em curto prazo, vistos os possíveis prejuízos à saúde das mesmas, relativos, por exemplo, ao retardo no crescimento e no início da puberdade, ao ganho de peso excessivo após o tratamento (possível de ocorrer como resposta compensatória à restrição alimentar). É importante, também, ser considerado o fato de que cada indivíduo tem um potencial biológico próprio para o emagrecimento e que, muitas vezes, a manutenção do peso, pelas crianças, significa, na verdade, perda de peso, segundo Valverde e Patin (2005).

Foi notória, durante o processo de avaliação e intervenção, alta expectativa de quase todos os participantes para o emagrecimento, com diferença de motivação de acordo com o gênero. Ou seja, para as meninas, o principal motivo para a perda de peso mostrou ser, em suma, a estética e, para os meninos, a agilidade física; tais diferenças de gênero reveladas pelas crianças como motivos para a perda de peso identificaram-se com o relato dos pais acerca do assunto, expresso na entrevista inicial.

Segundo Wolf (1992) há aproximadamente setenta anos, na tradição artística masculina do Ocidente, a natural amplitude da mulher era a beleza. Do século XV ao XVIII, ventres

grandes e maduros eram realçados, no século XIX, ombros e rostos rechonchudos eram mais valorizados e até o século XX, as coxas e quadris ondulantes é que tinham o seu realce.

Assim como a obesidade, o excesso de magreza também gera conseqüências negativas. Observa-se que tem sido crescente o número de mulheres que tem desenvolvido quadro de anorexia e bulimia, transtornos graves, que podem levar à morte.

Wolf (1992) comenta que a literatura médica está começando a relatar que bebês e crianças mal nutridos por mães preocupadas com excesso de peso, tem tido problemas no crescimento e adolescência retardada, por exemplo.

Os dados da literatura e a experiência com crianças em condição de sobrepeso e obesidade, mostram que raras vezes as crianças e adolescentes (principalmente do sexo feminino) acabam por restringir drasticamente a sua dieta, visando emagrecer em função das expectativas das pessoas com quem convive, da cultura que idolatra a magreza como símbolo de beleza. Percebe-se que essa decisão, muitas vezes, não é fruto de análise mais detalhada dos motivos disso, dos prós e contras da própria condição. A impressão é que a decisão por emagrecer representa, em muitos casos, a tentativa de encaixe na “normalidade”, ao padrão do grupo e à qualidade de “eficiência” social e símbolo de imagem positiva aos outros.

Apesar da perda de peso não ter sido um dos objetivos do PACEP, foi constatado que 31% das crianças emagreceram e que 15% mantiveram o seu peso, durante o tempo de intervenção. Esses dados parecem revelar a aderência das crianças aos hábitos de vida abordados no PACEP, relativos, por exemplo, à alimentação e à prática de atividades físicas; 54% das crianças aumentaram o peso e cresceram proporcionalmente em tamanho (altura). O aumento do peso das crianças que cresceram, pode estar relacionado às alterações ósseas e musculares conseqüentes do crescimento.

A porcentagem dos relatos infantis afirmando a vitimização pessoal pelo *bullying*, as reações agressivas (não-habilidosas ativas) diante do fenômeno e o sofrimento psicológico advindo dos preconceitos sociais e atitudes de *bullying*, foi expressivamente maior ao longo das sessões do PACEP, comparada ao relato apresentado na entrevista inicial. Os relatos das

crianças durante o PACEP, revelaram que o subconjunto de atitudes agressivas que caracterizam o *bullying*, constitui fator estressogênico a elas.

A expressão pessoal de desagrado, através do diálogo, e a ausência de agressão física das crianças, diante de atitudes de *bullying*, confirmadas durante a entrevista final com elas, mostra a aquisição de habilidades sociais infantis. Provavelmente, a aquisição de habilidades sociais pelas crianças, contribuiu para que o *bullying* deixasse, em alguns casos, de constituir fator estressogênico às mesmas.

No PACEP, os relatos das crianças refletiam um autoconceito negativo mensurado pelo peso e estrutura corpórea fora dos padrões culturais estéticos (segundo elas) e um desejo de “fugir” das contrariedades sociais ocorrentes em forma de zombarias e insultos, por exemplo.

Foi possível observar, ao longo das sessões do PACEP e pelos dados da entrevista final com as crianças, melhora na auto-estima de parte considerável delas, revelada, por exemplo, pela capacidade de “enxergar” algo de especial em si mesmas, de compreender o próprio valor pessoal e de se verem mais bonitas.

Pelos dados apresentados nos resultados, acredita-se que o PACEP tenha atingido os objetivos propostos.

Dada a complexidade do tema obesidade infantil e suas implicações, acredita-se na necessidade de pesquisas mais amplas, que possam, por exemplo, envolver a família e a escola de maneira mais sólida em programas de prevenção e intervenção, levando-se em consideração as influências sociais (familiares e escolares) no estilo de vida da criança, inclusive em seus hábitos alimentares.

Percebe-se, também, a necessidade de atuações multi e/ou interdisciplinares, a longo prazo, com crianças em condição de sobrepeso e obesidade, a fim de elevar a possibilidade de aprofundamento interventivo quanto às questões envolvidas na problemática e realizar reavaliações constantes do trabalho.

V REFERÊNCIAS

- ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência) Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. Disponível em: <<http://www.abrapia.org.br>>. Acesso em 31-10-05.
- AJURIAGUERRA, J. Manual de psiquiatria infantil. 2ª edição. Barcelona: Ioray Masson, 1975.
- ALBERTI, R. E; EMMONS, M.I. Comportamento assertivo: um guia de auto-expressão. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.
- ANDRADE, T. M. Estudo psicológico de crianças e adolescentes obesos. In: FISBERG, M. (org), Obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Fundação BYK, 1995.
- AZEVEDO, M. A S. B. Obesidade na infância: visão psicológica. Anais do 8º ciclo de estudo em Saúde mental (p.280), Ribeirão Preto: Pós-graduação em Saúde Mental, FMRP – USP: São Paulo, 2000.
- BANDURA, A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ; Prentice-Hall, 1986.
- BOWER, S. A; BOWER, G.H. Asserting yourself: a practical guide for positive change. Califórnia: Addison – Wesley Publishing Co. , 1977.
- BOUCHARD, C. ; PÉRUSSE, L. Genetics of obesity. Revist Nutrition V. , 13: p.337-54, 1993.
- BURNHAM, I. ; PHELAN, J. A culpa é da genética. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.
- CABALLO, V. E. Manual de técnica de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos, 1996.
- CABALLO, V. E. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Santos, 2003.
- CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. Pediatria Moderna. V. 29, n. 2, p.129-30, 1993.
- CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: FISBERG, M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu, 2005.
- CAMPOS, A. L. R. ; FISBERG, M. Quociente de inteligência de crianças e adolescentes obesos pela Escala Wechsler. In: FISBERG, M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu, 2005.
- CANNON, W. B. Bodily changes in pain, hunger, fear and reage. Boston: Charles T. Brand, Comp. , 1937.
- CHAN, D. W. Components of assertiveness : their relationships with assertive rights and depressed mood among chinese college students in Hong Kong. Behavior Research and Therapy, V.31, n. 5, p. 529-538, 1992.

- CHANNING, H. ; MAYER, J. Obesity: it's possible effect on college acceptance. New England Journal of Medicine, V. 275, p.1172-4, 1976.
- CINTRA, I. P. ; COSTA, R .F. FISBERG, M. Composição corporal na infância e adolescência. In: FISBERG, M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu, 2005.
- COLL, C. ; PALACIOS, J; MARCHESI, A. Desenvolvimento psicológico e educação. Porto Alegre, RS: Artmed, 1995.
- COUTINHO,W. Consenso Latino Americano de Obesidade. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo, Vol. 43, p. 21-8, 1999.
- CUBERO, R. ; MORENO, M. C. Relações sociais nos anos escolares: família, escola, colegas. In: COLL, C. ; PALACIOS, J. ; MARCHESI, A. Desenvolvimento psicológico e educação. Porto Alegre, R.S: Artmed, 1995.
- CURI, C.O.N.C. Aspectos fisiopatológicos da obesidade. In: TEIXEIRA, L. R. Educação física escolar adaptada: postura, asma, obesidade e diabetes na infância e adolescência. São Paulo: FUSP/EEP, 1993.
- DÂMASO, A R.; TEIXEIRA, L. R. ; CURI, C. M. O. Atividades motoras na obesidade. In: FISBERG, M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu, 2005.
- DAMIANI, D. ; DAMIANI, D. ; OLIVEIRA, R. G. Aspectos genéticos da obesidade. In: FISBERG, M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu, 2005.
- DEL PRETTE, Z. A.; DEL PRETTE, A. Habilidades Sociais: uma área em desenvolvimento. Psicologia: reflexão e crítica, V. 9, n. 2, p. 287-289, 1996 .
- DEL PRETTE, Z. A. P. ; DEL PRETTE, A. Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- DEL PRETTE, Z. A. P. ; DEL PRETTE, A. Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças (manual). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- DEL PRETTE, Z. A. P. ; DEL PRETTE, A. Treinamento de habilidades sociais na escola: o método vivencial e a participação do professor. In: BANDEIRA, M. ; DEL PRETTE, Z. A. P. DEL PRETTE, A. (org). Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal, 2006.
- EVERLY, G. S. A clinical guide to the treatment of human stress response. New York: Plenum Press, 1989.
- FANTE, C. Fenômeno Bullying. Campinas, São Paulo: Versus, 2005.
- FALCONE, E. M. Grupos. In: RANGÉ, B. Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas. Campinas, SP: Editorial Psy, 1995.
- FISBERG, M. A. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu, 2005.

FORNESS, S. R. ; KAVALE, K. A . Treating social skills deficits as learning disabilities: a meta-analyses. Learning disability quarterly, V.19, n.2-13, 1991.

HALPERN, A. ; MANCINI, M. C. Obesidade: como diagnosticar e tratar. Revista Brasileira de Medicina Vol.53: p.77-85, 1996.

HARTER, S. Developmental perspectives on the self-system. In: HETHERINGTON (ed), Socialization, personality and social development, vol IV de Mussen (ed) , Handbook of child development. New York: Weley, 1983.

HARTUP, W. W. Children and their friends. In: Gurk, H. M (ed), Issues in childhood social development. Londres: Methuen, 1978.

HERBERT, T. B. ; COHEN, S. Stress and immunity in human: a meta-anlytic review. Psychosom. Méd. , v. 55, p. 364-379, 1993.

HIDALGO, V. ; PALACIOS, J. Desenvolvimento da personalidade dos 6 aos 12 anos. In: COLL, C. ; PALACIOS, J. ; MARCHESI, A. Desenvolvimento psicológico e educação. Porto Alegre, RS: Artmed, 1995.

HIGLEY, J. D. ; SUOMI, S. J. Effect of reactivity and social competence on individual responses severe stress in children: investigations using nonhuman primates. In: PFEFFER, C. R. (Ed) Severe stress and mental disturbance in children. Washington: American Psychiatric Press, Inc. , 1996.

HOPS, H. Children's social competence and skill: current research practices and future directions. Behavior Therapy, V. 14, p.3-18, 1983.

HUTZ, C. S. ; ANTONIAZZI, A S. O desenvolvimento do desenho da figura humana em crianças de 5 a 15 anos de idade: normas para avaliação. Psicologia: Reflexão e Crítica, V. 8, p. 3-18, 1995.

KAUFMAN, A. Obesidade infanto-juvenil. Pediatria Moderna V. 35, n. 4, p. 218-22, 1999.

KOPPITZ, E. M. Psychological evaluation of children's human figure drawings. Nova Iorque: Grune e Stratton, 1968.

LADD, W. G.; MIZE, J. A cognitive-social learning model of social skill training. Psychological Review, V. 90, 1983.

LANGE, J. L. ; JAKUBOWSKI, P. Responsible assertive behavior. Tllinois: research press co. , 1976.

LAZARUS, R.S. ; FOLKMAN, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martinez – Rocca, 1986.

LEMES, S.O. Acompanhamento emocional da obesidade na infância e adolescência. In: FISBERG, M. Atualização em obesidade na infância e adolescência . São Paulo: Atheneu, 2005.

LERNER, R. M. The development of personal space schemata toward body build. Jounal of Psychology, V. 84, p. 229-35, 1973.

LERNER, R. M. ; KARABENICK, S. A. ; MEISELS, M. Effects of age and sex on the development of personal space schemata toward body build. Journal of genetic psychology, V.127, p. 91-101, 1975.

LIPP, M. E. N. ; ROMANO, A. S. F. O stress infantil. Estudos de Psicologia, V. 4, n. 2, p. 42-54, 1987.

LIPP, M.E.N. Estresse Emocional: a contribuição de estressores internos e externos. Rev.Psiq. Clin. v.28, n.6, p.347-49, 2001.

LIPP, M. E. N. ; LUCARELLI, M. D. M. Manual da Escala de Stress Infantil – ESI, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

LOPES NETO, A; SAAVEDRA, L. H. Diga não para o bullying: programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. Rio de Janeiro: ABRAPIA, 2003.

MADRUGA, J. A G. ; LA CASA, P. Processos cognitivos básicos nos anos escolares. In: COLL, C. ; PALACIOS, J. ; MARCHESI, A. Desenvolvimento psicológico e educação. Porto Alegre, RS: Artmed, 1995.

MARTI, E. Operações concretas. In: COLL, C. ; PALACIOS, J. ; MARCHESI, A. Desenvolvimento psicológico e educação. Porto Alegre, RS: Artmed, 1995.

MATTOS, D.G. ; GAZZOLA. R. A. ; SALGADO; NEME, C. M. B. Estudo de transtornos alimentares em pacientes com obesidade mórbida no período pré-operatório. In: NEME, C. M. B; RODRIGUES. O. M. P. (org). Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares: São Carlos, SP: Rima, 2003.

MATSON, J. L. ; SEVIN, J. A. ; BOX, M. L. Social skills in children. In: DONOHVE, W. O. KRASNER, L. Handbbok of psychological skills training: clinical techniques and applications. New York: Allyn and Bacon, 1995.

NEME, C. M. B. ; SOLIVA, S. N. ; RIBEIRO, E. História prévia de eventos de stresse e câncer de mama, útero e ovários. In: NEME, C. M. B.; RODRIGUES, O. M. P. (org). Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares. São Carlos, SP: Rima, 2003.

NUKURA, R. The psychological process undereying japanese assertive behavior: underelying japanese with americans, malysians and filipinos. International journal of intercultural relationship. V. 23, n.1, p. 47-76, 1999.

OLIVEIRA, R.G.A. Obesidade na infância e adolescência como fator de risco para doenças cardiovasculares do adulto. Simpósio – Obesidade e anemia carencial na adolescência. Salvador, BA, 2000.

OLIVEIRA, C. L. ; CINTRA, I. P. ; VILAR, A. P. ; SOUZA. E. S. ; TONIAZZO, L. C. ; FISBERG, M. Projeto de atividades para o adolescente obeso. In: FISBERG, M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu, 2005.

OLWEUS, D. ; Bully / victim problems among schoolchildren: basic factors and effects of a school-based intervencion program. In: PEPLER, D. ; RUBIN, K. eds. The development and treatment of child hood aggression. Hillsdale, N. J. Erlbaum, 1991.

PADILLA, M. L. ; GONZÁLEZ, M. M. Conhecimento social e desenvolvimento moral nos anos escolares. In: COLL, C. ; PALACIOS, J. ; MARCHESI, A. Desenvolvimento psicológico e educação. Porto Alegre, RS: Artmed, 1995.

SÁNCHEZ, A.V. ; ESCRIBANO, E. A. Medição do autoconceito. Bauru, São Paulo: edusc, 1999.

SAUNDERS, S. A. ; GREEN, V. Evaluating the social competence of young children : a review of the literature. Early Child Development and Care, V. 87, p.39-46, 1993.

SCHUSSEL, E. Y. Obesidade e psiquismo – possibilidades de abordagem. In: FISBERG, M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. Atheneu: São Paulo, 2005.

SELYE, H. Stress in health and disease. Boston: Butterworth, 1976.

SISVAN (Série A: normas e manuais técnicos). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

STUNKARD, A. J. ; WADDEN, T. A. Psychological aspects of severe obesity. American Journal of Clinical Nutrition, V. 55, p. 524-532, 1992.

STUNKARD, A. J. Adoption study of human obesity. N. Engl. J. Med, V.314. p.193-8, 1986.

SWICK, K. J. ; HASSEL, I. Parental efficacy and development of social competence in young children. Journal of instructional psychology, V.17, p. 24-32, 1990.

VALVERDE, M. A. ; PATIN, R. V. Aconselhamento dietético e mudanças de comportamento. In: FISBERG, M. Atualização em obesidade na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu, 2005.

VENTURINI, L. P. Obesidade e família: uma caracterização de famílias de crianças obesas e a percepção dos familiares e das crianças de sua imagem corporal. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2000.

VIUNISKI, N. Prevenindo a obesidade: trabalhando com os fatores de risco. Nutrição em pauta, V.41, p. 31-34, 2000.

VIUNISKI, V. S; VIUNISKI, N. Composto uma equipe multidisciplinar para o tratamento da obesidade infantil, 2005. Disponível em: <<http://www.revistapsicologia.com.br>>, acesso em 10/05/2005.

WARDEN, N. A. S. ; WARDEN, C. H. Biological influences on obesity. Pediatr. Clin. N. Am. , V. 48, p. 879-91, 2001.

WOLF, N. O Mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

WORLD ORGANIZATION - WHO. Physical Status: the use and interpretation of antropometry. WHO Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO, 1995.

ZLOCHEVSKY, E. R. M. Obesidade na infância e adolescência. Revista Paul Pediatría, V. 14, n.3, p.124-33, 1996.

VI APÊNDICES

Apêndice 1

Roteiro de entrevista inicial com os pais

Identificação:

Nome:

Sexo:

Idade:

Data de Nascimento:

Escola:

Série:

Período Escolar:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

Dados Familiares:

1) Nome da Mãe:

2) Profissão:

3) Nome do Pai:

4) Profissão:

5) Pais: casados () separados ()

6) Irmãos: sim () não ()

7) Quantos:

8) Nome do (s) irmão (s):

Saúde:

1) Como é a saúde do seu (ua) filho (a)?

2) Ele (a) já foi submetido a exames de ordem genética ou hormonal para avaliação de possíveis causas da obesidade? Se sim, quais foram os resultados ?

Hábitos Alimentares:

- 1) Como era a alimentação de seu (ua) filho (a) no primeiro ano de vida?
- 2) Ele (a) era um bebê obeso?
- 3) Como é a alimentação de seu (ua) filho (a) atualmente?
- 4) Quais são os alimentos preferidos por ele (a)?
- 5) Há rotina fixa quanto aos horários e local das refeições ? Se sim, quais são estes?
- 6) Quem estabelece os hábitos alimentares em seu lar?
- 7) Vocês costumam comprar alimentos considerados altamente calóricos, como: embutidos, enlatados, carnes gordas, doces, etc...? Se sim, qual é a frequência da compra?
- 8) Como é o acesso da criança a tais alimentos?

Aspectos Escolares:

- 1) Como é o rendimento escolar de seu (ua) filho (a) ?
- 2) O que vocês sabem a respeito do relacionamento de seu (ua) filho (a) com colegas e professores?
- 3) Ele (a) já contou a vocês sobre experiências onde tenham sido vítimas de brincadeiras e chacotas por causa da obesidade? Quais foram os relatos? E quando isso ocorreu?
- 4) Se (ua) filho (a) chegou a lhes falar de que forma reagiu a tal (is) experiência (s)?
- 5) Vocês observaram sofrimento da criança diante dessa (s) experiência (s)? Como revelou?

Aspectos sócio-emocionais:

- 1) Como é o comportamento em geral de seu (ua) filho (a) em casa?
- 2) Ele (a) se mostra ansioso (a) ? Em que momentos você (s) observam isso?

Concepções dos pais sobre a obesidade:

- 1) Vocês consideram que há desvantagens na obesidade ? Se sim , quais?
- 2) Quais são na opinião de você (s), as causas ligadas à obesidade?

Entrevistado (a) (s):

Entrevistador (a):

Data: ____ / ____ / ____

Apêndice 2

Roteiro de entrevista inicial com as crianças

- 1) Quem são os seus colegas na escola?
- 2) Com quais deles você brinca?
- 3) De que vocês brincam?
- 4) De quais colegas você mais gosta? Por quê?
- 5) Há colegas na classe de quem você não gosta? Por quê?
- 6) Na sua classe (ou escola) os colegas fazem brincadeiras ou piadinhas ou gozação uns com os outros? Como isso acontece?
- 7) O que a professora costuma fazer quando isso acontece?
- 8) Alguém da sua classe (ou escola) já fez brincadeiras ou piadinhas com você das quais não gostou? Se sim, quais foram?
- 9) Como se sentiu diante disso?
- 10) Como reagiu com o (s) colega (s) que fez (fizeram) isso?
- 11) Você também já fez brincadeiras, piadinhas ou gozações com outros colegas? Quais e por quê?
- 12) Você observa desvantagens em estar acima do peso? Quais?
- 13) O que leva uma pessoa a ficar acima do peso na sua opinião?

Apêndice 3

Roteiro de entrevista final com os pais

Nome: _____

1) Você observou mudanças nos hábitos alimentares de seu (a) filho (a) nesses últimos meses? Se sim, quais?

2) Como tem sido a alimentação dele (a)?

3) Você observou alguma alteração na maneira de ele (a) reagir diante de zombarias / gozações relativas à obesidade?

4) Como você avalia o trabalho realizado?

Observações:

Data: ____ / ____ / ____

Responsável: _____

Apêndice 4

Roteiro de entrevista final com as crianças

Nome: _____

- 1) Você mudou a sua vida em alguma coisa depois do início do nosso trabalho? Como isso ocorreu?
- 2) Como tem sido sua convivência com os colegas na escola / rua?
- 3) Tem tido gozações / piadinhas por parte deles? Como você tem reagido?
- 4) O que você tem achado de você quando se olha no espelho?

Observações:

Data: ____ / ____ / ____

Responsável: _____

Apêndice 5

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____, responsável pelo (a) menor _____ aceito participar e autorizo a participação da criança na pesquisa sobre obesidade infantil.

A pesquisa incluirá entrevistas com os pais e seus filhos, assim como atividades de avaliação psicológica infantil e programa de intervenção psicossocial e nutricional.

As atividades do programa de intervenção incluirão técnicas que visem hábitos alimentares saudáveis e que estejam de acordo com as necessidades emocionais das crianças, no que diz respeito a habilidades sociais, auto-estima e autocontrole.

O programa será realizado em Centro de Saúde e envolverá dez sessões de aproximadamente sessenta minutos, semanalmente.

A pesquisadora proverá aos participantes assistência psicológica devida, em caso de necessidade.

A desistência da participação na pesquisa poderá ocorrer em qualquer momento, se assim for decidido pelos participantes e/ ou por seus responsáveis.

Não haverá aos participantes e aos seus responsáveis qualquer ônus financeiro vinculado à sua participação.

As informações pessoais serão mantidas em total sigilo, quando da divulgação dos resultados da pesquisa em eventos ou publicações científicas.

Vistos e analisados os princípios gerais da pesquisa em pauta e consentido com todas as normas acima expostas subscrevo-me.

Assinatura do responsável

Pesquisadora responsável: Lucinéia Crepaldi de Mello.

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem.

Unesp – Bauru

Bauru, _____ de _____ de _____.

Apêndice 6

Sessão nº 01

Data: 26/05/06

Objetivos:

Promover o conhecimento e a integração entre os participantes;

Apresentar o programa;

Levantar as expectativas do grupo;

Estabelecer as regras de convivência grupal;

Conteúdo:

Estabelecimento de regras de convivência grupal;

Aspectos gerais da organização do programa (diante das expectativas levantadas).

Estratégias:

Dinâmica: “Quem sou eu?”, como forma de facilitar o conhecimento entre as crianças e a integração social (10’);

Conversa direcionada sobre aspectos da organização do programa e regras de convivência grupal (10’);

Combinados (verbalmente e por escrito) das regras de convivência grupal (25’);

Explicitação do “Sistema de Economia de Fichas” (10’);

Dinâmica “Uma Palavra” (5’).

Materiais:

Cartolina

Pincel Atômico

Avaliação:

A avaliação será feita através da dinâmica : “Uma Palavra”.

Dinâmica: “Quem sou eu?”

Objetivos:

Permitir o conhecimento mútuo e a integração social de maneira lúdica.

Procedimentos:

Formar dois círculos; os participantes um de frente para o outro, devem rodar o círculo, enquanto cantam: “Olá, olá! Como vai, como vai? Eu vou bem, eu vou bem! E você vai bem também?”

Quando a música terminar, as crianças que pararam uma em frente à outra, devem apresentar-se, dizendo o seu nome e uma característica própria (denominada marca registrada). O círculo de dentro vai rodando à direita, até se chegar à mesma dupla inicial; terminando-se, então, a brincadeira.

(Dinâmica criada pela pesquisadora, voltada aos objetivos do PACEP)

Regras importantes de convivência grupal a serem sugeridas

- Chegar na hora marcada pontualmente;
- Evitar faltas;
- Controlar a vontade de falar com os colegas paralelamente quando alguém estiver falando;
- Segurar a vontade de falar “palavrões” e de “bater” nos colegas;
- Esperar a sua vez de falar
- Guardar sigilo do que foi discutido no grupo;
- Evitar gozações do colega que estiver falando ao grupo (“respeito”);
- pedir para sair da sala.

Aplicação do Sistema de Economia de Fichas

A cada participante será concedido um ponto mediante o cumprimento das regras de convivência combinadas em cada sessão; cada ponto valerá uma ficha azul. O total de fichas azuis, então, que cada criança poderá obter ao final do programa será dez, correspondendo a dez pontos.

O cumprimento das tarefas para casa propostas nas sessões, valerão dois pontos cada, os quais corresponderão a uma ficha de cor vermelha. Como serão propostas sete tarefas para casa, o máximo de fichas vermelhas que poderão ser recebidas por cada criança será sete, correspondendo a catorze pontos. As fichas deverão ser anexadas em cartaz visível, à frente do nome de cada criança.

Ao final do programa, serão feitas as premiações, de acordo com o total de pontos obtidos. Os prêmios consistirão em brinquedos e materiais escolares.

Adaptado de:

CABALLO, V. E. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos, 1996.

Dinâmica: “Uma palavra”

Objetivos:

Favorecer o “feedback” do grupo sobre conteúdos abordados.

Procedimentos:

Cada participante é solicitado pelo (a) coordenador(a) do grupo a verbalizar uma palavra que melhor avalie a sessão.

(Dinâmica criada pela pesquisadora, voltada aos objetivos do PACEP)

Relato da Sessão Nº 01

No Grupo I compareceram todas as crianças, no Grupo II compareceram cinco crianças e faltaram três.

A coordenadora expôs os objetivos do PACEP, levando em consideração as expectativas anteriormente relatadas pelos participantes, esclarecendo, contudo, que o Programa não teria a finalidade de promover a perda de peso, dadas as limitações de tempo de intervenção. Quanto às expectativas, os principais relatos foram: esperar emagrecer e melhorar a saúde.

No estabelecimento das regras de convivência todos deram a sua opinião quanto ao que achavam importante para a convivência grupal. Elegeram C2 como representante para escrever as regras combinadas.

C5 (Grupo 1) apresentou-se disperso durante o estabelecimento das regras e às vezes conversava com o colega do lado e ria. C9 mostrou-se resistente a dar a sua opinião no grupo e apresentou conversas paralelas também.

As crianças, em geral, mostraram-se inibidas durante a dinâmica inicial. Todas pareceram ter compreendido os critérios do Sistema de Fichas e das Tarefas de Casa .

As palavras ditas na técnica de avaliação do encontro foram: bom, legal, especial, interessante, gostoso.

Apêndice 07:

Sessão nº 02

Data: 02/06/06

Objetivos:

Informar as crianças sobre questões nutricionais básicas, como os grupos alimentares;

Levantar as preferências alimentares dos participantes;

Identificar o peso e a altura das crianças.

Conteúdo:

Conhecimento das preferências alimentares e hábitos alimentares de cada componente do grupo;

Apresentação dos tipos de alimentos, sua função e valor calórico;

Levantamento do peso e da altura dos participantes.

Estratégias:

Retomada das regras de convivência grupal (5');

Utilização de cartazes ilustrados e alimentos de brinquedo, como forma representativa dos grupos alimentares (25');

Desenho dos alimentos de cada grupo alimentar trabalhado na sessão (15');

Proposta da 1ª tarefa para a semana (10');

Entrega das fichas (5');

Levantamento do peso e da altura dos participantes (após o término da sessão).

Materiais:

Cartolinas

Pincel Atômico

Cartazes ilustrados

Alimentos de plástico (brinquedos)

Folhetinhos impressos com a tarefa proposta

Folhas impressas com os títulos dos tipos de alimentos

Lápis coloridos / canetinhas

Cartazes com as regras de convivência

Avaliação:

Os participantes serão solicitados pela coordenadora para expressarem-se verbalmente, um a um, opinando sobre o que acharam da sessão.

TAREFA 1

Escreva nos quadros alguns alimentos que você consumiu na semana, de acordo com os grupos de alimentos:

CARBOIDRATOS	LIPÍDEOS
PROTEÍNAS	VITAMINAS E MINERAIS

Relato da Sessão Nº 02

Nesta sessão, compareceram todas as crianças tanto do Grupo I quanto do Grupo II.

A nutricionista apresentou-se às crianças. Foram retomadas as regras de convivência grupal, esclarecidos o Sistema de Economia de Fichas e as Tarefas de Casa aos que haviam faltado na sessão anterior.

A nutricionista explicou às crianças sobre os tipos de alimentos, a função dos grupos alimentares, seu valor calórico e algumas questões voltadas à relação alimentação-saúde. Durante a explicação, houve a utilização de alimentos artificiais e cartazes para demonstração, os quais podiam ser tocados e explorados pelas crianças. Todas as crianças interagiram de forma favorável nos grupos e pareceram interessadas pelo assunto trabalhado.

Após as explicações, as crianças foram solicitadas a desenharem alimentos de cada grupo alimentar abordado, conforme o que haviam compreendido. Essa foi uma maneira de avaliá-los quanto ao que fora assimilado. Durante a atividade, as crianças interagiram entre si e ajudaram-se mutuamente, em caso de dúvidas. O Grupo II interagiu menos do que o Grupo I.

Ao final, foi explicada a 1ª tarefa pela nutricionista, a qual consistia em solicitar às crianças que fizessem o registro dos alimentos consumidos durante a semana, classificando-os de acordo com os grupos alimentares abordados. Todos pareceram ter compreendido a tarefa.

Foi feita a pontuação (fichas) de acordo com o seguimento das regras de convivência. A avaliação foi feita pelos grupos e pela psicóloga, conjuntamente.

Todos do Grupo I e II receberam a ficha. Porém o participante C6 (Grupo I) opinou sobre o comportamento inadequado da colega C9 (do mesmo grupo), a qual dispersou e quis manter conversas paralelas no momento em que os colegas estavam falando de assuntos relacionados aos objetivos da sessão. A psicóloga teceu considerações sobre os prejuízos disso ao grupo. Houve acordo entre os participantes em entregar-lhe a ficha, a fim de que a mesma representasse uma chance para a criança melhorar seu comportamento quanto a esse

aspecto.

Não houve tempo hábil para realizar a avaliação da sessão. Foi feito o primeiro levantamento do peso e da altura de cada criança, pela psicóloga e pela nutricionista, após a sessão, para fins comparativos após o término do programa.

Apêndice 08:

Sessão nº: 03

Data: 09/06/06

Objetivos:

Retomar as regras de convivência e os conteúdos da sessão anterior;

Levar as crianças a repensarem e a reorganizarem os seus hábitos alimentares, considerando-se: os tipos de alimentos consumidos, os horários e o local das refeições;

Capacitá-las a assumirem as tarefas propostas na sessão.

Conteúdo:

Retomada das regras de convivência grupal;

Recuperação dos conteúdos da sessão anterior;

Reflexão sobre os hábitos alimentares.

Estratégias:

Interação verbal - a coordenadora deverá dirigir perguntas ao grupo acerca: das regras de convivência grupal, dos conteúdos trabalhados na sessão anterior e da 1ª tarefa proposta para a semana (15');

Dinâmica dos Sinais de Trânsito, abordando hábitos alimentares (20');

Dinâmica da Aulinha, abordando dicas alimentares (10');

Proposta da 2ª tarefa para a semana (5');

Entrega das fichas (5);

Avaliação da sessão (5').

Materiais:

- Cartazes com regras de convivência;
- Fichas (15 vermelhas, 15 amarelas e 15 verdes);
- Fichas (vermelhas e azuis) para a avaliação;
- Figuras com desenhos de alimentos e representativas de hábitos alimentares;
- Alimentos de plásticos (brinquedos);
- Impresso contendo as dicas alimentares.

Avaliação:

Os participantes serão questionados verbalmente pela coordenadora acerca do que acharam da sessão.

Dinâmica dos Sinais de Trânsito:

Objetivos:

- Favorecer a tomada de decisões diante de informações trabalhadas, de forma lúdica;
- Oportunizar a discussão em grupo.

Materiais:

- Fichas em cartolina, nas cores vermelha, amarela e verde;
- Gravuras;
- Multimídia (opcional).

Procedimentos:

Cada criança deverá receber 3 fichas (uma vermelha, uma amarela e uma verde) em mãos, simbolizando, respectivamente; **PÁRE** (para os alimentos e atitudes que, em excesso, contribuem para o ganho de peso e para o surgimento de doenças variadas); **CUIDADO** (para os alimentos / atitudes com os quais se deve ter cautela quanto à frequência de consumo) e **LIVRE** (quando os alimentos e atitudes exibidos são avaliados como importantes à saúde e a manutenção do peso).

Uma das crianças sorteia uma gravura com desenhos representativos de alimentos e atitudes, e os outros levantam uma ficha da cor que melhor avalie os alimentos e atitudes expostos pelo colega, de acordo com o valor nutritivo e quantidade favorável à manutenção do peso.

As escolhas de cada um, representadas pelas cores das fichas, devem ser discutidas no Grupo ao longo da dinâmica.

(Dinâmica criada pela pesquisadora, voltada aos objetivos do PACEP).

Dinâmica da Aulinha

Objetivos

Facilitar ao Grupo a assimilação dos conteúdos abordados.

Materiais:

Impressos com os conteúdos a serem abordados.

Procedimentos

A coordenadora divide os conteúdos a serem trabalhados em itens.

Forma-se um círculo. Uma criança (por escolha aleatória) é solicitada a fazer a leitura do primeiro item e o colega da direita deve tecer explicações sobre o que compreendeu acerca da exposição do colega. O colega que tecerá explicações, deve ser o leitor do próximo item e o seu colega da direita é que fará as considerações sobre o que compreendera. Assim segue-se até o término dos itens a serem abordados.

(Dinâmica criada pela pesquisadora, voltada aos objetivos do PACEP)

TAREFA 2

Durante a semana você deverá cumprir as seguintes tarefas:

- Não assistir televisão enquanto come;
- Comer devagar;
- Beber bastante água.

Pai , mãe ou responsável: a criança cumpriu a tarefa acima proposta?

() Sim

() Não

ASSINATURA

Relato da Sessão Nº 03

Compareceram todas as crianças do Grupo II e faltaram (com justificativa) três crianças do Grupo I. As crianças que compareceram, trouxeram a tarefa proposta para a semana (registro alimentar). A nutricionista recebeu o registro alimentar feito pelas crianças e levou-os, para análise profissional – nutricional.

Após a retomada das regras de convivência e dos conteúdos trabalhados na sessão anterior, foi realizada a Dinâmica dos Sinais de Trânsito, onde as crianças visualizavam figuras representativas de alimentos e atitudes adequadas ou inadequadas na hora das refeições (uma a uma) e diante destas, levantavam uma ficha (**vermelha** → representando o páre! Ou seja, alimentos / atitudes que em excesso são prejudiciais à saúde e favorecem o ganho de peso; **amarela** → representando cuidado! Ou seja, que indicam cautela; **verde** → passagem livre! Ou seja, alimentos / atitudes importantes à saúde e à manutenção do peso).

Através da Dinâmica da Aulinha foram abordadas dicas para uma boa alimentação. Cada criança fora solicitada a ler uma dica e o colega ao lado deveria fazer explicações acerca do que compreendia da leitura.

Realizamos a pontuação através da entrega das fichas. Todos os presentes receberam duas fichas (uma azul, representando o cumprimento das regras de convivência e uma vermelha, representando a realização da tarefa proposta).

A psicóloga e a nutricionista passaram às crianças a 2ª tarefa para a semana, a qual consistia em: evitar assistir TV na hora das refeições, comer devagar e beber bastante água (sem ser no momento das refeições).

Foi observada boa interação entre as crianças na sessão e interesse pelas atividades propostas. Houve melhora significativa dos participantes do Grupo II quanto ao seguimento das regras de convivência. Os participantes do Grupo II apresentaram-se mais desinibidos, no geral, nesta sessão; houve mais participação ativa.

Questionados acerca do que acharam do encontro, todos do Grupo I e II expressaram satisfação.

Apêndice 09:

Sessão nº 04:

Data: 12/06/06

Objetivos:

- Levar as crianças a identificarem e expressarem os próprios sentimentos;
- Promover a integração grupal.

Conteúdo:

- Retomada das regras de convivência grupal e dos conteúdos abordados na sessão anterior;
- Feedback ao grupo da análise nutricional do registro alimentar;
- Identificação e expressão de sentimentos em diferentes contextos.

Estratégias:

- Diálogo sobre: a tarefa trazida, as regras de convivência grupal e os conteúdos da sessão anterior (5’);
- Dinâmica das bexigas, como técnica facilitadora à integração grupal (15’);
- Jogo: “Brincando com as Expressões”, funcionando como instrumento facilitador da identificação e expressão de sentimentos (30’);
- Proposta da 3ª tarefa para a semana (5’);
- Entrega das fichas e avaliação da sessão (5’).

Materiais:

- Cartazes com as regras de convivência;
- Jogo: “Brincando com as Expressões”;

Bexigas;

Papeletas com os nomes dos participantes;

Folhas impressas com frases;

Fichas (vermelhas e azuis).

Avaliação:

A avaliação será feita pela expressão verbal dos integrantes, os quais serão questionados pela coordenadora acerca da opinião pessoal sobre a sessão.

Dinâmica das Bexigas

Objetivos:

Aquecer o grupo e promover a integração social.

Materiais:

Bexigas e papeletas com nomes.

Procedimentos:

Os participantes, espalhados em uma sala ampla, enchem uma bexiga recebida (com uma papeleta dentro onde está escrito o nome de um colega do Grupo) e são orientados a jogarem-na para cima e manterem-na no alto. Em seguida, o coordenador vai retirando os participantes e colocando-os em um canto da sala. Enquanto isso, os outros devem tentar manter as bexigas para cima. Quando tiver um só participante tentando jogar as bexigas, certamente várias já terão caído ao chão.

Encerra-se a brincadeira e reúnem-se as crianças em círculo. Comenta-se sobre a importância da união do grupo para se atingir os objetivos. A partir disso, cada criança deve

estourar uma bexiga, ler o nome do colega escrito na papeleta encontrada dentro da bexiga e falar uma qualidade pessoal que percebe nele (a).

(Dinâmica criada pela pesquisadora, voltada aos objetivos do PACEP)

Jogo: Brincando com as Expressões (Marca: Toyster)

Objetivos:

O objetivo é combinar expressões faciais com sentimentos, para ganhar o direito de mover o peão no tabuleiro e poder completar o percurso saída-chegada em primeiro lugar.

Preparação do jogo:

Destacar as cartas e separá-las por tipo: sentimentos e expressões. Embaralhar cada tipo separadamente e colocar cada pilha no tabuleiro, virada para baixo, no espaço correspondente. Cada jogador escolhe 1 peão (o que sobrar fica fora do jogo). O dado fica no centro do tabuleiro. Cada jogador compra, de forma alternada, 4 cartas de expressões, sem deixar que os demais as vejam.

Como jogar:

Define-se, por qualquer critério, quem é o primeiro a jogar. O Próximo será sempre o da sua esquerda. O primeiro a jogar é chamado da “juiz” – ele deve pegar a primeira carta da pilha sentimento e colocá-la, virada para cima, no espaço, “descartes” correspondentes, que fica no tabuleiro. Em seguida, o juiz fica de costas para o tabuleiro. Todos os demais jogadores devem escolher, entre as 4 cartas que têm nas mãos, aquela cuja expressão, na sua opinião, combine melhor com o sentimento que acabou de ser sorteado. As cartas escolhidas

são colocadas, uma ao lado das outras, próximas do tabuleiro, viradas para cima, de forma que o juiz possa vê-las quando se virar. O juiz não pode saber de quem é cada carta, mas cada jogador precisa saber qual é a sua.

Após um aviso dos jogadores, o juiz volta a ficar de frente ao tabuleiro e escolhe, entre as cartas que estão à mostra, aquela que, na sua opinião, melhor expressa o sentimento em questão. Feita a escolha, todas as cartas de expressão que foram usadas são colocadas no espaço descartes correspondentes que está no tabuleiro.

Então, o juiz lança o dado e move, a partir da casa do tabuleiro que têm um triângulo vermelho e no sentido saída, tantas casas, tantas casas quanto o valor sorteado. Em seguida, lança o dado novamente e movimenta o peão do jogador que teve sua carta expressão escolhida pelo juiz.

Para encerrar a rodada, todos os jogadores, menos o juiz, compraram uma carta expressão da pilha correspondente, para que todos fiquem novamente com 4 cartas nas mãos.

É vez do próximo a jogar, que se torna o novo juiz e repete todo o esquema. O jogo prossegue assim, até que alguém, após dar a volta no tabuleiro, retorne à casa de partida (chegada).

Observações:

- a) no caso de haver 2 cartas com expressão igual (menina e menino com a mesma expressão), se for a mesma expressão escolhida pelo juiz, ambos os jogadores terão o direito de ter peão movido pelo juiz (o valor sorteado vale para os 2 jogadores).
- b) se alguma das pilhas de cartas se esgotar, ela será formada novamente com as cartas que estiverem no espaço descartes correspondentes, que deverão antes ser re-embaladas;
- c) no tabuleiro existem casas especiais, com bolas vermelhas— sempre que um peão terminar o movimento numa delas, ele anda um número extra de casa, igual ao que acabou de andar.

Vencedor:

Será aquele cujo peão chegar primeiro à casa “chegada”. Se, na mesma jogada, mais que um peão chegar ao final, o vencedor será aquele que for mais longe.

Tarefa 3

Nome: _____

Completar as seguintes frases:

Sinto-me alegre quando _____

Sinto-me triste quando _____

Sinto-me irritado quando _____

Tenho medo de _____

Sinto vergonha quando _____

Tenho me sentido _____

Hoje estou _____

Porque _____

Relato da Sessão Nº 04

No Grupo I todos os participantes compareceram e no Grupo II houve duas faltas (injustificadas).

A nutricionista recebeu a tarefa proposta para a semana (dicas alimentares); todos fizeram-na corretamente segundo o registro. Fizemos a recordação dos aspectos abordados na sessão anterior e retomamos as regras de convivência grupal.

Foi realizada a Dinâmica das Bexigas; todos participaram ativamente e aparentaram ter gostado da atividade. Foi explicitado o objetivo da dinâmica; todos estavam atentos (exceto C5, que pareceu não ter compreendido a explicação, estava um pouco alheio ao que fora solicitado na atividade).

Propôs-se a brincadeira com o jogo: “Brincando com as Expressões”, onde cada criança recebia, por sorteio, quatro cartas com diferentes expressões faciais e, uma criança denominada de juiz deveria determinar qual expressão facial (escolhida por cada criança, dentre as suas cartas) que mais correspondia ao sentimento lido em voz alta pela coordenadora (que sorteou uma carta com nome de um sentimento por escrito). A criança cuja carta fora escolhida pelo juiz tinha direito de jogar o dado e andar o número de casas correspondentes, em um tabuleiro. O vencedor era quem chegasse mais adiante (próximo ao ponto de chegada) primeiro.

Todas as crianças seguiram as regras propostas e pareceram interessadas pelo jogo. Conforme as crianças iam colocando as suas cartas, a coordenadora (psicóloga) ia lançando questões, tais como:

- quem já sentiu alegria (ou medo, tristeza, raiva) alguma vez ?
- como foi ?
- quando foi?
- como reagiu diante disso?
- o que o grupo acha da maneira de reagir do colega ?

A maioria das crianças relatou ter, por exemplo, sentido raiva dos irmãos ou dos colegas, em circunstâncias de insultos e apelidos que lhes foram atribuídos. C10 (Grupo II), por exemplo, relatou ter ficado irada quando uma colega xingou-a de gorda; reagiu da mesma forma, xingando-a. C12 (Grupo I) contou que já chamaram-na de baixinha gorda; ela sentiu raiva, porém não se defendeu. C8 (Grupo I) afirmou que quase sempre alguns colegas apelidam-no de “baleia” e diante disso, ele se defende agredindo-os fisicamente.

C9 (Grupo I), C13 e C15 (Grupo II) disseram que contam à mãe sobre seus problemas / sentimentos. C14 (Grupo II) já disse que prefere não contar a ninguém quando se sente triste e com raiva.

A coordenadora conversou com as crianças sobre alguns sentimentos existentes e sobre a importância de conhecê-los, identificá-los em si próprio e expressá-los de alguma maneira a alguém. Abordou-se também, que diante da raiva, por exemplo, a violência (maneira de expressão) acarreta prejuízos recíprocos; há outros modos de expressá-la (por exemplo falando, descrevendo os sentimentos). Terminado o jogo e concluída a conversa, foi proposto um exercício de completar frases, como a 3ª tarefa para a semana representando um instrumento favorecedor do autoconhecimento / identificação de sentimentos próprios.

Realizou-se a pontuação a pontuação com a entrega das fichas. Nesta sessão, houve acordo entre a coordenadora e o Grupo I, para que a ficha azul (relativa ao cumprimento das regras de convivência) não fosse entregue à C5 a qual durante o jogo, proferiu palavras como reação agressiva aos colegas, diante de opiniões alheias. A criança parece ter compreendido a decisão grupal

As crianças avaliaram a sessão com livre expressão verbal. Os principais adjetivos usados pelas crianças para descreverem a sessão foram: especial, ótima, legal, interessante, gostosa.

Apêndice 10:

Sessão Nº 05

Data: 23/06/06

Objetivos:

Propiciar condições aos participantes para a auto-avaliação, referente à imagem corporal e gerar motivação à auto-aceitação;

Oportunizar-lhes a expressão dos sentimentos;

Trabalhar dicas alimentares saudáveis.

Conteúdo:

Auto-avaliação;

Estratégias:

Retomada das regras de convivência grupal (5’);

Dinâmica: “Bola Quente”, abordando as respostas das frases incompletas propostas como tarefa para a semana (15’);

“Dinâmica do Espelho”, abordando o autoconhecimento e a auto-aceitação (25’);

Proposta da 4ª tarefa para a semana (5’);

Entrega das fichas (5’);

Avaliação da sessão (5’).

Materiais:

Bola

Espelho

Fichas (vermelhas e azuis)

Cartazes (regras)

Avaliação:

As crianças deverão expressar verbalmente o que acharam da sessão

Dinâmica Bola Quente

Objetivos

Abordar, de forma lúdica, os conteúdos propostos para a sessão.

Material

Bola

Procedimentos

Sentadas em círculo, as crianças são solicitadas a passarem rapidamente, uma bola ao colega do lado; este passa-a ao outro colega e assim por diante. Enquanto a bola passa de mão em mão, a coordenadora, virada de costas, diz: “bola quente, quente, quente... queimou”, quem estiver segurando a bola, deve responder a uma pergunta da coordenadora, relacionada ao conteúdo que está sendo abordado. Quem respondeu à pergunta sai da brincadeira.

A brincadeira termina quando todos integrantes do grupo já tiver pego a bola quando a coordenadora tiver falado “queimou” e, assim, tiver respondido a uma questão.

(Dinâmica criada pela pesquisadora, voltada aos objetivos do PACEP).

Dinâmica do Espelho

Objetivos:

Propiciar condições para o autoconhecimento e para a auto-aceitação, considerando a existência das diferenças individuais como fator relevante.

Material:

Espelho

Procedimentos:

As crianças, por sorteio, vão uma a uma até o espelho com os olhos vendados. Quando já estiverem de frente para o espelho, devem abrir os olhos e dizer o que estão vendo, o que mais gostam e menos gostam em si.

Se a criança não tiver facilidade em expressar-se, a coordenadora deve dizer o que ela percebe como positivo na criança (física ou psicologicamente). Depois disso, o grupo deve relatar (através de um interlocutor) uma qualidade da criança que está à frente do espelho, segundo a opinião dos colegas.

A coordenadora deve enfatizar que não existe pessoa melhor ou pior, mais bonita ou mais feia, e sim pessoas diferentes.

(Dinâmica criada pela pesquisadora voltada aos objetivos do PACEP)

TAREFA 4

Nome: _____

Não exagerar nos lipídeos!

As frutas que eu comi foram: _____

As verduras (folhas) que comi foram: _____

Os legumes que comi foram: _____

Experimentou alguma verdura e legume diferente? Sim, quais? Não, por quê?

Relato da Sessão nº 05

Todos estavam presentes no Grupo I; no Grupo II faltaram três crianças (sem justificativa).

Foi realizada a Dinâmica da Bola Quente, onde a psicóloga / nutricionista, de costas, falavam “bola quente”, quente, quente... queimou”, quem estivesse com a bola quando se falava “queimou, deveria relatar a sua tarefa da semana (o que respondeu nas frases incompletas). No Grupo I, somente C5 e C9 não trouxeram a tarefa solicitada.

Durante o relato da tarefa, sobre sentimentos, observou-se que todas as crianças sentem-se irritadas e tristes diante de apelidos (como gordo - chato – baleia) que lhes são atribuídos.

Na Dinâmica do Espelho a maioria das crianças relatou que o que mais gosta em si é: do cabelo, das mãos, dos pés e dos olhos; e do que menos gosta em si é ser gordo (a) e ter coxas grossas demais. Os dois grupos foram capazes de indicar qualidades dos colegas que estavam à frente do espelho. Ao final da dinâmica, todos foram solicitados a sentarem-se em

frente ao espelho e a responderem a questões colocadas pela psicóloga, como: - há alguém melhor ou pior no grupo? Por quê?

As crianças, tanto do Grupo I, quanto do Grupo II, chegaram à conclusão de que todos têm o seu valor pessoal, independente das próprias características físicas e / ou psicológicas; todos são diferentes e não piores ou melhores do que os outros. Os participantes do Grupo I fizeram a comparação do grupo com um jardim, ou seja, assim como cada flor tem o seu valor indispensável para formar um jardim, assim também, todos têm valor e a ausência de um participante implicaria no prejuízo do grupo (do PACEP) e de outros ambientes onde vivem (Exemplo: família, escola, bairro, igreja...).

Quando C12 (Grupo I) foi fazer seu relato em frente ao espelho, disse que o que mais a incomoda é ser “baixinha”. O grupo entrevistou; o colega C6 (Grupo I) exemplificou que tem um colega de classe que é super baixinho e miúdo, porém é o que apresenta o melhor desempenho escolar e tem vários amigos, por ser simpático e legal. Completou que altura não determina o valor de uma pessoa.

Passou-se à 4ª tarefa para a semana, a qual consistia em fazer o registro, por escrito, das frutas, legumes e verduras consumidas e experimentar alimentos do grupo vitaminas e minerais (no caso, verduras e legumes) que nunca experimentaram. Feito isso, realizou-se a pontuação com as fichas.

As crianças avaliaram a sessão, através de livre expressão verbal. Os adjetivos utilizados no Grupo I foram: legal, interessante, alegre e no Grupo II os adjetivos foram: divertida, legal, cheia de brincadeiras interessantes, especial.

Apêndice 11:

Sessão Nº 06

Data: 30/06/06

Objetivos:

Levar as crianças a reconhecerem as diferenças pessoais e o fato de serem especiais como seres humanos;

Favorecer a identificação dos aspectos que as tornam pessoas especiais;

Oportunizar a aquisição do hábito de ingerir frutas em substituição a doces, levando-se em consideração o objetivo do PACEP relativo a promover a qualidade de vida;

Estimular as crianças a conhecerem o paladar de frutas ainda não experimentadas.

Estratégias:

Recordação dos conteúdos da sessão e das regras de convivência grupal (10’);

Dinâmica: “A Figura Especial”, como forma de abordar com os indivíduos o que leva cada um a ser especial (25’); (Anexo 2).

Alimentação coletiva, a fim de estimular os participantes a experimentarem frutas e a tomarem por hábito o consumo das mesmas, considerando o seu valor nutricional (15’);

Proposta da 5ª tarefa para a semana (5’);

Avaliação da sessão (5’).

Materiais:

Revistas;

Papel dobradura;

Tesouras;

Cola;

Frutas picadas em vários pratos;

Fichas (vermelhas e azuis);

Cartazes (regras de convivência);

Proposta da tarefa (impressa);

Giz;

Lousa;

Cartolinas (02).

Avaliação:

As crianças serão solicitadas pela coordenadora, a escreverem na lousa (uma a uma) a própria opinião acerca da sessão.

TAREFA 5

Nome: _____

Para o próximo encontro você deverá trazer uma fruta para o Grupo.

A que escolhi foi _____ porque _____

_____.

Relato da Sessão nº 06

Hoje no Grupo I compareceram apenas três crianças, tendo duas justificado a sua falta por questão de doença. No Grupo II compareceram cinco crianças.

Inicialmente, recordou-se as regras de convivência. A partir disso, cada um contou sobre a tarefa realizada durante a semana, a qual envolvia o relato das frutas e legumes consumidos e o que acharam das experiências (se gostaram ou não e por quê).

Foi aplicada a dinâmica: “A Figura Especial”(Anexo 2) onde cada criança recortou e colou uma figura humana que gostara e acrescentou-lhe o que quis (roupas, acessórios, companhias...). A dinâmica foi finalizada com uma discussão sobre as diferenças pessoais; enfatizou-se que o “ser diferente” é o que faz cada um especial; foram pontuadas algumas diferenças pessoais entre os integrantes dos grupos e a importância das mesmas para o enriquecimento na convivência .

As crianças, com exceção de C8 (Grupo II), demonstraram insatisfação com a condição de estar acima do peso. Questionei-os quanto à medida que têm tomado ou pretendem tomar, com a finalidade de mudança dessa condição.

Foi feita a alimentação coletiva, onde a nutricionista e a psicóloga ofereceram algumas frutas, para que as crianças as experimentassem e escolhessem uma para oferecer a um colega do grupo. Estabeleceu-se uma conversa acerca do que sentiram ao experimentá-las (se gostaram ou não e por quê; quais haviam consumido antes; o valor nutritivo e a importância dessas frutas à manutenção da saúde e auxílio na regulação corporal).

Percebeu-se, durante essa refeição coletiva, que as crianças em geral, no início ficaram receosas para experimentarem as frutas, mas depois, comeram e pareceram ter se familiarizado com os sabores; a maioria até repetiu porções.

Foi proposta a 5ª tarefa para a semana a qual consistia em trazer de casa uma fruta, na próxima sessão e justificar a escolha.

Realizou-se a avaliação da sessão, onde cada um escreveu na lousa o que achou do encontro (livremente) e depois, fez-se a pontuação e a entrega das fichas (azuis e vermelhas),

as quais foram recebidas por todos os presentes do Grupo I e por quatro integrantes do Grupo II. Uma das crianças do Grupo II somente recebeu a ficha correspondente ao seguimento das regras de convivência, visto que não comparecera na sessão anterior e assim, não concluíra a tarefa que havia sido proposta para a semana.

Apêndice 12:

Sessão nº 07

Data: 07/07/06

Objetivos:

Desenvolver habilidades sociais relativas ao enfrentamento do fenômeno *bullying* no contexto social (escolar, por exemplo);

Favorecer a expressão dos sentimentos e os recursos para lidar com situações de violência, como o *bullying*;

Gerar motivação ao consumo regular de alimentos saudáveis e pouco calóricos, em substituição aos poucos nutritivos e de alto valor calórico;

Motivar os participantes à prática de atividades físicas, regularmente.

Conteúdo:

Habilidades sociais;

Integração grupal;

Hábitos alimentares saudáveis;

Importância da prática de atividades físicas.

Estratégias:

Retomada das regras de convivência grupal (5') ;

Dramatização (baseada na técnica da Modelação ou “Modeling”, de Bandura), abordando habilidades sociais diante do fenômeno *bullying* (15');

Construção de história em grupo, baseada em experiências de *bullying* vivenciadas, como uma forma de expressar sentimentos e rever maneiras de enfrentamento de situação de violência, como o *bullying* (15');

Refeição coletiva, onde as crianças serão convidadas a experimentarem as frutas trazidas pelo grupo, a fim de serem motivadas ao consumo regular das mesmas (10');

Proposta da 6ª tarefa para a semana (5');

Entrega das fichas (5');

Avaliação da sessão (5').

Materiais:

Folhas de tamanhos e cores variados;

Tesouras;

Cola;

Lápis de cor;

Giz de cera ;

Canetinhas coloridas;

Lápis de escrever;

Borracha;

Caneta;

Frutas (picadas), pratinhos, palitos;

6ª tarefa impressa;

Fichas (vermelhas e azuis);

Cartazes (regras de convivência);

Giz;

Máquina fotográfica.

Avaliação:

Cada criança deverá escrever na lousa algo que aprendeu nesta sessão.

Modelação

A modelação (modeling) é derivada dos estudos de Bandura (1977; 1979) sobre a aprendizagem. Enquanto técnica, a modelação consiste em proporcionar condições para que o cliente / membro do grupo observe alguém desempenhando os comportamentos-alvo (CABALLO, 1976).

Existem as modalidades manifesta e encoberta para a exposição do modelo. Na manifesta, o cliente é exposto diretamente ao modelo em um desempenho social adequado e na encoberta o cliente imagina o modelo. É possível usar a técnica com modelos reais (situação real ou análoga àquela vivida pelo cliente / membro do grupo em seu cotidiano) e com modelos simbólicos (Ex: teatro de bonecos, estória em quadrinhos).

É importante que o terapeuta dirija a atenção do cliente / grupo para componentes separados, específicos da situação, a fim de reduzir a sua complexidade.

A modelação tem a vantagem de ilustrar os componentes não-verbais e paralingüísticos de um determinado comportamento interpessoal.

Exposições mais longas ao modelo produzem resultados mais positivos. Por outro lado, é importante que o cliente / membros do grupo não interpretem o comportamento modelado como correto e sim como uma maneira de enfocar uma situação particular.

CABALLO, V. E. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos, 1996.

Cena 1

Carlota e Jorginho chegam à escola, conversando; cumprimentam a professora (Marineide) e sentam-se. Na hora da aula de Matemática, Jorginho pede o lápis de Carlota emprestado; como ela estava ocupando-o, diz ao colega:

— “Agora não posso emprestá-lo a você, porque estou ocupando-o”.

Jorginho fica irritado com a atitude de Carlota e começa a zombar dela, gritando:

— “Não vai me emprestar, não, sua gorda? Não tem problema, eu pego de outro colega.”

E continuou:

— “Você é uma baleia, olha o tamanho da sua barriga, parece uma baleia orca”.

Carlota, muito irritada e chateada, começa a bater em Jorginho com seu estojo e a xingá-lo de “porco sujo”.

No recreio, conversando com sua colega Fernanda, Carlota diz: “Ai que raiva que eu tenho quando o Jorginho me xinga! “Odeio ele”.

Cena 2

Carlota e Jorginho estão na aula de Educação Física, jogando vôlei com os outros colegas.

Carlota e Jorginho estavam em times adversários. Carlota começou a conquistar vários pontos para o seu time e Jorginho, não aceitando essa situação, começou a gritar:

— “Passe a bola aqui, sua bola de queijo. Acha que porque fez ponto é a melhor?”

Carlota continuou jogando e pareceu nem ter se importado para as zombarias de Jorginho.

Após o término da aula, na hora do recreio, Carlota chama Jorginho, em um canto e lhe diz:

— Jorginho, eu não gostei do que você disse na aula de Educação Física. Sua atitude foi mal educada e agressiva.

E continuou:

— Se você quer ser respeitado, respeite também aos outros. As coisas não se resolvem dessa maneira.

— E saiba que: o problema de estar acima do peso é meu. Se eu decidir por emagrecer, vou fazer isso por mim, pelo meu bem. Cada um deve ser respeitado pelo seu jeito, sendo gordo, magro, rico, pobre, etc. Eu não me considero pior só porque estou gordinha.

Depois desse dia, Carlota começou a brincar com os outros colegas da turma e fingia nem perceber os insultos na escola.

Tarefa 6

Nome: _____

Escreva as atividades físicas que você realizou na semana:

Sexta-feira: _____

Sábado: _____

Domingo: _____

Segunda-feira: _____

Terça-feira: _____

Quarta-feira: _____

Quinta-feira: _____

Relato da Sessão Nº 07

No Grupo I, compareceram seis crianças; houve uma falta justificada. No Grupo II, também compareceram seis crianças; uma das crianças justificou a sua falta e uma declarou a sua desistência da participação no PACEP (C1). A desistência de C1 foi informada por uma das crianças integrantes do Grupo II, a qual estuda na mesma classe. Não foi justificado o motivo da desistência.

Primeiramente, a coordenadora do Programa recebeu a 5ª tarefa proposta para a semana, a qual consistia em trazer uma fruta de casa e justificar a escolha. No Grupo I, trouxeram a tarefa os seguintes participantes: C6, C9, C11 e no Grupo II, os que trouxeram foram: C7, C8, C14 e C15. As frutas trazidas pelas crianças foram: mamão, laranja, maçã, banana e morango. A coordenadora trouxe abacaxi e banana também. Após as frutas terem sido guardadas, foram feitos esclarecimentos às crianças acerca das atividades da sessão.

Feitos os esclarecimentos, deu-se início a apresentação de duas preestabelecidas pela terapeuta, sendo a segunda baseada na Técnica da Modelação. As situações foram encenadas por duas pessoas (um homem e uma mulher), as quais foram solicitadas a realizarem a dramatização durante a sessão. As crianças foram espectadoras da encenação e foram indagadas, após assistirem à mesma com as seguintes questões:

- 1) O que vocês acharam das cenas assistidas?
- 2) Alguém de vocês já passou por situações semelhantes às das cenas? Como foi a experiência?
- 3) O que vocês acharam da atitude de “Jorginho” na cena 1? E na cena 2?
- 4) Como vocês reagiriam diante de tal atitude? Por quê?

Todas as crianças (dos dois grupos) consideraram a atitude de Jorginho agressiva.

Algumas crianças relataram suas experiências em situações semelhantes às cenas. Por exemplo:

Grupo I:

- C4 relatou que não emprestou seu lápis para a colega e esta chamou-a de chata e gorda. Diante disso, ela contou o ocorrido à professora.
- C6 contou que estava usando a caneta de um amigo emprestada, o qual pediu-a de volta. C6 pediu-lhe que o esperasse terminar; diante disso o menino xingou-o de chato. C6 também relatou que há um menino, em sua classe, que só quer bater em todos, sem motivo. Certo dia, brincando de futebol, este colega quis lhe bater; ele reagiu, dizendo: “Você se acha o bom, hein? .”
- C9 falou que quando alguém a provoca, ela bate. – “Se mexeu, apanha!”.

Grupo II:

- C14 relatou que empurrou uma colega que xingou-o de bagunceiro.
- C10 disse que quando alguém implica com seu peso, ela retruca verbalmente, justificando que ela é própria dona de sua vida! E se alguém faz piadinhas, ela também faz.
- C8 afirmou, também, que costuma reagir batendo em quem o provoca, xingando-o de gordo, como já aconteceu muitas vezes em sua classe.
- C13 e C15 mantiveram acordo ao responderem que a atitude de Carlota, na 2ª cena, foi melhor. C15 opinou que as coisas devem se resolver conversando; C13 concordou com C15 e acrescentou que, às vezes, ignorar as provocações dos “outros” é a melhor atitude.
- C15 comentou: “Se discutirmos com quem nos provoca, as pessoas não páram de xingar; elas querem ver nossa irritação”.

A discussão foi fechada, com alguns pontos para a reflexão, os quais resumiram-se em:

- Abordar a importância do reconhecimento do valor próprio, apesar de algumas limitações ou diferenças (estar acima do peso, por exemplo).
- Saber que ninguém é melhor do que o outro e nem pior.
- Importar-se com o que se quer para si mesmo e não com o que os outros querem ou acham melhor (Exemplo: “Se decido por emagrecer, preciso pensar se tal decisão é porque eu quero ou porque o outro quer”).

- Saber que o diálogo favorece a expressão dos sentimentos, sem prejuízos a si mesmo e aos outros. Quando isso não resolve, tentar mudar os círculos de amizades, mostrar indiferença, ou relatar o acontecido a autoridades, diante de situações provocativas, podem constituir-se atitudes adequadas.

Após as discussões, a terapeuta solicitou às crianças que construíssem uma história ilustrada (com começo, meio e fim) em grupo, com uma situação semelhante às das cenas, por alguém deles vivenciada.

Observou-se que o Grupo I apresentou algumas divergências durante a construção da história. C9, por exemplo, retrucou com um colega, ao discordar de sua opinião sobre a capa do livrinho. Observou-se, também, no Grupo I, que C5 não contribuiu com idéias ou tarefas e às vezes zombava das colocações dos colegas. O Grupo II pareceu mais integrado nesta tarefa solicitada.

Após essa atividade, a psicóloga e a nutricionista ofereceram às crianças as frutas trazidas, propondo-lhes que experimentassem-nas e avaliassem as preferências. Encerrou-se a sessão com a entrega das fichas com a explicação da 6ª tarefa para a semana (relativa à prática de atividades físicas). Não houve tempo hábil para a realização da avaliação da sessão.

Apêndice 13

Sessão nº 08

Data: 14/07/06

Objetivos:

- Recordar aspectos referentes a habilidades sociais trabalhados na sessão anterior;
- Abordar maneiras “assertivas” de expressar sentimentos;
- Conversar sobre a importância de cultivar amizades;
- Desenvolver o autocontrole;

Conteúdo:

- Habilidades Sociais;
- Expressão dos sentimentos;
- Importância das amizades;
- Autocontrole.

Estratégias:

Recordação das regras de convivência grupal, recebimento da tarefa da semana e retomada dos conteúdos abordados na sessão anterior (5’);

Dinâmica “As Frases”, visando refletir acerca da assertividade para a expressão dos sentimentos (10’);

Dinâmica “Os amigos, um apoio”, como forma de abordar a importância de cultivar amizades (20’); (Anexo 3).

Técnica de Relaxamento de Jacobson e explicitação dos objetivos da mesma, a fim de desenvolver o autocontrole (15’); (Anexo 4).

Proposta para 4ª tarefa para a semana (5’);

Avaliação da sessão, entrega das fichas e esclarecimentos sobre a premiação, a qual será feita na próxima sessão (15’)

Materiais:

Cartaz (regras de convivência)

Fichas vermelhas e azuis

Durex

Papeletas com frases representativas de formas de expressão de sentimentos

Manual de aplicação da Técnica de Relaxamento de Jacobson

História: “O Leão e o Ratinho”

Papéis impressos com a tarefa proposta para a semana

Giz

Máquina fotográfica

Rádio

CD de músicas de relaxamento

Colchonetes

Avaliação:

Cada criança deverá relatar algo de positivo que aprendeu na sessão e o que achou do encontro de hoje.

FRASES (Dinâmica: “As Frases”)

“Estou me sentindo triste.”

“Choro quando me machuco.”

“Quando alguém me provoca, eu xingo.”

“Quando bato em alguém, mostro a ele que sou forte.”

“Quando sou contrariado, emburro e não falo por que fechei *a cara*.”

“Se um colega me chateou, posso dizer-lhe o quanto eu fiquei magoado com ele.”

“Meus pais podem ser meus amigos.”

Às vezes, um colega me chama de “bola de queijo”. Quando isso acontece eu lhe meto um chute na canela e saio correndo.

“Posso contar a alguns amigos os meus problemas; quando sinto tristeza, raiva, medo.”

“Não devo contar a ninguém quando estou triste com um problema, por exemplo, de nota baixa.”

“Quando estou com algum problema, eu me calo, não converso com ninguém.”

“Quando estou triste converso com alguém.”

Tarefa 7

Papai e mamãe, durante a semana (no mínimo 4 dias), seu (sua) filho (a) deverá:

- Substituir os doces por frutas;
- Reduzir o consumo de carboidratos (como arroz, batata, macarrão) e incluir legumes nas refeições;

Seu (ua) filho (a) conseguiu desempenhar a tarefa ? Sim () Não ()

Por quantos dias ?

Assinatura do pai / mãe / responsável

Relato da Sessão Nº 08

No Grupo I compareceram todas as crianças, exceto C2, que teve sua falta justificada; no Grupo II também houve uma falta justificada (C10).

Recebeu-se a tarefa cumprida pelas crianças durante a semana, relativa à prática de atividades físicas. Todos os presentes mostraram ter concluído a tarefa proposta e fizeram o relato.

Foi realizada, então, a dinâmica “As Frases” onde as crianças leram em voz alta, frases sorteadas descrevendo formas de expressão de sentimentos e emitiram a sua opinião acerca do que estava descrito.

Diante das frases que descreviam a atitude de não relatar os problemas próprios a outras pessoas, a maioria das crianças mostrou-se favorável, justificando, por exemplo: “Às vezes as pessoas riem do nosso problema;” (relato de C6); “O problema é nosso” (relato de C8); “Sinto medo de contar as coisas para os meus pais e eles me baterem” (relato de C14).

Diante das frases que descreviam atitude agressiva (verbal e física) em circunstância de provocações alheias, a maioria das crianças mostrou-se desfavorável, justificando, por exemplo: “É pior xingar, porque daí os outros provocam mais ainda” (relato de C4); “A pessoa pode se sentir triste” (relato de C13).

A dinâmica “As Frases” foi concluída com alguns pontos para reflexão. Discutiu-se a respeito da importância da expressão verbal dos sentimentos / emoções em quem se confie (amigos, familiares, etc), a fim de prevenir o desenvolvimento de sintomas físicos ligados a doenças psicossomáticas e, até para a obtenção de possível ajuda do outro a quem foram feitas confidências importantes.

A discussão também envolveu a reflexão sobre as condutas agressivas e suas consequências prováveis ao agredido e ao agressor. Um dos pontos discutidos foi quanto à conquista dos objetivos do agressor quando o autor revida também com agressividade ou

violência; ao provável aumento desse comportamento do agressor (ou seja / a obtenção do comportamento desadaptado da vítima). Foram propostas, então, atitudes alternativas, como: pensar se o que o outro (agressor) disse é verdade ou não; se for preciso pensar sobre o que ele falou e porquê tentar ignorar as atitudes agressivas (saindo de perto, por exemplo) e buscar novas amizades.

Após a conclusão dessa dinâmica, foi feita a leitura, pela psicóloga, da história: “O leão e o ratinho”, como procedimento da dinâmica: Os amigos, um apoio (Anexo 3), com as devidas adaptações. Foram discutidos, após a leitura, os pontos principais do conteúdo moral da história. As crianças, juntamente com a psicóloga, concluíram a respeito da importância dos amigos (para confidenciar problemas, brincar, pedir ajuda...) e de formas importantes de cultivar amizades, tais como: elogiar o que for elogiável no amigo, oferecer ajuda, descobrir assuntos e atividades que sejam agradáveis a ambos.

Após essa atividade, foi realizada com as crianças, uma Técnica de Relaxamento (Anexo 4). No início, as crianças tiveram dificuldade para relaxar, mas aos poucos foram conseguindo maior nível de relaxamento (exceto C5 do Grupo I e C8 do Grupo II).

Concluída a técnica de relaxamento, esclareceu-se às crianças que a mesma pode ser feita quando se sentirem ansiosas, com certos sinais físicos, como: palpitação, sudorese, mãos frias, ou quando se verem perto de um problema, por exemplo. Esclareceu-se que há momentos em que se a ansiedade não for controlada, pode haver maior consumo de alimentos como forma de resolver problemas. Destacou-se, então, a importância da observação dos próprios sentimentos / emoções diante das refeições.

A nutricionista explicitou a 7ª tarefa a ser cumprida durante a semana, relativa à reeducação de consumo de frutas e legumes.

Foi feita a pontuação com as fichas; todos ganharam a ficha azul (referente às regras de convivência) e a vermelha (referente ao cumprimento da tarefa) e encerrou-se a sessão. Não houve tempo hábil para a avaliação da sessão.

Apêndice 14 :

Sessão nº 09

Data: 17/07/06

Objetivos:

Realizar, com as crianças, o levantamento dos aspectos positivos e negativos dos encontros;

Analisar os progressos obtidos, investigando mudanças de vida, quanto a: hábitos relativos à alimentação, práticas das atividades físicas, pensamentos e atitudes em casa e na escola ;

Propiciar ambiente para confraternização;

Criar iniciativa de preparação do próprio alimento (quando necessário) ou de buscar receitas favoráveis à manutenção da qualidade de vida e que evitem o ganho de peso;

Realizar a premiação dos participantes e a entrega do certificado de participação.

Conteúdo:

Feedback do Grupo e da coordenadora sobre os encontros;

Progressos obtidos;

Preparação de receita;

Confraternização;

Premiação.

Estratégias:

Recebimento da tarefa e discussão sobre o que fizeram (10');)

Dinâmica da Árvore, como técnica facilitadora para a conclusão da discussão acerca

dos resultados dos encontros (15’):

Preparação de uma receita culinária “light” em grupo, visando estimular as crianças a tomarem iniciativa para a preparação do próprio alimento e conhecerem alimentos saborosos e pouco calóricos (15’);

Degustação da receita preparada, em clima de confraternização (10’);

Premiação (de acordo com o número de fichas recebidas ao longo das sessões) e entrega dos certificados de participação (5’).

Materiais:

Cartazes com fichas

Fichas vermelhas e azuis

Tronco de árvore confeccionado em papel

Papel dobradura verde e vermelho

Tesouras

Durex

Canetinhas

Ingredientes e recipientes para a receita

Prêmios

Balança

Caneta

Lista com os nomes das crianças

Máquina fotográfica

Avaliação:

A avaliação se constituirá no “feedback” dos grupos acerca dos encontros realizados; será feita ao longo da sessão (discussão e Dinâmica da Árvore).

Dinâmica da Árvore

Objetivos:

- Favorecer o reconhecimento do próprio valor para o grupo;
- Facilitar o “feedback” sobre aspectos trabalhados em grupo.

Materiais:

- Lousa
- Cartolina
- Lápis preto e colorido
- Fita crepe
- Cola
- Tesouras

Procedimentos:

A coordenadora deve colar na lousa a figura de um tronco de árvore e solicita a cada criança que recorte uma figura, simulando uma fruta ou flor, e escreva nela o que aprendeu nos encontros, de modo sintético.

Depois de recortadas, as figuras devem ser coladas acima do tronco, de modo que formem uma árvore completa. Ao colá-las, cada participante deve verbalizar o que escreveu sobre os encontros.

Conclui-se a Dinâmica com a afirmação de que, assim como a árvore é composta por várias partes, indispensáveis para formar um conjunto chamado árvore, assim também, todos têm a sua importância e o seu valor indispensável no grupo.

Relato da Sessão Nº 09

No Grupo I estavam presentes seis crianças; houve uma falta justificada. No Grupo II, compareceram quatro crianças e faltaram três, duas com justificativa e uma sem justificativa.

De início, a nutricionista recebeu a tarefa da semana (relativa à diminuição do consumo de açúcare e carboidratos); cada um contou o que fez e como fez. Todos os presentes do Grupo I e do Grupo II relataram ter feito a tarefa .

Depois dos relatos da tarefa, a coordenadora questionou as crianças sobre o que perceberam de aspectos positivos e negativos dos encontros, bem como sobre o que aprenderam. Todos, tanto do Grupo I, como do Grupo II falaram de pontos positivos, expressos no que aprenderam; não houve pontuação de aspectos negativos.

Os presentes expressaram-se verbalmente quanto ao que aprenderam nos encontros, tendo sido os pontos categorizados como: dicas alimentares (Ex: ingerir menos carboidratos e açúcares, comer devagar, beber água, não comer vendo TV), socialização (Ex: controlar a vontade de xingar e de bater no outro ao ser provocado, perceber os amigos como importantes), atividades físicas (Ex: maior motivação para os exercícios físicos regularmente).

Conclui-se essa discussão com a Dinâmica da Árvore, onde uma criança, solicitada pela coordenadora, desenhou um tronco na lousa; a partir disso, cada participante desenhou uma parte da árvore dentro do desenho e escreveu um aspecto aprendido no grupo.

Ao final dessa dinâmica, concluiu-se que assim como cada parte desenhada contribuiu para formar uma árvore completa, tendo cada uma delas a sua importância, assim também todos do grupo têm o seu valor e são indispensáveis.

Encerrou-se a discussão, abordando que todos contribuíram para o “crescimento pessoal” uns dos outros; a psicóloga e a nutricionista também descreveram seu “feedback” com relação ao que consideraram dos grupos.

Terminada esta atividade, a coordenador e a nutricionista propuseram aos participantes a preparação de uma receita “light” (selecionada pela nutricionista), a fim de estimulá-los a

tomarem iniciativa para prepararem o próprio alimento, quando necessário, bem como para compreenderem que um alimento pode ser saboroso sem ser excessivamente calórico. Todos ajudaram na preparação da receita e depois saborearam o prato (patê de atum).

Depois da arrumação do lugar, onde foi preparada a receita, foi feita a pontuação por fichas (do dia) e a contagem do total das fichas conquistadas por cada criança, ao longo das sessões. Premiou-se, então, os participantes, de acordo com os pontos. Seguiu-se o seguinte critério:

- 6 a 11 pontos: uma caneta;
- 12 a 15 pontos: uma caneta, um lápis e um adesivo colorido;
- 16 a 19 pontos: um estojo escolar;
- 20 a 22 pontos: um jogo pedagógico.

Foi entregue às crianças, juntamente com o prêmio, um caderninho de receitas “light”, elaborado pela nutricionista e o certificado de participação do Programa.

Esclarecemos às crianças sobre o próximo encontro, a ser realizado com os pais e filhos juntos, onde participarão outros profissionais da saúde também.

Apêndice 15:

Sessão nº 10

Data: 27/07/06

Objetivos:

Conversar com os pais sobre o que fora abordado no PACEP (apanhado geral);

Inserir a temática da obesidade infantil com relação a aspectos psicossociais, nutricionais e físicos;

Fazer o registro do peso e da altura das crianças.

Conteúdo:

Aspectos gerais abordados no PACEP;

Obesidade Infantil: aspectos psicossociais, nutricionais e físicos.

Estratégias:

Palestra abordando:

- pontos trabalhados no PACEP (15’);
- aspectos psicossociais da obesidade infantil (20’);
- aspectos físicos da obesidade infantil (20’);
- entrega dos certificados aos pais e agendamentos (15’);
- levantamento do peso e da altura das crianças participantes (20’).

Materiais:

Material impresso (para os palestrantes).

Avaliação:

Será observado, no grupo de pais / crianças, o nível de atenção ao que foi exposto e a participação (com dúvidas, perguntas, colocações).

Relato da Sessão Nº 10

Esta foi a última sessão do PACEP, o qual foi finalizado com a realização de uma palestra voltada aos pais e às crianças que participaram das sessões. Os participantes foram reunidos em um só grupo nesta sessão. Ao todo, compareceram vinte pessoas, sendo dez pais com seus respectivos filhos.

A primeira parte da palestra foi ministrada pela psicóloga (criadora e coordenadora do PACEP), a qual abordou, resumidamente, as seguintes temáticas:

- agradecimento aos pais;
- aspectos trabalhados e resultados observados;
- conceito de obesidade infantil;
- enfermidades relacionadas à obesidade;
- índice de obesidade no Brasil;
- aspectos psicológicos da obesidade;
- habilidades sociais relacionadas ao *bullying*;
- stress relacionado à obesidade;
- importância do diálogo pais-filhos.

A segunda parte da palestra foi ministrada pela nutricionista, que participara de todas as sessões. Ela abordou, resumidamente:

- prejuízos da obesidade à saúde;
- o perigo dos “fast food”;
- dicas alimentares (quanto à preparação das refeições, maneiras de servi-las e ambiente adequado; seleção na compra de alimentos; dieta balanceada).

A terceira e última parte ficou sob responsabilidade de um profissional de Educação Física, o qual conversou com os participantes sobre:

- a importância da atividade física à saúde humana;
- opções de atividades físicas no dia a dia;
- brincadeiras que envolvem atividades físicas;
- importância da atividade física como hábito;
- rotina para hábitos básicos;
- atividade física – dieta alimentar – saúde mental, como fatores necessários ao emagrecimento;
- responsabilidade da família para a motivação dos filhos à prática de exercícios físicos.

Após o término da palestra, os pais receberam da coordenadora do PACEP um certificado de participação da palestra e as crianças passaram pelo segundo levantamento do peso e da altura, realizado pela nutricionista com o auxílio da coordenadora.

VII ANEXOS

Anexo 1

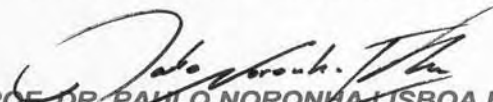


UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Bauru



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 37ª Reunião Ordinária realizada no dia 19 de dezembro de 2007, no Prédio do STI da Faculdade de Ciências da UNESP, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto "Avaliação e intervenção psicossocial com crianças em condição sobrepeso e obesidade", Processo nº 1696/46/01/07, sob responsabilidade do Professor Doutor Sandro Caramaschi.

Bauru (SP), 19 de dezembro de 2007


PROF. DR. PAULO NORONHA LISBOA FILHO
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Engº Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 - Vargem Limpa - Bauru-SP - CEP: 17.033-390
Fone: (14) 3103-6187 - email: celari@fc.unesp.br

Anexo 2

Dinâmica: “A Figura Especial”

Objetivos:

Abordar as diferenças pessoais como aspecto que torna as pessoas especiais;

Identificar o que os torna especiais.

Materiais:

Revistas

Colas

Tesouras

Cartolinas (02)

Papel dobradura

Canetinhas coloridas

Lápis de cor

Procedimentos:

Com as crianças colocadas em círculo, o educador explica o jogo nos seguintes termos: “Agora vamos fazer um jogo para aprendermos o quanto somos especiais como pessoas. Para começar vamos recortar uma figura de um menino ou menina (aproximadamente durante 15 minutos). Depois, vamos acrescentar características distintas (face, roupas, acessórios...) que vamos achar nas revistas (aproximadamente por 15 minutos). Vamos construindo diferentes figuras para depois podermos observá-las.”

Na medida em que vão terminando, elas vão sendo expostas em um lugar à vista de todos. Uma vez terminada a exposição das figuras, dá-se um tempo para que as crianças

observem os trabalhos das demais. Elas devem observar que todos os trabalhos são diferentes entre si.

A conversa pode ser iniciada nos seguintes termos:

- Existem duas figuras exatamente iguais?
- Por que são diferentes?

Em seguida, deve-se explicar que todos somos diferentes. As crianças devem compreender que cada qual possui características diferenciadoras, o que os tornam especiais.

Para concluir, o educador poderá fazer perguntas do tipo:

- Quem pode dizer o que significa ser especial? (o educador vai escutando as respostas até encontrar uma satisfatória).
- Em que somos especiais? (características físicas, lugar onde moramos, personalidade, emoções, tradições, passatempos...).

Referência:

SÁNCHEZ, A. V. ; ESCRIBANO, E. A. Medição do autoconceito. Bauru, SP: EDUSC, 1999.

Anexo 3

Dinâmica: “Os Amigos, um apoio”

Objetivos:

- Explicar os modos como se pode compartilhar seus sentimentos.
- Explicar a importância da amizade.

A amizade é importante. Ela deve ser limitada porque, quando nos sentimos mal, nossos amigos podem nos ajudar.

As crianças se sentam confortavelmente em círculo enquanto o psicólogo explica a atividade: “Vou ler para vocês um conto muito bonito; prestem atenção no que vou dizer.”

Pode-se escolher uma fábula adequada, como a do Leão e o Ratinho, ou qualquer outro do mesmo tema. É importante que o leitor anime a leitura da fábula.

Era uma vez um ratinho que estava preso nas garras do leão. O ratinho não estava assim preso porque havia tentado roubar a comida do leão, mas porque estava atrapalhando o sono do leão com suas brincadeiras e, como o leão ficou irritado porque não conseguiu dormir, ele prendeu o ratinho”.

O ratinho, ao ver-se preso, pediu desculpas ao leão por tê-lo importunado e este, comovido, o perdoou.

Depois de algum tempo, estando o leão caçando, caiu em uma armadilha; uma grande rede havia sido posta em meio às folhagens. Queria sair, mas a rede o impedia, e então começou a rugir ferozmente, pedindo auxílio. O ratinho, ao ouvir seus rugidos, não pensou duas vezes. Foi até o lugar onde o leão estava preso e começou a roer a rede, libertando o leão.

O educador deve ensinar às crianças o significado da palavra “amizade”,

“companheirismo”, “ajuda”.

O educador comenta como se expressar os sentimentos no conto e faz as seguintes perguntas:

- Se fizermos algo de errado com nossos amigos ou família vamos até lá e pedimos desculpas ou, ao contrário, não nos importamos?
- Você acha que pedir perdão é uma forma de expressar a amizade e o carinho que sentimos?

Para concluir, o educador pode pedir às crianças que contem as vezes em que ajudaram os outros e foram ajudados.

Referência:

SÁNCHEZ, A. V. ; ESCRIBANO, E. A. Medição do autoconceito. Bauru. SP: EDUSC, 1999.

Anexo 4

Técnica de Relaxamento de Jacobson

1) De início procure ficar o mais confortável possível. Deite-se confortavelmente, procurando livrar seu corpo de toda tensão, deixando-o mole.

2) Agora respire fundo, aspirando profundamente, retendo o ar por cinco segundos. Expire, exalando o ar suavemente e sentindo uma sensação de calma começando a se expandir. Então continue a respirar suavemente, apenas concentrando-se em sentir o peso de seu corpo, por toda a parte.

3) Estude o peso de seu próprio corpo. Isso deverá trazer uma sensação de calma e tranquilidade por toda a parte (pausa de 10 segundos).

4) Contraia suavemente os seus braços (punhos, antebraços e braços). Imagine que você está segurando algo pesado com seus dois braços estendidos. Sinta a tensão em cada parte deles. Solte-os. Solte tudo em cada braço. Sinta a diferença entre o momento anterior quando estavam contraídos e agora que estão soltos e relaxados. Repita três vezes, variando o grau de tensão cada vez. Procure localizar onde você sente tensão quando estão contraídos e solte os músculos de modo a ficarem bem soltos e relaxados nos locais em que você sente a tensão. Depois apenas deixe-os soltos, procurando sentir o peso de cada braço e tentando aumentar cada vez mais a sensação de peso, que será maior quanto mais você soltar seus músculos do braço e eles ficarem moles. Repita para si mesmo dez vezes: “estou sentindo meus braços cada vez mais pesados, pesados; estou sentindo meus braços cada vez mais soltos, relaxados e pesados.” E vá sentindo o relaxamento deles aumentar. Deixe-os bem soltos e relaxados, pesados... pesados... (Não os movimente mais).

5) Faça o mesmo com suas pernas. Contraia suas coxas, sentindo-as ficarem duras na parte superior. Contraia a batata das pernas, trazendo as pontas dos pés para trás, na direção das coxas. Sinta toda a tensão de suas pernas. Localize onde sente a tensão e perceba como

suas pernas ficam quando estão tensas e duras. Agora relaxe! Solte todos os músculos das pernas. Compare a diferença entre este momento e o anterior. Veja como é agradável ter as pernas soltas e relaxadas. Abra os pés o máximo possível para fora e sinta os músculos internos das coxas. Solte-os e sinta as pernas totalmente soltas, pesadas, com os pés caídos para os lados. Repita as contrações e relaxamentos, com tensões variáveis, até finalmente, soltar tudo e deixar as pernas bem pesadas. Procure aumentar a sensação de peso soltando cada vez mais. Repita para você mesmo 10 vezes: “estou sentindo minhas pernas cada vez mais pesadas; estou sentindo minhas pernas cada vez mais soltas, relaxadas... pesadas...pesadas...”

(Não as movimente mais).

6) Levante os ombros, como se tentasse encostá-los nas orelhas. Sinta a tensão que se produz e onde ela se localiza. Solte-os. Compare a diferença. Movimente os para trás, abrindo o peito. Sinta a tensão e perceba onde ela se localiza. Faça o mesmo para frente. Solte os ombros completamente e deixe-os ficarem bem pesados e confortáveis.

7) Movimente sua cabeça para o lado direito e sinta a tensão que se produz e onde se localiza. Faça o mesmo para o lado esquerdo. Depois faça para trás. Depois levante-a um pouco e sinta a tensão e onde se produz. Solte a cabeça e o pescoço, deixando-a cair pesadamente sobre o travesseiro.

8) Contraia o abdômen deixando-o bem duro. Sinta como fica e solte-o. Perceba a diferença entre os dois momentos. Encolha a barriga para o fundo, como se tentasse encostá-la nas costas. Sinta a tensão, como ela é e onde se localiza. Solte e relaxe totalmente a barriga. Deixe-a movimentar-se apenas pela respiração suave e superficial. Solte os músculos do tórax, deixando os ombros caírem pesados. Concentre-se na sua respiração e deixe-a ficar bem suave, calma e tranqüila. Repita para si mesmo 10 vezes: “estou sentindo minha respiração cada vez mais calma e tranqüila; estou sentindo meu corpo cada vez mais calmo e tranqüilo, pesado... pesado...”

9) Contraia sua testa como se você quisesse olhar para cima da sua cabeça sem movimentá-la. Ela vai ficar toda enrugada, como quando a gente fica espantado. Perceba onde se localiza a tensão. Solte a sua testa e couro cabeludo e perceba a diferença entre os dois momentos. Franza o cenho, encostando uma sobrancelha na outra. Sinta onde localiza esta tensão. Solte e relaxe a sua testa, completamente. Deixe-a ficar solta e relaxada.

10) Feche seus olhos e contraia suas pálpebras com força. Sinta a tensão que se produz e onde ela se localiza. Solte. Deixe-as apenas caírem sobre os olhos. Movimente agora os seus olhos, sem abri-los, para a direita e para esquerda, para cima e para baixo. Sinta a tensão que se produz. Agora deixe-os soltos. Perceba a diferença entre a tensão e o relaxamento nos olhos e pálpebras e deixe ambos ficarem bem relaxados. Deixe suas pálpebras ficarem bem pesadas, pesadas, caindo pesadamente sobre os olhos e estes soltos, bem soltos.

11) Contraia seus lábios, língua e boca. Sinta a tensão que se produz na parte debaixo de sua face. Solte tudo. Deixe seu queixo cair e a boca ficar entreaberta. Sinta como sua face está cada vez mais relaxada: sua testa está solta, seus olhos e pálpebras estão pesados, seus lábios estão soltos, sua boca está entreaberta e pesada pois seu queixo está caído.

12) Continue a respirar suavemente. Repare como sua respiração está calma e tranqüila, sua face está solta e relaxada, seu corpo está pesado... pesado. Repita para você mesmo 10 vezes: “estou sentindo meu corpo cada vez mais relaxado, calmo e tranqüilo, pesado...pesado.”

13) Sinta o seu corpo todo relaxado e pesado. Sinta como é agradável ter o corpo todo relaxado. Repita para você mesmo 10 vezes: “estou sentindo meu corpo cada vez mais relaxado... calmo... tranqüilo....pesado...pesado...calmo...tranqüilo...pesado...pesado...”

14) Imagine uma situação muito relaxante, calma tranqüila: pode ser você deitado em uma praia deserta, na sombra, com uma pequena brisa roçando seu corpo; ou numa relva no campo; enfim, aquela situação em que você ficaria o mais relaxado possível, calmo...tranqüilo...pesado...pesado... Observe como o seu corpo está verdadeiramente muito

pesado. Sinta a resistência da cama ou sofá onde você está deitado. Deixe-se ficar por um minuto, sentindo o gozo de estar totalmente relaxado.

15) Quando tiver cansado de estar relaxado, aos poucos, comece a movimentar suavemente os dedos das mãos, dos pés, os braços e pernas, depois abra os olhos e comece a se espreguiçar bem devagar, até finalmente se levantar.