

**BIANCA GASTALDON**  
**JERUSA CELI MARTINS**  
**KELI VANESSA POLTRONIÉRI**

**OBESIDADE INFANTIL: UM PROBLEMA DO PRESENTE COM  
OLHARES PARA O FUTURO - PROMOVENDO O SER E A FAMÍLIA  
SAUDÁVEL NO QUOTIDIANO JUNTO À ENFERMAGEM**

Florianópolis  
2007

**BIANCA GASTALDON**  
**JERUSA CELI MARTINS**  
**KELI VANESSA POLTRONIÉRI**

**OBESIDADE INFANTIL: UM PROBLEMA DO PRESENTE COM  
OLHARES PARA O FUTURO - PROMOVENDO O SER E A FAMÍLIA  
SAUDÁVEL NO QUOTIDIANO JUNTO À ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina INT 5134, da 8ª U.C. do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosane Gonçalves Nitschke.  
**Co orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Izabel Jatobá de Souza.  
**Supervisores:** Alessandra Mafra;  
Marcelo Stuart Barreto.  
**Membro da Banca:** Msc. Laura Cristina da Silva.  
**Membro Extra da Banca:** Msc. Andréia Giaretta.

Florianópolis  
2007

NOMES DOS ALUNOS : BIANCA GASTALDON

JERUSA CELI MARTINS

KELI VANESSA POLTRONIÉRI

TÍTULO DO TRABALHO:

**OBESIDADE INFANTIL: UM PROBLEMA DO PRESENTE COM OLHARES PARA O FUTURO - PROMOVENDO O SER E A FAMÍLIA SAUDÁVEL NO QUOTIDIANO JUNTO À ENFERMAGEM**

Este Trabalho de Conclusão da disciplina **Enfermagem Assistencial Aplicada**, desenvolvida na 8ªUC do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade federal de Santa Catarina, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

**Banca Examinadora**

**Orientadora:** Prof.ª Dr.ª Enfa. Rosane Gonçalves Nitschke.

**Co-orientadora:** Prof.ª Dr.ª Enfa. Ana Izabel Jatobá de Souza.

**Supervisores:** Enfa. Alessandra Mafra

Enfo Marcelo Stuart Barreto.

**Membro da Banca:** Msc. Enfa. Laura Cristina da Silva.

**Membro Extra da Banca:** Msc. Nut. Andréia Giaretta.

Florianópolis, 12 de julho 2007.

## AGRADECIMENTOS

*À Deus, pelo dom da vida, pela saúde, pelo amor, por nos presentear com o dom do cuidar...por sempre caminhar junto à nós....nos fortalecendo nos momentos difíceis e nos acompanhando nos felizes...*

*Às nossas famílias, pelo amor, carinho e abraços aconchegantes... Pelas palavras de incentivo e conforto... por tornarem possível transformar o nosso sonho em realidade!!!*

*Ao Bruno, Dennys e Jaison, por compreenderem a nossa ausência quando a vontade era estar junto... por ouvir nossos medos, angústias e anseios, por aceitarem os nossos “nãos” ... “hoje não tenho tempo... não posso... tô ocupada agora... não vou poder ir...”. Pelos abraços, sorrisos e palavras de conforto. Enfim... Obrigada pela GRANDE paciência!!!*

*Às famílias do NEI, que permitiram que a lona do circo fosse armada e que o espetáculo acontecesse com sucesso e muita alegria....*

*Às crianças do NEI, por nos permitiram voltar a ser crianças através do imaginário, pelos sorrisos, abraços e ricos aprendizados...*

*À Teka, pelo acolhimento, carinho, atenção e companheirismo durante toda a caminhada... Levaremos conosco seus ensinamentos de vida....*

*À nossa professora, orientadora e amiga, Dr<sup>a</sup> Rosane G. Nitschke, pelo acolhimento, estímulos constantes, apoio, confiança e questionamentos provocativos que sempre nos estimularam a ir além....*

*À professora Dr<sup>a</sup>Ana Izabel, nossa co-orientadora, pelo compromisso de se disponibilizar a nos ajudar frente a mudanças no roteiro do espetáculo....*

*Aos nossos supervisores Alessandra e Marcelo, pelo envolvimento, apoio, amizade e por acreditarem na nossa maneira de Cuidar Sorrindo...*

*Aos membros da Banca, por aceitarem nos auxiliar na construção do espetáculo, através das críticas, sugestões e palavras de incentivo...*

*Aos colegas do Projeto Ninho, Artemis e Floripa Saudável, pela oportunidade de nos integrarmos aos mesmos, oportunizando momentos de trocas e fortalecendo o cuidado aos nossos “Anjos do Picadeiro”.*

*Depende de nós...*

*Depende de nós*

*Quem já foi ou ainda é criança*

*Que acredita ou tem esperança*

*Quem faz tudo pra um mundo melhor*

*Depende de nós*

*Que o circo esteja armado*

*Que o palhaço esteja engraçado*

*Que o riso esteja no ar*

*Sem que a gente precise sonhar*

*Que os ventos cantem nos galhos*

*Que as folhas bebam orvalhos*

*Que o sol descortine mais as manhãs*

*Depende de nós*

*Se este mundo ainda tem jeito*

*Apesar do que o homem tem feito*

*Se a vida sobreviverá...*

*Depende de nós...*

*(Ivan Lins, Vitor Martins)*

## RESUMO

Trata-se do relatório de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina INT 5134 - Estágio Curricular Obrigatório 8ª U.C. do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O mesmo foi desenvolvido em um Núcleo de Educação Infantil (NEI) na comunidade da Lagoa da Conceição, em Florianópolis-SC, durante o período de 16 de abril a 20 de junho de 2006. A prática assistencial foi direcionada pelo fenômeno que vem crescendo mundialmente: a obesidade infantil. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o mesmo já é visto como uma epidemia. Diante desta problemática, tivemos como objetivo geral desenvolver cuidado de enfermagem junto à criança e sua família para a prevenção da obesidade infantil e promoção da saúde no cotidiano. Utilizou-se alguns dos pressupostos teóricos do Interacionismo Simbólico para embasar a prática assistencial e como apoio teórico a Razão Sensível de Michel Meffesoli. Teve-se como metodologia coleta e análise de dados antropométricos, verificação da pressão arterial e circunferência abdominal das crianças; oficinas; consulta interdisciplinar e visita domiciliar, onde o lúdico permeou todas as atividades. Através da avaliação nutricional das crianças e das falas das famílias, percebemos a necessidade de ações que visem a prevenção da obesidade infantil e a promoção de seres saudáveis. Compreendemos que a atuação da enfermagem em Núcleos de Educação Infantil é muito importante para se desenvolver ações de promoção da saúde junto à criança e famílias, sendo este, um campo a ser explorado.

## LISTA DE TABELAS

Tabela I – Ganhos ponderais mensal nos dois primeiros anos de vida.....	22
Tabela II – Evolução do peso de 0 a 2 anos.....	22
Tabela III – Ganho ponderal anual de 2 a 7 anos.....	23
Tabela IV – Ganho estatural de 0 a 4 anos.....	23
Tabela V – Tabela de controle de peso em crianças – (IMC).....	25



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura I– Pirâmide Alimentar para Crianças de 2 a 3 anos.....	34
Figura II – Interagindo no NEI.....	56
Figura III – Coleta de dados antropométricos.....	58
Gráfico I – Classificação dos dados antropométricos.....	59
Figura IV – Painel ilustrativo do Supermercado.....	61
Figura V– Painel ilustrativo das “Carinhas”.....	62
Gráfico II – Alimentos Comprados.....	62
Figura VI – Saboreando a salada de frutas.....	64
Figura VII – Confeccionando Cartazes. ....	75
Figura VIII– Crianças participando do mural interativo na VI SEPEX.....	92
Figura IX – Campanha da vacinação.....	97

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUZINDO O ESPETÁCULO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 Objetivo Geral .....	17
2.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA: UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO.....</b>	<b>18</b>
3.1 A contemporaneidade e o encontro das crianças com a obesidade .....	18
3.1.1 Aspectos desenvolvimentais das crianças.....	21
3.1.2 Obesidade: definição, tipos e relações com outras doenças.....	23
3.1.3 A criança, a obesidade e suas interações com a sociedade: imagens em profusão .....	26
3.2 Enfocando a família e seu cotidiano para um cuidado que contribua para a prevenção da obesidade infantil e promoção de seres saudáveis.....	27
3.2.1 A família e o cotidiano contemporâneo influenciando a ingestão alimentar .....	27
3.2.2 O momento de prevenir a obesidade e promover a saúde.....	30
3.2.3- Ressignificando os hábitos familiares .....	31
3.2.4 Mudanças na alimentação.....	32
3.2.5 Atividade física e o combate ao sedentarismo .....	35
3.2.6 Indicações para um caminhar junto .....	36
<b>4 MARCO DE REFERÊNCIA PARA O ESPETÁCULO .....</b>	<b>37</b>
4.1 Resgatando alguns aspectos históricos .....	37
4.2 O Interacionismo Simbólico.....	38
4.3 Pressupostos do Interacionismo Simbólico .....	40
4.4 Nossos Pressupostos .....	41
<b>5 ALGUNS CONCEITOS SENSÍVEIS PARA O ESPETÁCULO .....</b>	<b>43</b>
5.1 Sociedade.....	43
5.2 Ser Humano .....	43
5.3 Criança.....	43

5.4 Família.....	44
5.5 Quotidiano .....	44
5.6 Ambiente simbólico.....	44
5.7 Saúde e doença familiar.....	45
5.8 Obesidade .....	46
5.9 Enfermagem.....	46
5.10 Cuidado.....	46
5.11 Definição da situação.....	47
5.12 Promoção da saúde .....	47
<b>6 METODOLOGIA.....</b>	<b>48</b>
6.1 Descrição do local onde a tenda foi armada.....	48
6.2 O Picadeiro... ..	48
6.3 Nossos Anjos do Picadeiro .....	50
6.4 O Roteiro/ Script - Construindo um modelo de cuidado: o processo de cuidar sorrindo... ..	50
6.5 O Registro do espetáculo.....	52
6.6 Aspectos éticos observados .....	53
<b>7 E O ESPETÁCULO ACONTECEU... IMPLEMENTANDO UMA METODOLOGIA DE CUIDADO À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA, FUNDAMENTADA EM UM MARCO TEÓRICO INTERACIONISTA. ....</b>	<b>54</b>
7.1 A Inserção no cotidiano das famílias do NEI: para iniciar o conhecendo, o cotidiano e as interações.....	54
7.2 Verificação dos dados antropométricos, pressão arterial e circunferência abdominal.....	56
7.3 Oficinas.....	59
7.3.1- Oficinas com as crianças .....	59

7.3.2 Oficinas com as famílias do NEI .....	64
7.4 Visita domiciliar .....	77
7.4.1 Visita domiciliar .....	77
7.5 As consultas.....	80
7.5.1 Consulta interdisciplinar com a cardiologista pediátrica .....	80
7.5.2 Consulta interdisciplinar com a nutrição .....	84
<b>8 TODO ESPETÁCULO TEM UMA CRÍTICA: avaliando a experiência.....</b>	<b>88</b>
8.1 Ampliar o conhecimento envolvendo o cuidado à saúde relacionado na área de promoção da saúde e prevenção da obesidade infantil.....	88
8.1.1 Pesquisa e seleção dos autores que contemplem os conceitos e referenciais propostos. ....	88
8.1.2 Participação em reuniões do NUPEQUIS – SC e GAPEFAM, buscando ampliar a discussão para sustentação do referencial teórico.....	91
8.2 Oferecer um cuidado na perspectiva intertransdisciplinar às famílias .....	93
8.2.1 Compartilhamento de experiências com profissionais buscando ampliar conhecimentos e desenvolver atividades conjuntas.....	93
8.2.2 Caminhar junto às famílias em consultas com outros profissionais da saúde quando necessário.....	95
8.2.3 Integração nos eventos da comunidade.....	96
8.3 Compreender o significado da obesidade infantil e sua relação com o cotidiano junto às famílias do NEI.....	97
8.4 Identificar os elementos do cuidado relacionados à prevenção da obesidade infantil que emergem no cotidiano junto às famílias.....	103
8.5. Avaliar a experiência de prática assistencial a partir da ótica dos envolvidos (famílias do NEI) buscando o significado da experiência compartilhada através do cuidado de enfermagem .....	105
8.6 DIVULGAR O PROJETO ASSISTENCIAL .....	107
8.6.1 Exposição do Projeto em eventos científicos.....	107
8.6.2 Divulgação do projeto em forma de artigo .....	109
<b>9 MOMENTOS FINAIS DO ESPETÁCULO... ATÉ O PRÓXIMO!.....</b>	<b>111</b>
<b>10 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>139</b>

## 1 INTRODUZINDO O ESPETÁCULO

Respeitável público...

Do sonho e da vontade de conseguir alcançar as estrelas, e do desejo de ir além das nossas próprias expectativas, de querer “mais”, produziu-se um espetáculo que conduziu o público a viajar através do universo paralelo e lúdico que existe em nossa imaginação...

Espectáculo... Assim foi denominado o presente Trabalho de Conclusão de Curso da 8ª Unidade Curricular do Curso de Enfermagem, realizado pelas acadêmicas Bianca Gastaldon, Jerusa Celi Martins e Keli Vanessa Poltroniéri. Fizeram parte do corpo de artistas desse espetáculo duas convidadas especiais: Prof. Dra. Profª Rosane Gonçalves Nitschke, a qual traz uma bagagem imensa sobre o referencial teórico escolhido, o Interacionismo Simbólico, sobre o cuidado à criança e o “ser família saudável”, motivo pelo qual se deu a sua escolha como orientadora; e a Profª. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza, especialista em Enfermagem em Saúde da Família, com muitos anos de trabalho no cuidado junto à criança, como nossa co-orientadora.

A proposta deste espetáculo foi direcionada por um fenômeno importante que vêm crescendo de forma preocupante não apenas na sociedade brasileira contemporânea, mas a nível mundial: **a obesidade infantil.**

A motivação em trabalhar com esta temática começou pela busca das acadêmicas em encontrar algo diferente e inovador do que vinha sendo abordado nos trabalhos de conclusão de curso na área da Enfermagem dos anos anteriores. A obesidade infantil é um assunto que vem sendo bastante divulgado em matérias de jornais, revistas e televisão, despertando a atenção das mesmas para a realização da prática de cuidado, visando à promoção da saúde e a prevenção da obesidade infantil.

Hoje a obesidade infantil se trata de um problema de saúde pública e a Enfermagem tem um papel importante nesse agravo. Além de desenvolver ações para a prevenção e tratamento da mesma, acreditamos ser necessário divulgar a temática na área acadêmica para estimular outros profissionais a desenvolverem mais trabalhos e pesquisas, visando o preparo dos mesmos e com isso trazendo benefícios à saúde pública coletiva.

A obesidade se trata de uma enfermidade crônica, caracterizando-se pelo acúmulo excessivo de gordura, em tal proporção que compromete a saúde, sendo as complicações mais comuns: alterações osteomusculares, dislipidemias, hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. (CONSENSO LATINO AMERICANO EM OBESIDADE, 1999). De acordo com Zaché et al

(2003) o planeta está engordando. Dos seis bilhões de habitantes, 1,4 bilhões está em excesso de peso, e a tendência é de que esse contingente continue crescendo. O problema é tão grave que a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o problema como epidemia.

Na contemporaneidade, convivemos constantemente com paradoxos que, por sua vez, expressam bem a pós-modernidade, com a nuance da co-existência dos contraditórios, e da harmonia conflitual, em muitos momentos. Assim, em nossa sociedade convivemos com avanços tecnológicos, a opulência e, ao mesmo tempo, com a fome e a miséria como realidade mundial. É o entrelaçamento do arcaico e do high-tech, com sua tecnosocialidade, envolvendo-nos no nosso dia-dia. Enquanto milhares de crianças morrem todo dia por não terem o que comer, por outro lado, o abuso alimentar e a vida sedentária também já estão no ranking das causas de mortalidade.

É o fenômeno da transição nutricional, que sobrecarrega nosso sistema de saúde com uma demanda crescente de atendimento a doenças crônicas relacionadas com a obesidade, como o diabetes tipo 2, a doença coronariana, a hipertensão arterial e diversos tipos de câncer. Segundo Coutinho (1999), é provável que 200.000 pessoas morram anualmente em decorrência destas complicações na América Latina.

Em 1995, o prato das crianças brasileiras era essencialmente composto de feijão, arroz, carne e salada. A porcentagem de crianças obesas na população brasileira infantil era de 4%. Em 2005, tomaram espaço a batata frita e as grandes porções de carne gordurosa, como hambúrgueres. Com isso, a alimentação ganhou um excesso de gorduras saturadas e de proteínas, o que eleva as taxas de colesterol. A porcentagem de crianças obesas na população brasileira infantil foi para 15% (BERGAMO, 2005). Além disso, em decorrência do corre-corre cotidiano, fazer uma refeição deixou de ser um ato controlado pelos pais para se transformar, na maioria das vezes, numa atividade solitária diante da televisão ou da tela de um computador.

O computador e a televisão vêm roubando espaço das brincadeiras que exigem esforço físico. Por conta disso, 3 em cada 9 crianças brasileiras são sedentárias, diz Isabela Giuliano, uma das coordenadoras do Grupo de Estudos em Cardiologia Pediátrica Preventiva da Sociedade Brasileira de Cardiologia (BERGAMO, 2005).

Como nos traz Honoré (2005), nos dias de hoje estamos sempre com pressa, quanto mais rápido, melhor; queremos que as refeições nos acompanhem. Mas muitas pessoas estão constatando as desvantagens da ética do mandar ver, engolir e ir em frente. Nas fazendas, na cozinha e à mesa, estão tratando de diminuir o ritmo. À frente desta realidade está um movimento internacional com um nome que diz tudo: Slow Food, a comida Devagar.

Visando diminuir os males causados pela realidade contemporânea, com sua *Fast Food* e sua *Fast Life*, seguindo o movimento “*Slow Food*”, que incentiva o “*Slow Life*”, decidimos realizar este projeto salientando a importância da prevenção da Obesidade Infantil e da promoção à saúde individual, familiar e comunitária, dando ênfase a um cuidar integrado ao lúdico.

O local de escolha para o desenvolvimento da nossa prática de cuidado, isto é, o local onde armamos a lona de nosso “circo”, foi o Bairro Lagoa da Conceição, e o picadeiro, um Núcleo de Educação Infantil (NEI). Picadeiro? Sim, a conhecida área circular para exibição dos artistas em um circo. Circo? Sim circo... Circo porque permitimos nosso imaginário “ganhar asas”... É no circo que espetáculos acontecem através do lúdico e da arte.

Segundo Giaretta (2007, p. 61)

o lúdico leva à pessoa a magia e a fantasia, permitindo que seu imaginário confira um significado ao seu momento vivido, onde muitas vezes as palavras faltam e não conseguem expressá-lo. É através desse imaginário que a pessoa liga seus desejos à realidade existente e encontra sentido no seu viver.

Dentro desse mundo do imaginário definimos nosso público alvo, ou melhor, nossos “anjos do picadeiro”, que foram crianças com idade de 1 ano e 7 meses a 5 anos e 12 meses, suas respectivas famílias, incluindo as pessoas que fazem parte de seu cotidiano, como os funcionários da escola: professores, merendeiras, auxiliares de sala, responsáveis pela limpeza, entre outros. A todas estas pessoas chamamos de “famílias do NEI”.

Não podemos nos esquecer de referir que também nos consideramos anjos do picadeiro, pois fomos artistas e público desse espetáculo, simultaneamente.

Destacamos que a faixa etária escolhida se deve ao fato de as pesquisas recentes demonstrarem o grande aumento de obesidade infantil nas últimas décadas. A obesidade pode ter início em qualquer época da vida, mas seu aparecimento é mais comum especialmente no primeiro ano e entre cinco e seis anos de idade (DAMIANI, 2002 *apud* GONÇALVES; GORAYEB, 2005). Entretanto, é preciso considerar que a obesidade exige atenção especial em qualquer fase da vida.

A escolha deste grupo etário também se deu pelo fato de acreditarmos que os hábitos saudáveis de um indivíduo precisam ser cultivados desde a infância, para que sejam efetivamente integrado ao seu cotidiano, ou seja, à sua maneira de viver o dia-a-dia. Além disto, o tratamento do sobrepeso e da obesidade implica em modificação dos hábitos

alimentares. Este precisa começar desde a primeira infância (0 a 7 anos), pois conforme Giaretta (2007, p. 10)

é neste período da vida que a pessoa estrutura a maneira pela qual ele irá se confrontar com a realidade, através das mensagens recebidas primeiramente dos pais e da família, e que são inscritas no corpo e em seu imaginário. Nesta fase, inicia-se a estruturação de significados e de crenças sobre si mesmo.

Reforçando esta idéia, Lamonier e Leão (1998, p. 81) colocam que “é ainda na infância que os bons hábitos alimentares devem ser estabelecidos, por sua influência ao longo da vida”.

Sabe-se ainda que os cuidados precoces têm fator decisivo e permanente sobre o desenvolvimento das crianças, especialmente sobre a habilidade para aprender a regular as emoções. O cérebro humano tem uma grande capacidade plástica, mas o tempo é um fator decisivo, quanto mais jovem, maior a plasticidade cerebral (VERÍSSIMO; REZENDE, 2004).

Com isso, compreendemos que embora seja mais fácil mudar hábitos de vida de crianças e adolescentes, pelo fato de que ainda não estão arraigados, isso exige estratégias de educação que precisam envolver pais, educadores e profissionais de saúde (BERGAMO, 2005).

Enfermagem em um Núcleo de Educação Infantil? Sim, pois acreditamos assim como Rezende e Veríssimo (2004) que as creches e pré-escolas têm se tornado a cada dia um local privilegiado para a realização de ações de agravos e de promoção da saúde, pois concentram um grande número de crianças por um longo período do dia; e conseqüentemente uma interação facilitada com as famílias.

Os cuidados de enfermagem nesses estabelecimentos vão desde cuidados relativos à adaptação das crianças, quando muitas podem vir até mesmo a deixar de se alimentar, como com o provimento de sono e repouso, proteção contra doenças transmissíveis e infecções, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, proteção contra acidentes, amparo psicológico, e ainda, prestar cuidado de enfermagem aos funcionários da unidade.

Acreditamos que a Enfermagem, por ser uma profissão que integra ciência, arte e sensibilidade, torne-se o fio condutor no resgate do ser e da família saudável nesses tempos pós-modernos.

O período de desenvolvimento do espetáculo foi de abril a junho de 2007 e, ao visar a promoção da saúde e prevenção da obesidade infantil, buscou-se o conhecimento do cotidiano das famílias e de suas imagens de ser família saudável. Após esse **conhecimento e**



**reconhecimento**, e tendo-se **definido a situação**, realizou-se a nossa **proposta de cuidados junto** às mesmas.

Dentre algumas estratégias que compuseram o roteiro deste espetáculo tivemos: verificação de dados antropométricos, consultas interdisciplinares; visitas domiciliares e principalmente oficinas, enfatizando-se as atividades recreativas e lúdicas com as crianças, familiares e funcionários do NEI.

Gostaríamos de ressaltar que, compartilhamos com Nitschke (1999, p. 79) que “a oficina pode ser compreendida como um processo de interação entre um grupo de pessoas, onde todos trocam experiências, sendo mestre-aprendizes”.

A teoria norteadora do espetáculo foi o Interacionismo Simbólico, através do qual advém a concepção de que é através da interação de uns com os outros, com o meio social que os cerca e consigo mesmo, que as pessoas formam os significados sobre o mundo que as rodeia. As pessoas, a partir dessa interação, apreendem símbolos, os quais influenciarão no seu comportamento. Neste contexto, a família é de extrema importância na construção dos hábitos e do processo de viver das crianças, que agirá de acordo com os significados que lhes são transmitidos.

Diante da problemática da obesidade infantil e de todas as suas conseqüências para o presente e o futuro, conseguir o equilíbrio do viver humano é um dos grandes desafios do nosso cotidiano, especialmente para profissionais de saúde como nós, enfermeiros e enfermeiras. Nesta condição, ocupamos a posição mediadora entre saber popular, saber técnico-científico e cultural, auxiliando na construção, desconstrução e reconstrução de significados do cotidiano.

O cotidiano expressa a riqueza de sentimentos, vivências, experiências, costumes e ritos que influenciam as formas de pensar e agir diante de determinadas situações. Estas diferentes formas de agir e pensar são distintas de cada ser, interrelacionando-se no convívio social e meio familiar. Em nossos espetáculos, buscamos nos inserir neste convívio, visando alcançar nossos objetivos de cuidar e promover um cotidiano mais saudável, promovendo a saúde na maneira de viver destas famílias em desenvolvimento.

Por fim, cabe ressaltar que para nós fazer rir é algo muito sério, exigindo ética e muitos cuidados. Agora, convidamos a todos a compartilhar conosco os momentos que compuseram esse espetáculo!

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Desenvolver um cuidado de enfermagem no Núcleo de Educação Infantil (NEI) Orisvaldina Silva junto à criança e sua família, para a prevenção da obesidade infantil e promoção da saúde no cotidiano.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Ampliar o conhecimento envolvendo o cuidado à saúde, relacionado à promoção da saúde e prevenção da obesidade infantil.
2. Implementar uma metodologia de cuidado à criança e sua família, fundamentada no marco teórico interacionista;
3. Compreender junto às famílias o significado da obesidade infantil e sua relação com o cotidiano.
4. Identificar os elementos do cuidado relacionados à prevenção da obesidade infantil que emergem no cotidiano junto às famílias;
5. Oferecer um cuidado na perspectiva interdisciplinar às famílias;
6. Avaliar a experiência de prática assistencial a partir da ótica dos envolvidos (famílias do NEI), analisando o significado da experiência compartilhada através do cuidado de enfermagem.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA: UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO**

#### **3.1 A contemporaneidade e o encontro das crianças com a obesidade**

Nesse início de século 21, vivemos o desenvolvimento de uma epidemia global de obesidade em muitos países, dentre eles, o Brasil. No nosso meio, a obesidade entre crianças e adolescentes triplicou nos últimos 30 anos, enquanto nos Estados Unidos, ela duplicou nesse mesmo período. Os dados mais recentes apontam para 14,8 % de obesidade infantil entre as crianças da região sudeste e 9,8% entre as do nordeste (VIUNISKI, 2007).

De acordo com recente relatório da Organização Mundial da Saúde (1999 *apud* CASTRO, 2004), uma em cada dez crianças no mundo está obesa. No Brasil, o sobrepeso e a obesidade atingem 15% das crianças – 5 vezes maior que em 1975 (CASTRO, 2004).

Os números desta problemática ainda são reforçados por Coutinho (1999) quando nos traz os dados publicados no último Congresso da Sociedade Internacional para o estudo da Obesidade (IASO) em 1998. Segundo ele, no Brasil houve aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade de 53% se comparados aos censos dos anos 74/75. Se continuar neste ritmo, todos os brasileiros estarão obesos na primeira metade do terceiro milênio (COUTINHO, 1999).

Este dramático aumento da obesidade, segundo Viuniski (2007) é relacionado com as grandes mudanças ambientais que vêm ocorrendo juntamente com o progresso das últimas décadas, com as pessoas vivendo num estilo mais sedentário e tendo acesso a alimentos ricos em gordura, calorias e pobre em fibras. Guedes e Guedes (1998, p. 87) colocam que a obesidade, para os epidemiologistas, também apresentam explicações ambientalistas, tendo em vista que poucas ou quase nenhuma alteração nas características genéticas da população tenha ocorrido nos últimos tempos. Em contrapartida, as mudanças nos estilos de vida foram enormes.

Vários autores pontuam as causas desse aumento. De acordo com Bergamo (2005), estima-se que apenas um terço das crianças pratique meia hora diária de atividades físicas moderadas. Elas deixaram de brincar ao ar livre para ficar em frente da televisão ou do computador. É preciso uma mudança importante nos hábitos das crianças e adolescentes, diz o cardiologista Abel Pereira, pesquisador do Instituto do Coração, em São Paulo (2005 *apud* BERGAMO, 2005). Essa tarefa, ao contrário do que se crê, é mais fácil do que parece desde que haja adultos (profissionais/ família) dispostos a empreendê-la.

Bergamo (2005) ainda nos traz dados de uma das primeiras pesquisas sobre a incidência de colesterol alto na população infantil brasileira. A mesma foi concluída pelo laboratório de Diagnósticos da América Medicina Diagnóstica. O trabalho levantou os exames de sangue de 25 000 crianças de até 12 anos realizados a partir de 2003. O resultado é que 25% delas apresentavam níveis elevados de colesterol (os parâmetros utilizados atualmente são os mesmos aplicados aos adultos: o ideal é ter até 200 miligramas de colesterol por decilitro de sangue). O estudo ainda mostra que a vida sedentária, as dietas gordurosas, a obesidade e o stress estão fazendo com que males como a hipertensão, o colesterol alto e o diabetes comecem a manifestar-se ainda na infância.

Estudos como este viraram prioridade em muitos centros de pesquisa, afinal de contas, a obesidade é uma preocupação de saúde pública não apenas de primeiro mundo; tanto que passou a ser tratada como epidemia. No Brasil estima-se que hoje haja em torno de 20 milhões de obesos. Nos Estados Unidos, onde a epidemia atinge 30% da população adulta, iniciou-se uma guerra contra os *fast foods*, apontados como um dos maiores vilões (NEIVA, 2004).

Durante décadas, cultivou-se a idéia de que criança não combina nem com regime, quanto mais com adoçantes e outros substitutos artificiais de substâncias engordativas. Porém, com um terço da população infantil do planeta a caminho da obesidade, a situação começa a mudar. Nos Estados Unidos, onde cerca de 20% das crianças estão acima do peso, a indústria alimentícia se movimenta numa ação onde de uma hora para outra, salgadinhos e biscoitos especificamente para menores de 10 anos passaram a conter menos gordura, cereais matinais e balas, menos açúcar; e sucos, menos calorias. O *Jornal de New York Times* coloca que em parte, as indústrias têm uma genuína preocupação com a saúde das crianças, porém, estas atitudes seriam mais um meio de se protegerem contra processos que coloquem a culpa da obesidade infantil em fabricantes de alimentos.

Seguindo este pensamento, redes de lanchonetes incluem sucos, frutas e verduras no cardápio infantil, inclusive o MacDonal'd's, que passou a anunciar lanches "saudáveis" diante do enorme efeito negativo que o documentário *Super Size Me* causou nas pessoas, quando mostrou as conseqüências no organismo após um mês inteiro de refeições exclusivamente feitas na rede. "A indústria de alimentos pode desempenhar um papel construtivo, oferecendo produtos mais saudáveis e anunciando de forma a torná-los mais atraentes" afirma Brock Leach, responsável por produtos inovadores na PepsiCo (LIGHT AGORA PARA CRIANÇAS, p. 77).

Isso não quer dizer que a indústria esteja disposta a assumir integralmente a responsabilidade pelas crianças obesas do mundo. A televisão, o videogame, o computador, a pouca ênfase em exercícios físicos na escola são fatores que ela costuma citar para explicar o problema. Sem falar, é claro, nos pais - em última instância, os maiores responsáveis pelos hábitos alimentares de seus filhos. “Não conheço nenhuma criança que pegue o carro, dirija até o supermercado e compre sua própria comida”, ironiza Dan Jaffe, vice presidente da Associação Nacional de Anunciantes dos Estados Unidos. “Culpar a indústria não ajuda a encontrar uma solução”, avisa Richard Martin, porta-voz dos Fabricantes de Alimentos da América (LIGHT AGORA PARA CRIANÇA, 2004, p. 78).

Os reflexos da obesidade infantil também podem ser comprovados pelo aumento da presença de crianças nos spas brasileiros. Segundo reportagem recente publicada na Revista Veja (2006), quando os spas viraram moda no Brasil, no início dos anos 90, a maioria deles se recusava a receber crianças, pois estes faziam barulho demais e irritavam os clientes já estressados pela luta contra a balança. Nos últimos tempos, isso mudou. Spa virou também programa para crianças. Dos trinta maiores spas brasileiros, 15 já as aceitam. As atividades realizadas pelas crianças são semelhantes às dos adultos, a diferença é que a dieta costuma ser mais calórica e os exercícios físicos mais recreativos, incluindo jogos coletivos. Os médicos especialistas em emagrecimento alertam para os cuidados a serem tomados com o tratamento para crianças. “Mesmo que a criança emagreça no spa, se a família não mudar seus hábitos no dia-dia, ela engordará tudo de novo”, adverte Antonio Roberto Chacra, professor titular de endocrinologia da Universidade Federal de São Paulo (ZACABI, 2006, p.58).

A partir de dados como este, é que nos sensibilizamos a ir à busca do mundo imaginal das famílias no cotidiano destes tempos pós modernos, buscando compreender como suas interações, seus símbolos e significados estão interferindo no aumento da obesidade infantil.

Buscando ampliar a discussão sobre a problemática da obesidade infantil, sua prevenção e a promoção de seres saudáveis, iniciamos trazendo alguns aspectos desenvolvimentais das crianças, para, a seguir, tratarmos da situação da obesidade infantil que envolve nossas crianças na contemporaneidade.

### 3.1.1 Aspectos desenvolvimentais das crianças

Segundo Wong (1989, p. 26) “crescimento e desenvolvimento são referidos como uma unidade que expressa a soma das numerosas mudanças que ocorrem durante a vida de um indivíduo”. Este é um processo dinâmico, que engloba várias dimensões inter-relacionadas.

Já Marcondes (1988) refere que crescimento e desenvolvimento são distintos. Crescimento significa o aumento físico do corpo, e pode ser medido em termos de centímetros ou de gramas. O desenvolvimento significa aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas. Tanto o crescimento como o desenvolvimento são influenciados por um conjunto de fatores que podem ser intrínsecos e extrínsecos. Entre os extrínsecos, encontram-se a ingestão de dieta normal e toda a estimulação biopsicossocial e ambiental. Os fatores intrínsecos são representados fundamentalmente pela herança e pelo sistema neuroendócrino (MARCONDES, 1988).

Wong (1989) diz que o crescimento e desenvolvimento das crianças são orientados por faixas etárias, isto não quer dizer que encontraremos, obrigatoriamente todas as características em cada faixa etária. As diferenças individuais são fatores de desenvolvimento próprio, único e pessoal de cada indivíduo e que nos faz ser diferentes uns dos outros.

Abaixo, estão as principais características do período de crescimento e desenvolvimento das crianças entre 0 e 6 anos de idade, subdivididas em faixas etárias segundo Wong (1989) e Stefane (1995):

**- Lactentes (0 a 2 anos):** é o período onde ocorre rápido desenvolvimento das funções motoras, cognitiva e social, esta última influenciada pelo modo com que o cuidador interage com a criança. Quanto ao desenvolvimento cognitivo, “as crianças nascem com potencialidades herdadas para o crescimento intelectual, porém eles precisam desenvolver este potencial através de interações com o ambiente” (WONG, 1989, p. 32). Com o processamento das informações recebidas, começam a compreender as relações entre os objetos e entre elas próprias. A inteligência das crianças é primeiramente prática, com elaboração de esquemas mentais através da memorização de brinquedos. Assim, seu pensamento se estrutura a partir de experiências que ele interioriza, pela repetição frequente e por suas semelhanças. Desenvolvem-se também os instintos de confiança e os princípios fundamentais para o estabelecimento das relações interpessoais futuras. O controle neuro-motor se faz no sentido céfalo-caudal e do tronco para os dedos, sendo a motricidade fina a

última etapa a ser desenvolvida. Quanto ao desenvolvimento motor, a criança é capaz de sentar-se de maneira estável, passar da posição deitada para sentada, engatinhar e, por fim, caminhar sozinho entre os 10 e 18 meses.

- **Primeira infância ou fase Pré-Escolar (2 a 6 anos):** é o momento de intenso desenvolvimento físico e de personalidade. Nesta fase adquirem linguagem, relacionamentos sociais mais amplos e desenvolvem um auto-conceito. É o período onde começam a ter consciência e a agir por elas mesmas, não apenas orientadas pelas pessoas à sua volta. No período em que ingressam na escola, as interações sociais aumentam consideravelmente e a diversidade cultural torna-se um enfrentamento, surgindo então o despertar da personalidade. Esta, procura dominar a si própria e os objetos ao seu redor. Nesta etapa surgem atitudes como a comparação e a procura incessante de auto-afirmação. Também é a fase dos “porquês”, pois a curiosidade em saber de si e dos outros é insaciável.

**Avaliação do peso:** Durante a infância, o ganho ponderal é rápido e importante. Uma medida de peso isolada não diz muito, porém sua mensuração rotineira nos permite construir uma curva de peso, essencial para avaliação da criança. Até os primeiros seis meses de vida ocorre um rápido acúmulo de gordura, após esse período a acumulação diminui rapidamente. Algumas crianças podem adquirir excesso de gordura antes do estirão de crescimento da adolescência. Com o estirão essa quantidade de gordura tende a diminuir rapidamente principalmente nos meninos. Nas meninas, geralmente ela persiste, porém passa a se distribuir de maneira a formar as curvas femininas da mulher (WONG, 1989).

### Parâmetros ponderais:

Tabela I - Ganhos ponderais mensal nos dois primeiros anos de vida

até 3 meses	750 a 900 gramas por mês
de 3 a 6 meses	600 gramas por mês
de 5 a 12 meses	300 a 400 gramas por mês
de 12 a 24 meses	200 a 300 gramas por mês

Fonte: Stefane (1995, p. 2)

Tabela II – Evolução do peso de 0 a 2 anos.

Peso do nascimento (PN)	3.300 (+/- 500 gramas)
Peso +/- 5 meses	PN x 2

Peso +/- 1 ano	PN x 3
Peso +/- 2 anos	PN x 4

Fonte: Stefane (1995, p. 2)

Tabela III – Ganho ponderal anual de 2 a 7 anos

até 2 a 3 anos	1.800 g a 2.000	por ano
de 3 a 4 anos	1.800 g +/-	por ano
de 4 a 5 anos	1.650 g +/-	por ano
de 5 a 7 anos	1.500 g +/-	por ano

Fonte: Stefane (1995, p. 2)

- **Estatura:** a estatura é a medida mais fiel do crescimento da criança. Ao contrário do peso, que pode variar mais rapidamente. É uma medida estável e regular, influenciada, principalmente, pela genética e que pouco sofre com fatores extrínsecos.

Tabela IV – Ganho estatural de 0 a 4 anos

<i>Ganho estatural de 0 a 4 anos</i>		<i>Estimativa da estatura</i>
No primeiro ano de vida		Ao nascimento +/- 50 cm
de 0 a 3 meses	3 cm por mês	A 1 ano +/- 75 cm
de 3 a 6 meses	2 cm por mês	Aos 2 anos +/- 82 cm
de 6 meses a 1 ano	1-1,5 cm por mês	Aos 3 anos +/- 91 cm
Entre 1 e 2 anos	1 cm por mês	Aos 4 anos +/- 1 m
Entre 2 a 4 anos	0,75 cm por mês	

Fonte: Stefane (1995, p. 3)

### 3.1.2 Obesidade: definição, tipos e relações com outras doenças

Considera-se a obesidade como uma enfermidade crônica, representando, atualmente o principal distúrbio nutricional. Também pode ser encarado como síndrome, algo de múltiplas facetas estando sujeita a diversos fatores que a influenciam, sendo eles: meio ambiente, aspectos emocionais, culturais, econômicos, sociais, ingestão de alimentos de alto valor calórico, sedentarismo, e estrutura familiar (SPADA, 2005).

Classicamente, segundo Woiski (1994, p. 241) a obesidade pode ser dividida em primária ou secundária:



**\*Obesidade primária:** Quando é provocada primariamente por erros alimentares com excesso de ingestão, predominando os alimentos ricos em carboidratos e gorduras.

**\*Obesidade secundária:** Quando é secundária a outra patologia. Divide-se em endócrina e não-endócrina, excluída desta, a obesidade primária.

Cerca de 80-85% dos casos de obesidade são do tipo primária.

A obesidade é ainda o resultado de ingerir mais energia que a necessária. Não há dúvidas que o consumo excessivo pode se iniciar nas primeiras fases da vida, nas quais as influências culturais e os hábitos familiares possuem um papel fundamental. Por isso dizemos que a obesidade possui fatores de caráter múltiplo, tais como os genéticos, psicossociais, cultural-nutricionais, endócrinos e metabólicos (COUTINHO, 1999). Porém, mais do que a genética, o aumento do risco se deve a um ambiente propício à obesidade pela rotina de má alimentação e sedentarismo. Podemos citar aqui o caso das pessoas com Síndrome de Down, que segundo o *National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II)*, pesquisas comprovaram que 50% de crianças com esta síndrome com idades entre 1 mês a 18 anos estão com sobrepeso (LUKE et al, 1996, *apud* GIARETTA, 2007). Conforme estudos de Giaretta (2007, p.192), as crianças e os adultos com a Síndrome têm claramente uma tendência aumentada para o sobrepeso, mas o que foi fortemente evidenciado é que

o contexto familiar de culpas, medos, superproteção, repetição da rotina alimentar, erros alimentares, falta de atividade física, falta de confiança na capacidade de autonomia e independência relativa em seus filhos com Síndrome de Down, teve maior influência para seu aumento de peso.

Castro (2004) traz a obesidade dos pais como outro fator de risco para os filhos. Segundo ele, a probabilidade de uma criança com pais magros ser obesa é de cerca de 9%. Se um deles for obeso, a possibilidade aumenta para 50%. Se ambos forem, a probabilidade vai para 80%. Spada (2005, p. 5) relata que “o risco de uma criança ser obesa aumenta em função da obesidade dos pais. É baixo quando nenhum dos pais é obeso, alto quando apenas um é obeso, e muito alto quando ambos são obesos”.

Algumas drogas como os corticosteróides podem causar obesidade, assim como abuso de anorexígenos, felizmente cada vez mais raros em nosso meio. A clomipramina, muito usada por pediatras para tratar enurese noturna, é um forte agente causador de aumento de peso. Lembra-se ainda que alguns agentes anti-convulsivos, como o Valproato, a Resperidona e os anti-histamínicos de 1ª geração podem promover importante ganho ponderal (VIUNISKI, 2007).

Sabe-se que muitas vezes é difícil definir a obesidade em crianças. Por conta disso, a fim de desenvolver uma definição aceitável para sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes, foi desenvolvido um estudo internacional envolvendo seis países: Brasil, Grã-Bretanha, China (Hong Kong), Holanda, Cingapura e Estados Unidos. Os dados brasileiros foram fornecidos pela equipe do professor Carlos Monteiro. Essa nova tabela, por ser menos arbitrária, mais universal e mais representativa do que as outras que vinham sendo usadas, deverá ser um instrumento útil para fornecer um levantamento internacional da prevalência da obesidade em crianças e adolescentes (VIUNISKI, 2007).

Tabela V: Tabela de controle de peso em crianças – (IMC)

Idade	Excesso de peso		Obesidade	
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas
2,0	18,4	18,0	20,1	20,1
2,5	18,1	17,8	19,8	19,5
3,0	17,9	17,6	19,6	19,4
3,5	17,7	17,4	19,4	19,2
4,0	17,6	17,3	19,3	19,1
4,5	17,5	17,2	19,3	19,1
5,0	17,4	17,1	19,3	19,2
5,5	17,5	17,2	19,5	19,3
6,0	17,6	17,3	19,8	19,7
6,5	17,7	17,5	20,2	20,1
7,0	17,9	17,8	20,6	20,5

Fonte: (VIUNISKI, 2007)

A obesidade na infância normalmente não é uma condição benigna, apesar da crença popular de que as crianças com excesso de peso irão “superar” a sua condição. Quanto mais tempo a criança ficar com excesso de peso, mais provavelmente este estado continuará na adolescência e fase adulta (DIETZ, 1994). “Uma criança obesa tem até 80% de probabilidade de se tornar um adulto com peso excessivo” (CASTRO, 2004, p. 106).

A obesidade está associada a um grande número de estados de doença. O *National Institutes of Health Consensus Development Panel* (Painel de Desenvolvimento de Consenso do Instituto Nacional de Saúde), conveniado em 1985 para avaliar o nível de conhecimento

sobre obesidade, determinou que um aumento de 20% no peso corpóreo aumentou substancialmente o risco para hipertensão arterial, doença arterial coronária e distúrbios lipídicos. A obesidade também é considerada um fator de risco para os distúrbios de articulações, cálculos biliares, problemas respiratórios, problemas ortopédicos, disfunção psicossocial, entre outros (GONÇALVES; GORAYEB, 2005).

Os animais experimentais obesos geneticamente mostram redução em vários aspectos da imunidade mediada por células e resistência diminuída a infecções bacterianas e virais, segundo Stallone (1994) citado por Mahan e Stump (1998). A obesidade também é um fator de risco para o câncer, precária cicatrização de feridas e reduzida resposta dos anticorpos à vacina da hepatite B (MAHAN; STUMP, 1998).

### **3.1.3 A criança, a obesidade e suas interações com a sociedade: imagens em profusão**

Problemas sociais e comportamentais podem ocorrer em pessoas obesas envolvendo sua imagem; como transtornos psicológicos, depressão, ansiedade e dificuldade de ajustamento (GONÇALVES; GORAYEB, 2005). Segundo Damiani (2002) citado por Gonçalves e Gorayeb (2005, p.38), eles sofrem discriminação e estigmatização social, o que prejudica seu funcionamento físico e psíquico. Devido a isso apresentam dificuldades de realizar atividades rotineiras, como: ir à escola, fazer determinados exercícios físicos, procurar emprego, comprar roupas, namorar e se divertir. As crianças obesas ainda sofrem com o preconceito dos colegas e por isso são menos aceitas do que as crianças com peso normal.

Moloney (1989), ainda com relação à imagem e a questão da estigmatização social, faz pensarmos em nossa infância, quando geralmente lembramo-nos das crianças da classe que se destacavam, emergindo várias imagens como, por exemplo, o garoto mais inteligente, o mais atlético, o mais bonito, sendo que estas eram as crianças que admirávamos e que queríamos ser, atraídos pela sua imagem. Por outro lado, existiam aqueles no extremo oposto, os que temíamos ser ou ficar iguais, o mais tímido, o menos popular, o mais magro, o mais gordo. Segundo o autor essa noção do que é mais atraente e desejável começa muito cedo, e com a ajuda da mídia, todos somos levados a acreditar que a gordura não é atraente e que uma pessoa gorda é, de alguma forma, moralmente deficiente ou, pelo menos, simplesmente preguiçosa.

Entre todas as características, as pessoas tendem a julgar mais o peso, porque se pensa que esta é uma característica que está totalmente sob o controle do indivíduo. Quando uma criança anda pela rua, ninguém

consegue saber se ela é campeã em soletrar palavras ou se desenha muito bem, mas todos percebem sua aparência mesmo de certa distância (MOLONEY, 1989, p. 177).

Sabemos que uma auto-imagem e uma auto-estima positiva são muito importantes para lidar com quaisquer desafios da vida, inclusive à manutenção do peso ideal. Devido a isso, ensinar a criança a se sentir bem com sua imagem em relação a seu corpo é extremamente importante para o seu bem estar físico e emocional. Wong (1989) nos traz que as crianças são constantemente bombardeadas por novas informações, isso inclui a maneira como se processa seu crescimento e desenvolvimento. Estas informações devem ser interpretadas e aceitas, revisadas ou rejeitadas. De acordo com essa característica, elas processam através das informações vindas do meio, a maneira com que percebem seu próprio corpo, o que é essencial para o estabelecimento da sua identidade. Segundo Moloney (1989, p. 178) “as crianças precisam saber que ser gordo não muda o tipo de pessoa que são internamente, o valor que possuem e quanto de sucesso podem alcançar”.

Devido a estigmatização por parte da sociedade que não apenas as crianças como os adultos acabam sofrendo, podem vir a surgir depressão ou outros quadros psicológicos. Gonçalves e Gorayeb (2005) colocam que devemos estar atentos para alguns sinais que as crianças podem expressar, como, sentimentos de tristeza, irritabilidade e agressividade, podendo estes estarem relacionados a quadros psicológicos que exijam maior atenção.

Outro fator emocional relevante que acomete crianças com obesidade é a ansiedade. A ansiedade é colocada como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do desenvolvimento do ser humano, podendo tornar-se patológica quando acontece de forma exagerada e sem uma situação real ameaçadora que a desencadeie (GONÇALVES; GORAYEB, 2005).

## **3.2 Enfocando a família e seu cotidiano para um cuidado que contribua para a prevenção da obesidade infantil e promoção de seres saudáveis**

### **3.2.1 A família e o cotidiano contemporâneo influenciando a ingestão alimentar**

Numerosas influências, algumas óbvias e algumas sutis, determinam a ingestão de alimentos e os hábitos da criança. Sabe-se que os hábitos, gostos e aversões são bem fundamentados nos primeiros anos e levados até a vida adulta, quando a mudança freqüentemente encontra resistência e dificuldade. As maiores influências na ingestão de

alimentos nos anos de desenvolvimento incluem o ambiente familiar, as tendências sociais e a mídia, expressando o cotidiano contemporâneo, ou seja, a maneira de viver das pessoas em nosso tempo.

**Ambiente Familiar** – de acordo com Spada (2005, p. 27) “a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança por meio da aprendizagem social, e os pais são os primeiros educadores nutricionais”. Para a criança que está aprendendo a andar e a criança em idade pré-escolar, a família é a influência primária no desenvolvimento de hábitos alimentares. Os pais e irmãos mais velhos são modelos significativos para a criança pequena na medida em que elas aprendem e imitam os indivíduos em seu ambiente adjacente. Segundo Mahan e Stump (1998) as atitudes alimentares de pais têm mostrado ser um forte preditor dos gostos e aversões assim como a complexidade da dieta nas crianças de escola primária.

Este fato é reforçado quando Birch (1999, p.12) coloca que com a “variedade de alimentos, desenvolve-se a adaptação e a capacidade de consumirem as substâncias comestíveis que encontram no seu ambiente”. Segundo este mesmo autor, o aprendizado e a experiência precoces moldam a aceitação de alimentos pela criança. Este fato pode permitir o desenvolvimento de abordagens à alimentação da mesma que promovam padrões saudáveis da aceitação do alimento.

Mahan e Stump (1998) colocam que os pais e outros adultos são responsáveis por oferecer uma variedade de alimentos nutritivos e apropriados para o seu desenvolvimento, e que a atmosfera ao redor do alimento e a hora da refeição também são aspectos importantes de atitudes em relação ao alimento e ao ato de comer.

Sabe-se que em muitas famílias, hoje em dia, o ritual de se reunir à mesa de refeição para apreciar uma comida feita em casa, constitui um desejo, mas nem sempre é uma coisa possível. Para melhorar esta situação, as famílias devem criar estratégias que superem essas limitações. A seguir estão algumas sugestões citadas por Moloney (1989 p. 30):

- Pelo menos duas vezes por semana, é importante reunir toda família para refeições em casa, concentrar-se nas conversas do momento. O mais importante é o ambiente ser o mais agradável possível.
- Pedir ajuda das crianças nas compras e na preparação da refeição. Estas ocasiões permitem aos pais explicar por que escolheu o que está sendo preparado.
- De vez em quando, os pais precisam almoçar com seus filhos. As crianças adoram ter atenção total dos pais, o que nem sempre é possível, com a agitação diária em casa.
- Limitar os petiscos na hora da televisão, e desligar a TV durante as refeições.

**Tendências Sociais:** Nas décadas recentes, o núcleo familiar tem mudado do tradicional. Quase três quartos das mulheres com filhos em idade pré-escolar estão empregadas fora de casa (MAHAN; STUMP, 1998). Santos (2004) reforça a idéia quando nos traz que os papéis dos membros das famílias vêm mudando ao longo dos anos, quando a mulher ingressa no mercado de trabalho, e as crianças passam a ser cuidadas e educadas em outros contextos de desenvolvimento, complementares ao familiar. Neste contexto, as crianças tomam uma ou mais refeições em casas de assistência à infância, creches ou escolas, podendo receber a maior parte de seus nutrientes nestes estabelecimentos (MAHAN; STUMP, 1998). Este fato reforça a importância que estes estabelecimentos têm para o crescimento e desenvolvimento das mesmas, além de contribuir para o aprendizado e a formação de hábitos alimentares saudáveis.

Sabe-se que hoje o serviço de alimentos em estabelecimentos de alimentação em grupo deve ser regulado por diretrizes federais e estaduais. A partir de maio de 2006, entrou em vigor a Portaria Interministerial nº. - 1.010 que considerou para sua formulação, a mudança no perfil epidemiológico da população brasileira com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase no excesso de peso e obesidade, assumindo proporções alarmantes, especialmente entre crianças e adolescentes (PORTARIA INTERMINISTERIAL nº. - 1.010, 2006).

Todavia, destaca-se a necessidade de ampliar as ações de educação alimentar para uma abordagem a partir do direito humano à alimentação. O alimento na escola precisa ser tratado como parte do projeto político-pedagógico, envolvendo e sensibilizando gestores, educadores e toda a comunidade escolar.

**Mensagens da mídia:** as crianças em idade escolar assistem televisão por uma média de mais de 23 horas por semana. Quase metade de todos os comerciais são de alimentos, e a porcentagem é maior na programação para crianças. A maioria direcionados às crianças são de alimentos pobres em fibras e ricos em açúcar, gordura ou sódio. As crianças em idade pré-escolar são geralmente incapazes de distinguir as mensagens comerciais da programação regular, e de fato, com frequência elas prestam mais atenção na primeira (MAHAN; STUMP, 1998).

A televisão também pode ser prejudicial para o crescimento e desenvolvimento, encorajando a inatividade e uso passivo do tempo de lazer. O fato de assistir televisão, juntamente com as múltiplas dicas da mídia para comer é sugerido como um fator no ganho

de peso excessivo para as crianças (MAHAN; STUMP, 1998). Segundo Gambardella et al (2000), as comodidades derivadas da tecnologia tendem a elevar o índice de inatividade entre os habitantes das grandes cidades. Esse fato mostra-se mais agravado pelo uso excessivo de veículos de comunicação, como internet e, principalmente, a televisão, diminuindo o tempo disponível para prática de exercícios físicos, predispondo a obesidade. A autora nos traz os dados de um estudo realizado junto a 147 adolescentes (59 meninos e 88 meninas), com média de  $14 \pm 15$  anos de idade, cujo objetivo era verificar a relação entre obesidade e o tempo dedicado a assistir televisão. Encontrou-se sobrepeso em 23,7% dos meninos e em 5,7% das meninas, além de associações estatisticamente significativas entre assistir à TV por mais de 2 horas diárias e apresentar sobrepeso para o sexo masculino e feminino.

Meia hora de atividade física diária ajuda as crianças a manter o peso. Não precisa ser aula de algum esporte: basta brincar. Na maioria dos casos, alimentação saudável e atividade física evitam a obesidade.

### **3.2.2 O momento de prevenir a obesidade e promover a saúde**

Sabe-se que é no período da infância que as crianças aprendem através de suas interações, primeiramente e principalmente com a família, seus hábitos, costumes, suas crenças e valores. É na infância, durante o constante aprendizado, que as pessoas estruturam a maneira como viverão o seu dia-dia. Segundo Berne (1987), é no período entre 0 a 7 anos que a pessoa tem condições de tomar decisões psicológicas, escolher e assumir papéis que desempenhará durante toda a vida.

Moloney (1989, p. 27) coloca que

cada pessoa encara de modo particular os alimentos e a alimentação, e a maior parte de nossas idéias é formada pelas experiências de alimentação que tivemos quando estávamos crescendo. Para algumas pessoas, os alimentos estão ligados a sentimentos de calor e conforto... Para outros, a comida é o motivo para reunir a família e os amigos - o alimento é importante, mas não tão importante quanto o aspecto social. Outros, ainda, foram ensinados a ver a comida como uma recompensa pelo cumprimento de tarefas, ou um bálsamo para os desapontamentos... E ainda existem aqueles para quem as memórias das refeições durante a infância são um completo pavor: é difícil ansiar pelo momento da refeição, quando você tem certeza de que alguém vai iniciar uma discussão assim que o alimento for servido. Estas memórias e sentimentos influem muito em nossa relação com o alimento e com o ato de se alimentar. Se questionarmos como encaramos a comida, talvez possamos elaborar melhor as mensagens específicas que estamos passando às nossas crianças.

O que Moloney (1989) nos traz contempla nossas crenças e ao trabalho desenvolvido a partir do referencial teórico escolhido, o Interacionismo Simbólico, pois demonstra o fato das pessoas viverem em um ambiente repleto de símbolos, onde as mesmas interagem umas com as outras, formulando, processando, e repassando os símbolos que são compartilhados entre um grupo. As crianças compartilham estes símbolos primeiramente com a família, e que naturalmente através da recordação desse mundo simbólico, faz emergir sentimentos os quais foram vividos na infância, e que conseqüentemente influenciam a nossa maneira de viver o hoje.

Segundo Giaretta (2007), o tratamento e a prevenção do sobrepeso e da obesidade implicam em modificação dos hábitos alimentares; portanto é preciso repensar, ressignificar, reorganizar e re-construir o cotidiano, ou seja, a maneira de viver em família.

### **3.2.3- Ressignificando os hábitos familiares**

Para ressignificar os hábitos alimentares de uma criança com obesidade ou sobrepeso, é necessário conhecer e trabalhar com todos que fazem parte do cotidiano da mesma, principalmente a família, que geralmente permanece a maior parte do tempo com a criança, influenciando em seus hábitos. A família influencia nos hábitos alimentares e na atividade física, tanto pelo lado comportamental quanto pela influência genética. Viuniski (2007) reforça a genética como fator predisponente para a obesidade. Hoje são conhecidos mais de 20 genes envolvidos com o ganho de peso, além de quase uma centena de genes suspeitos.

Porém, vários estudos têm demonstrado que uma perda de peso sustentada é obtida quando toda a família está envolvida na intervenção. É necessário alterar padrões de estilo de vida da família como um todo, assim os pais passam a ser modelos a serem imitados pela criança. Outros membros, principalmente irmãos e avós, precisam ser incluídos, para que as condutas e os discursos sejam unificados, para evitar duplas mensagens e atitudes contraditórias. Alguns grupos vêm defendendo que a abordagem focalizada apenas na família, sem trabalhar diretamente com as crianças, pode apresentar melhores resultados do que tratamentos em que a criança é o alvo direto das mudanças (VIUNISKI, 2007).

Reforçando a importância da família nesta questão, O Consenso Latino Americano em Obesidade (CLAO, 1999), aponta como fatores que aumentam a eficácia do tratamento, a intervenção ainda na infância e na adolescência e o envolvimento ativo dos familiares,



particularmente no tratamento de crianças obesas. Os familiares podem estruturar um meio que facilite a ocorrência dos novos comportamentos desejados, propiciando sua manutenção.

Bergamo (2005) nos traz o fato de que a alimentação deixou de ser um ato conjunto, na presença dos pais, para se tornar muitas vezes numa atividade solitária em frente à televisão. “É importantíssimo que as crianças façam pelo menos uma refeição com os pais, para que estes tenham a oportunidade de controlar a alimentação dos pequenos, e assim, orientá-los sobre a importância de uma refeição saudável”, diz a pediatra Isabela Giuliano, uma das coordenadoras do Grupo de Estudos em Cardiologia Pediátrica Preventiva da Sociedade Brasileira de Cardiologia citado por Bergamo (2005, p. 111). Lembra ainda que isso, partindo-se do pressuposto, é claro, de que os pais saibam se a comida é saudável ou não.

### **3.2.4 Mudanças na alimentação**

Nos primeiros anos de vida, é essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança uma alimentação qualitativa e quantitativamente adequada, pois ela proporciona ao organismo a energia e os nutrientes necessários para o bom desempenho de suas funções e para a manutenção de um bom estado de saúde (CRUZ; COLUCCI; PHILIPPI, 2003, p.06).

É impossível corrigir a alimentação de uma criança sem o apoio de toda a família. Fazer comidas separadas ou regras diferentes para irmãos são medidas que estão relacionadas com altas taxas de insucesso do tratamento. As mudanças começam na hora das compras, na maneira de preparar os alimentos, nas atitudes na hora das refeições e lanches. O objetivo maior deve ser as mudanças comportamentais, mais do que na dieta prescrita. Fazer seis refeições por dia, observando a pirâmide alimentar, valorizando o café da manhã, geralmente pouco valorizado na nossa cultura. Evitar beliscadas fora das refeições, evitar alimentos ricos em gordura, incentivar o consumo de frutas e verduras, também são fatores importantes nessa mudança alimentar. Outras atitudes ligadas ao comportamento são: fazer as refeições em família, evitando assuntos estressantes à mesa; evitar refrigerantes; não usar a comida como castigo ou recompensa; não basta falar, as crianças vão olhar para os pais como exemplo (VIUNISKI, 2007).

Segundo Moloney (1989, p.56), a boa nutrição é um ato de equilíbrio: escolher alimentos com doses suficientes de proteínas, vitaminas, minerais e fibras; e com pouca gordura, sódio, açúcar. O consumo de energia (calorias) também precisa estar em equilíbrio com a energia despendida. As seis dicas utilizadas juntas podem ajudar na seleção de uma

dieta saudável, sendo elas: manter o peso adequado; evitar o excesso de açúcar; ingerir alimentos variados, evitar o excesso de sódio; evitar o excesso de gorduras, de gorduras saturadas e de colesterol, ingerir alimentos com o conteúdo apropriado de amido e fibra.

A quantidade de alimentos que cada criança necessita é influenciada por vários fatores e é diferente para cada uma delas. Lembramos que somos seres com características próprias, que cada ser é único. Segundo Moloney (1989) o crescimento é um fator muito importante quando se fala em quantidade de alimentos ingeridos pelas crianças. Por crescerem muito rapidamente, as crianças necessitam de uma quantidade crescente de alimentos durante os períodos de desenvolvimento rápido, e um pouco menos durante os períodos de menor crescimento. Quando elas passam de bebês para crianças, entretanto, suas necessidades gerais aumentam. Uma criança de 1 ano consome, em média, 1.000 calorias por dia. Por volta dos 3 anos, ela consome aproximadamente 1300 calorias por dia; e quando tiver 6 anos, chega a 1700 calorias por dia. Esses valores variam também de acordo como nível de atividade e as taxas básicas do metabolismo.

O apetite das crianças também é muito variável assim como o dos adultos. Este pode variar de acordo com a fase de desenvolvimento, com o nível de atividade em que se encontra, com os gostos alimentares no momento e se está se sentindo bem. Sendo assim, as necessidades nutricionais das crianças podem ser melhor correspondidas através de uma alimentação bem equilibrada e uma saudável variedade de alimentos (MOLONEY, 1989).

Considerando a complexidade dos fatores envolvidos na alimentação das crianças e as dificuldades na oferta de uma dieta adequada, criou-se um instrumento para orientação nutricional, baseado na proposta da Pirâmide Alimentar (CRUZ; COLUCCI; PHILIPPI, 2003).

De acordo com Cruz, Colucci e Philippi (2003. p.08), com a finalidade de promover orientação nutricional e hábitos alimentares saudáveis para crianças de 2 a 3 anos de idade, fez-se a adaptação da Pirâmide Alimentar. A pirâmide foi baseada em dieta padrão (1300kcal) com seis refeições, calculadas de acordo com as recomendações para a idade. Foi avaliada a distribuição percentual dos macronutrientes em relação ao valor energético total, obtendo-se 15% para proteínas, 59% para carboidratos e 26% para lipídios. Foram calculados ainda os valores para ferro total e ferro biodisponível.

Os alimentos estão organizados em oito grupos: arroz, pão, massa, batata, mandioca (5 porções), verduras e legumes (3 porções), frutas (3 porções), carnes e ovos (2 porções), leite, queijo e iogurte (3 porções), feijões (1 porção), óleos e gorduras (1 porção) e açúcares e doces (1 porção). A pirâmide alimentar apresenta-se como um instrumento importante para

orientação nutricional, servindo como guia para o planejamento de uma alimentação saudável para crianças (CRUZ; COLUCCI; PHILIPPI, 2003, p 05).

A pirâmide infantil foi dividida, então, em quatro níveis:

**Primeiro nível:** Grupo do arroz, pão, massa, batata, mandioca: constituído por cereais, tubérculos e raízes, fontes de carboidratos; contribui com a maior parte das calorias da dieta – 5 porções, sendo pelo menos uma de grãos integrais.

**Segundo nível:** Grupo das verduras e legumes e Grupo das frutas: fontes de vitaminas e minerais – 3 porções.

**Terceiro nível:** Grupo do leite, queijo e iogurte: fontes de proteínas, cálcio e vitaminas – 3 porções; Grupo das carnes e ovos: alimentos fontes de proteínas, ferro e vitaminas; inclui carne bovina e suína, aves, peixes e frutos do mar, vísceras e ovos – 2 porções; Grupo dos feijões: inclui feijão, soja, ervilha, grão de bico, fava e amendoim; alimentos fontes de proteína vegetal – 1 porção.

**Quarto nível:** Grupo dos óleos e gorduras (margarina/manteiga, óleo) e Grupo dos açúcares e doces (doces, mel e açúcares): fontes de gorduras e carboidratos, respectivamente; os alimentos destes grupos devem ser consumidos com moderação, pois se encontram no topo e em todos os outros níveis da pirâmide, estando presentes na composição e preparação dos alimentos – 1 porção (CRUZ; COLUCCI; PHILIPPI, 2003, p 09).



Figura I - Pirâmide Alimentar para crianças de 2 a 3 anos. Fonte: Cruz; Colucci; Philippi, (2003, p. 10).

Visando complementar a orientação nutricional, baseada na pirâmide alimentar infantil, foram definidas algumas recomendações básicas: escolher uma dieta variada com alimentos de todos os grupos da pirâmide; dar preferência aos vegetais como frutas, verduras e legumes; ficar atento ao modo de preparo dos alimentos, procurando facilitar a mastigação e deglutição pelas crianças e dando prioridade aos alimentos em sua forma natural e às preparações assadas, cozidas em água ou vapor e grelhadas; apresentar as preparações culinárias de maneira a atrair a atenção das crianças; ler os rótulos dos alimentos infantis industrializados para conhecer o valor nutritivo do alimento e o modo de preparo; introduzir novos alimentos e preparações de forma gradual e insistente, para que a criança possa aprovar e incluir em seus hábitos alimentares; utilizar açúcares, doces, sal e alimentos ricos em sódio com moderação; consumir alimentos com baixo teor de gordura, dando preferência às carnes magras; usar gorduras poliinsaturadas encontradas em óleos vegetais (girassol, milho, canola e soja) (CRUZ; COLUCCI; PHILIPPI, 2003, p. 11).

### **3.2.5 Atividade física e o combate ao sedentarismo**

“A atividade física regular é importante na prevenção de diversas doenças e representa o fator fundamental para a manutenção ou redução corporal” (NAHAS, 1999, p. 49). Segundo esse mesmo autor, a atividade física regular combinada com uma boa alimentação deve ser incluída no estilo de vida das pessoas, e representa a maneira mais eficiente e saudável para manter e reduzir definitivamente o peso corporal.

O aumento da atividade física ao longo do tempo é preditor de êxito ou não do tratamento em controlar a obesidade. Os exercícios baseados em estilo de vida ativo parecem ser mais efetivos do que exercícios aeróbios programados para manutenção e perda de peso. Ambos os tipos de atividades físicas promovem perda de peso no início, mas as atividades baseadas em estilo de vida ativo parecem ser mais eficientes em longo prazo. Essas atividades podem ser incluídas no dia a dia da criança, como, exemplo, caminhadas, bicicleta, natação, dançar, pular corda, jogos de bola, brincadeiras ao ar livre. As crianças obesas e suas famílias devem ser encorajadas a incorporar algumas oportunidades para incluir atividade física no seu dia a dia (VIUNISKI, 2007).

Para Neto (1997) a vida nos grandes centros urbanos impõem enormes restrições à atividade física espontânea das crianças. Essas restrições induzem hábitos extremamente

sedentários, isso devido às tendências oferecidas pela tecnologia, como televisão, videogames e computadores.

Viuniski (2007) reforça a importância dessa tecnologia para o desenvolvimento do sedentarismo e conseqüentemente da obesidade. Refere que é mais efetivo combater o sedentarismo do que incentivar o aumento da atividade física, pois se as crianças e a família como um todo, são incentivadas a evitar situações que favoreçam a inatividade, elas estarão mais aptas para escolherem uma atividade com maior gasto energético.

A Academia Americana de Pediatria segundo Viuniski (2007) recomenda no máximo 2 horas de televisão por dia (o ideal seria uma hora). Se os pais controlarem esse tempo diante de uma tela, a criança por si mesma vai encontrar algo mais saudável e mais ativo para fazer.

Além disto, muitas crianças obesas não comem mais que seus colegas com o peso ideal. Alguns comem até menos. Mais importante que a quantidade de alimentos ingeridos, é o fato de que as crianças obesas tendem a ser menos ativas fisicamente que seus colegas mais magros. As crianças com o peso normal, normalmente equilibram suas necessidades alimentares com a energia dispendida, quanto mais se movimentam, mais comem e vice-versa (VIUNISKI, 2007).

Neto (1997) ainda relata que fazer esportes é prazer, é desenvolver a coordenação motora, a saúde física e mental e melhorar a integração social.

### **3.2.6 Indicações para um caminhar junto**

Nunca é demais repetir que os melhores resultados para o cuidado da criança e família que vivenciam a obesidade infantil são obtidos quando uma equipe multiprofissional e multidisciplinar trabalham interdisciplinarmente participando ativamente do tratamento.

Algumas crianças com complicações metabólicas importantes devido à obesidade, como falhas no crescimento ou outros sinais de doença endócrina ou genética, poderão necessitar de auxílio de serviços especializados. Algumas vezes, distúrbios psicossociais importantes podem estar presentes na criança obesa ou na sua família, podendo requerer a avaliação por parte de um psiquiatra infantil (VIUNISKI, 2007).

Todos estes aspectos nos mostram que existe um campo vasto de atuação para a enfermagem no cuidado junto à criança e sua família, as quais vivenciam a obesidade infantil, envolvendo sua prevenção, seu tratamento e a promoção de seres mais saudáveis.

## 4 MARCO DE REFERÊNCIA PARA O ESPETÁCULO

Para fundamentar o desenvolvimento do Espetáculo, foram escolhidos alguns dos principais pressupostos da teoria do Interacionismo Simbólico.

A escolha destes pressupostos se deu pelo fato de o Interacionismo Simbólico possibilitar trabalhar as relações familiares, destacando a questão dos papéis em suas interações, bem como a importância dos significados no processo de viver humano.

### 4.1 Resgatando alguns aspectos históricos

*“Ter imaginação é gozar de uma riqueza interior, de um fluxo ininterrupto e espontâneo de imagens”.*

(ELIADE, 2002, p. 16)

De acordo com Haguette (2003), a escola de Interação Simbólica teve sua origem em clássicos da sociologia do fim do século XIX, com Charles Hoorton Cooley (1864-1929), W.I. Thomas (1863-1947) e George Herbert Mead (1868-1931). Os três tinham as concepções de que existe um estreito inter-relacionamento entre indivíduo e sociedade; o aspecto subjetivo do comportamento humano é parte necessária no processo de formação e manutenção dinâmica do “Self” social e do grupo social, sendo a sociedade entendida como um processo.

“Embora seja um equívoco atribuir as idéias básicas subentendidas no Interacionismo Simbólico a uma única pessoa, Mead foi o gerador primordial do movimento. Nesse sentido, este pode ser chamado o “pai” do Interacionismo Simbólico”. (LITTLEJOHN, 1982, p. 67).

As obras de Mead foram compiladas e editadas após a sua morte em 1931, sendo a mais conhecida *Mind, Self and Society*, (sociedade, eu e mente) editada em 1934. Em 1937, Herbert Blumer atribuiu a sua abordagem teórico-metodológica a expressão “interacionismo simbólico”, pela convicção de que a ciência empírica deveria ser respeitada por ser o mundo empírico o objeto de estudo e, para ser estudado, seria necessária uma metodologia (LITTLEJOHN, 1982).

Segundo Haguette (2003), foi Blumer que cunhou aos pensamentos de Mead, buscando sistematizar seus manuscritos, aulas, notas, e palestras, e discutir de forma clara e representativa os aspectos essenciais do Interacionismo Simbólico. Este explorou não somente

a complexa relação entre sociedade e indivíduo, como também a gênese do self, desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente.

Assim, iniciou escritos que representavam com clareza os pressupostos básicos da abordagem interacionista, tendo a preocupação de criar uma metodologia, pois os manuscritos de Mead não possuíam uma sistemática teórica (LITTLEJOHN, 1982).

## 4.2 O Interacionismo Simbólico

Inicialmente, a teoria do Interacionismo Simbólico foi levada para ser usada nos problemas com famílias na década de 20, desde então, se usa essa teoria para pesquisar as famílias. Na Enfermagem, Elsen (1984), segundo Nitschke (1991), foi pioneira em adotar a teoria, sendo que já em seu doutoramento recomenda o Interacionismo Simbólico para se trabalhar com famílias, principalmente devido aos temas que envolvem cultura. Cabe ressaltar ainda alguns autores que adotaram o Interacionismo Simbólico para trabalhar com famílias na Enfermagem, tais como: Nitschke (1991, 1999), Tholl (2002), Teixeira (2005), Machado et al (2006).

Lopes e Jorge (2005, p. 104) reforçam o sucesso da utilidade da teoria na Enfermagem “por se tratar de uma teoria em que o significado é o conceito central, onde as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, que definindo situações agem no contexto social que pertencem”. Observam ainda que a aplicação da teoria tanto no ensino como na prática, ampliam conhecimentos na construção de estratégias e ações que visam um relacionamento interativo e humanizado entre as pessoas. Em relação a alunos universitários, afirmam que

o aluno não necessita somente de conhecimento teórico disciplinar, mas de um relacionamento humanizado na construção do conhecimento acerca da formação do *ser pessoa*, para que o mesmo possa construir atitudes interativas ao lidar com pessoas possibilitando exercer sua profissão plenamente.

Estes mesmos autores colocam que para a compreensão da perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico se faz necessária a compreensão de alguns conceitos pertinentes à sua interação, tais como, mente, *self*, objetos, símbolos, linguagem, sociedade, ação humana e atividade grupal. Estes serão descritos em seguida de forma sucinta.

Haguette (2003, p. 29) coloca que quando Mead fala que o ser humano possui um self, ele quer dizer que “da mesma forma que o indivíduo age socialmente com relação a outras pessoas, ele interage socialmente consigo mesmo. Ele pode tornar-se objeto de suas próprias ações”. O desenvolvimento do self tem início na infância, dentro de um contexto que é a sociedade. Começa pela fase de imitação por parte da criança, sem ter um significado para a mesma, depois ela passa a “assumir o papel dos outros” em relação a si próprio, e como exemplo desses papéis tem “a mãe, a professora, o bandido...”

O self é formado pelo Eu e Mim, sendo o Eu a resposta para as atitudes do outro, o lado impulsivo, espontâneo e desorganizado. O Mim, é a organização das atitudes, é o outro generalizado, composto de padrões organizados, consistentes, compartilhados com outros (LITTLEJOHN, 1982; LOPES; JORGE, 2005).

A *mente* é concebida por Mead “como um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio usando símbolos significantes”. Ela surge do processo social de comunicação, ou seja, da interação com os outros (HAGUETTE, 2003, p. 32).

Os *objetos* incluem o que o ser humano pode observar em seu mundo físico e, conforme o significado que essas coisas têm para ele, suas ações são dirigidas a essas coisas; portanto, é tomado como base o significado das mesmas (LITTLEJOHN, 1982).

Os *símbolos* “são o que vemos e como interpretamos, e o nosso mundo é de símbolos, a nossa realidade é simbólica; é através da interação simbólica que atribuímos os significados e desenvolvemos a realidade que agimos” (CHARON 1989 *apud* LOPES; JORGE, 2005, p. 105). Para Mead *um gesto compartilhado é um símbolo significante*, e a sociedade nasce nos símbolos significantes do grupo (LITTLEJOHN, 1982).

A *linguagem* é composta por instrumentos usados por indivíduos para ordenar a experiência. É empregada para discriminar, generalizar, fazer sempre a distinção no ambiente. Assim, o mundo é literalmente dividido por significados que usamos através da linguagem (CHARON 1989 *apud* LOPES; JORGE, 2005).

Os interacionistas definem a *sociedade* como constituída por indivíduos que interagem uns com os outros; “estas interações são transmitidas através de gestos que se tornam *simbólicos*, isto é, passíveis de ser interpretados. Estes “símbolos” passam a ser designados “símbolos significantes” quando assumem um sentido comum” (HAGUETTE, 2003, p. 27, grifo do autor).

Segundo Blumer (1969) citado por Lopes e Jorge (2005, p. 106), o processo interpretativo é derivado do contexto da interação social. O que ocorre é que a pessoa escolhe, checa, suspende, reagrupa e transforma o significado à luz da situação como um processo



formativo, no qual os significados são usados e revisados como um instrumento para as diretrizes da ação.

A *ação humana* é vista como um resultado formado da auto-interação; é construída através das indicações que a pessoa faz a si e interpretação do que indica para agir. A pessoa identifica que quer estabelecer uma meta, mapeia uma linha de comportamento, observa e interpreta as ações dos outros, dimensiona a sua situação, checa-se, elabora o que fazer com os outros pontos. Mead dividiu a ação do ser humano em quatro estágios: impulso, percepção, manipulação e consumação, e definiu que a essência da ação é causada pela decisão tomada pela pessoa ativamente através desses estágios como segmentos da ação (LOPES; JORGE, 2005).

A pessoa que responde, organiza sua resposta tomando por base o que os *gestos* significam. A pessoa que apresenta os gestos como indicações do que está planejando fazer, tomando por base aquilo que quer que o respondente faça ou compreenda. Com efeito, o gesto tem significado tanto para a pessoa que faz como para a quem é dirigido. A interação simbólica, que envolve o processo de interpretação da ação, procura compreender o significado da ação de cada (BLUMER, 1959, *apud* LOPES; JORGE, 2005, p. 106)

A ênfase na concepção interacionista de significado é sobre a interpretação consciente; as coisas passam a ter significado para a pessoa quando esta as consideram conscientemente, reflete e pensa sobre o objeto, ou o interpreta, e isso se processa numa interação interna da pessoa, pois o ator seleciona, confere, suspende, reagrupa e transforma os significados à luz da situação em que está colocado e da direção que imprimiu à sua ação. Assim sendo, a interpretação é um processo formativo e não uma aplicação sistemática de significado já estabelecido (HAGUETTE, 2003; LITTLEJOHN, 1982).

### **4.3 Pressupostos do Interacionismo Simbólico**

De acordo com Haguette (2003, p. 35), são três premissas básicas do Interacionismo Simbólico:

1. O ser humano age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para ele. Estas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categorias onde estes seres humanos são incluídos (amigos ou inimigos), instituições, idéias valorizadas (honestidade), atividades dos outros e outras situações que o indivíduo encontra na sua vida cotidiana.

2. O sentido das coisas é derivado, ou surge da interação social que alguém estabelece com seus companheiros.

3. Estes sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra.

Nitschke (1991) em seu mestrado complementa alguns destes pressupostos:

- O ser humano tem capacidade de aprender grande número de significados e valores através da comunicação simbólica. Ele os aprende através da interação com outras pessoas, especialmente com membros de sua família. Deste modo, os símbolos podem ser pensados como significados e valores que são comuns ou compartilhados. Esse é o processo de socialização no qual o indivíduo aprende os valores e normas culturais e subculturais que ele segue (SCHVANEVELDT, 1983 *apud* NITSCHKE, 1991).
- O ser humano vive num ambiente simbólico, assim como num ambiente físico e é estimulado em situações sociais para agir através de símbolos, bem como através de estímulos físicos (ROSE, 1980 *apud* NITSCHKE, 1991).
- A sociedade precede o indivíduo. Os seres humanos nascem numa sociedade já existente e que desenvolveu uma cultura. Assim, eles são socializados para alguns significados de acordo com o comportamento esperado por esta sociedade. Contudo, isto não implica em determinismo cultural, devido às importantes pressuposições sobre a natureza humana (ROSE, 1980 *apud* NITSCHKE, 1991).

#### **4.4 Nossos Pressupostos**

- A Enfermagem é profissão, ciência e arte. Esta tem papel fundamental no cuidado às famílias, e para oferecer um cuidado com maior qualidade, precisa ter destreza, sensibilidade e coração. Precisa interagir com as famílias de modo a conhecer seu cotidiano e compartilhar símbolos.

- É fundamental discutir os problemas da Obesidade Infantil com a família para a promoção da saúde, contribuindo para a construção de hábitos saudáveis.
- Os hábitos saudáveis de uma pessoa precisam ser cultivados desde a infância para que sejam efetivamente integrado ao seu dia a dia, pois é neste período que a criança está em constante crescimento e desenvolvimento que ela estrutura a maneira pela qual irá interagir com a realidade, através dos símbolos transmitidos primeiramente pela família, e que são inscritos no corpo e em seu imaginário.

## **5 ALGUNS CONCEITOS SENSÍVEIS PARA O ESPETÁCULO**

Utilizamos o termo *conceitos sensíveis* por acreditar que a ciência pode produzir conceitos desde que sejam sensíveis, uma vez que não podem ser definidos, fixados; e sim se modificar no decorrer da pesquisa (cuidado), e que se sensibilizam com os aspectos importantes de cada caso estudado (QUEIROZ; ZIOLKOSVKI, 1994 *apud* NITSCHKE, 1999).

### **5.1 Sociedade**

A sociedade consiste de seres humanos que interagem e que desenvolvem atividades diferenciadas que os colocam em diferentes situações. Essas atividades ocorrem predominantemente em resposta, ou em relação a outro ser humano, de acordo com os significados e valores. A sociedade está em constante formação e transformação de objetos, e na medida em que seus significados se modificam, modificam o mundo (HAGUETTE, 2003).

### **5.2 Ser Humano**

O ser humano é um ser singular, histórico, em crescimento e desenvolvimento. Faz parte de uma família e de uma sociedade através da interação. Aprende através da interação simbólica, família e da sociedade; percebe e desempenha papéis a partir de normas e expectativas, sustentadas individualmente ou coletivamente por outros membros da família e da sociedade para seus atributos e comportamentos. Sendo assim, cada ser humano é solicitado a se integrar a múltiplos papéis, tanto dentro quanto fora da família (SCHVANEVELDT, 1981, *apud* NITSCHKE 1991, p. 66).

### **5.3 Criança**

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança (1990), artigo 1º, “criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo”. Esta definição coincide com o conceito que consta no artigo 122º do Código Civil: “é menor quem não tiver ainda completado dezoito anos de idade”.

A criança é um ser em constante crescimento e desenvolvimento. É um ser frágil, sensível, sincera e ingênua. Faz parte de uma família e de uma sociedade cultural, na qual

desempenha um papel importante; nesta, recebe, processa, e transmite simbolicamente informações importantes para sua formação. Toda criança é digna de receber amor, respeito, atenção, educação, e saúde.

#### **5.4 Família**

A família é “um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se consideram uma família, as quais dividem uma história, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos, e um alto grau de intimidade” (DELANEY *apud* NITSCHKE 1999, p. 29-30).

Ela pode ser constituída por pessoas que se percebem como família, sem possuir necessariamente laços consangüíneos. A família convive por determinado espaço de tempo, possuem e transmitem crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. Assim, toda família constrói uma história (ELSEN et al, 1992).

A família faz parte de uma sociedade, interage com outras pessoas, famílias, escola, unidade local de saúde. Dependendo do nível de interação estabelecida entre a família e os membros da instituição, o grupo pode perceber-se como família.

#### **5.5 Quotidiano**

É a maneira de viver dos seres humanos que se mostra no presente, expresso na vida de todo dia, estando relacionada à cultura em que está inserido. Assim, apresenta-se por interações, crenças, valores, símbolos, imagens experimentadas diariamente que possibilitam ou não o ser humano crescer e se desenvolver ao longo da vida delineando seu processo de viver e pontuando seu ciclo vital (NITSCHKE, 1991).

#### **5.6 Ambiente simbólico**

*“Não precisamos dos poetas ou das psiques em crise para confirmar a atualidade e a força das imagens e dos símbolos. A mais pálida das existências está repleta de símbolos, o homem mais “realista” vive de imagens”.*  
(ELIADE, 2002, p. 12).

De acordo com Nitschke (1991, p. 69- 70) “ambiente simbólico é o ambiente mediado através de símbolos significantes. Símbolos são estímulos que têm um significado para os seres humanos e neles provocam uma resposta baseada naquele significado”. De acordo com Eliade (2002, p.8)

o símbolo revela certos aspectos da realidade – os mais profundos – que desafiam qualquer outro meio de conhecimento. As imagens, os símbolos e os mitos não são criações irresponsáveis da psique; elas respondem a uma necessidade e preenchem uma função: revelar as mais secretas modalidades do ser. Por isso, seu estudo nos permite melhor conhecer o homem, “o homem simplesmente”, aquele que ainda não se compôs com as condições da história.

O importante nessas imagens da “nostalgia do paraíso” é que elas expressam sempre muito mais do que a pessoa que as sente poderia fazê-lo por meio da palavra. Aliás, a maioria dos humanos seriam incapazes de expressá-las: não que sejam menos inteligentes que os outros, mas porque dão muito pouca importância à nossa linguagem analítica. “O pensamento simbólico não é uma área exclusiva da criança, do poeta ou do desequilibrado: ela é consubstancial ao ser humano: precede a linguagem e a razão discursiva” (ELIADE, 2002, p.8).

A criança e sua família vivem em um ambiente simbólico. Este ambiente certamente é influenciado pelo crescimento e desenvolvimento de seus membros, assim como pelo processo saúde- doença da qual vivenciam.

## **5.7 Saúde e doença familiar**

“Saúde familiar é uma experiência dinâmica de vida resultante da interação que possibilita cada membro da família/família crescer, desenvolver-se, ajustar-se e desempenhar seus papéis. Esta interação é denominada de interação positiva” (NITSCHKE, 1991, p.71)

Para Bomar (1990) citado por Nitschke (1991) a saúde familiar é mais do que a ausência de doença em um membro da família; ela inclui uma multiplicidade de variáveis biológicas, psicológicas, sociológicas, espirituais, dentro de um contexto cultural que a família vivencia enquanto sente bem-estar ou doença. Por outro lado, a promoção da saúde familiar consiste nas ações desenvolvidas pela família para aumentar seu bem-estar ou a qualidade de sua vida.

Doença familiar é uma experiência dinâmica de vida resultante da interação que dificulta ou impossibilita cada membro da família/família crescer e se desenvolver, definir,

ajustar-se e desempenhar papéis. Interação esta que pode ser chamada de perturbada, negativa, ou super-interação (NITSCHKE, 1991).

Ainda de acordo com Nitschke (1999), saúde e doença têm diferentes significados para os membros da família, assim como para cada ser humano na sociedade. Além disso, assim como a interação, tanto a saúde quanto a doença, são influenciadas pelo ambiente físico e pela sociedade, dependendo, de aspectos físico-biológicos, sócio-econômicos e psico-espirituais.

## **5.8 Obesidade**

A obesidade é uma enfermidade crônica que se acompanha de múltiplas complicações, caracterizada pela acumulação excessiva de gordura em uma magnitude tal que compromete a saúde. Obesidade é ainda o resultado de ingerir mais energia que a necessária. Pode-se dizer que a obesidade possui fatores de caráter múltiplo, tais como os genéticos, psicossociais, cultural-nutricionais, metabólicos e endócrinos. A obesidade, portanto, é gerada pela interação entre fatores genéticos e culturais, assim como familiares (COUTINHO, 1999).

## **5.9 Enfermagem**

Enfermagem é

profissão, ciência, e arte que implicam um processo de interação entre enfermeiro e família, chamado de cuidado, na qual o profissional, ao desempenhar seu papel, busca compartilhar significados, símbolos, crenças, valores junto à família, visando a promoção e a manutenção da saúde familiar, bem como a prevenção e a recuperação da doença familiar (NITSCHKE, 1991, p. 76).

Enfermagem é ainda profissão que visa o cuidar do outro com amor, responsabilidade, habilidade e respeito. É auxiliar as pessoas que precisam, fornecendo nem sempre a melhor tecnologia ou a melhor técnica, mas sim um simples ouvir, olhar e tocar com sensibilidade.

## **5.10 Cuidado**

É um processo de interação entre o profissional enfermeiro (a) e a família, onde o profissional busca interpretar as ações do outro e compartilhar símbolos e significados, para o alcance do sucesso de promover e recuperar a saúde, assim como prevenir o surgimento de doenças dentro do ambiente familiar. O cuidado faz parte das necessidades de sobrevivência da vida humana, onde consiste de um processo complexo, dinâmico, flexível, criativo, que envolve interações humanas.

### **5.11 Definição da situação**

Segundo Nitschke (1991, p. 71) *apud* Schvaneveldt (1981), a Definição da Situação “é a representação de uma situação para o ser humano e a família em termos simbólicos”. É a ação social pela qual um ator interpreta um estímulo num ambiente. Deste modo, cada ator percebe, faz julgamentos e inicia uma ação baseada na definição do estímulo dado pelo ambiente (NITSCHKE, 1991).

### **5.12 Promoção da saúde**

É o processo que possibilita às pessoas aumentar o controle dos determinantes da saúde e, assim, melhorar sua saúde. Representa um amplo processo social e político, não engloba apenas as ações dirigidas para o fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também das ações direcionadas para as mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de forma que alivie seu impacto sobre a saúde pública e individual (CANADÁ, 1986, p.79).

A promoção da saúde visa à redução de fatores de risco que provocam determinadas doenças. Uma das formas de promover saúde se dá através da educação; através de hábitos mais saudáveis de vida (alimentação, atividades físicas, higiene...) e combater os hábitos prejudiciais à saúde (BRASIL, 1990, p.10).



## **6 METODOLOGIA**

A metodologia é o caminho a ser seguido para o direcionamento da prática assistencial, ou seja, o “making off” do espetáculo, que está prestes a começar...

De acordo com Minayo (1994, p. 16)

a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas. Ela inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilita a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador.

Enfim a lona foi armada e o espetáculo aconteceu nos fundamentos do Interacionismo Simbólico. A seguir, estão descritos o local escolhido para armação da lona; os nossos anjos do picadeiro; aspectos éticos observados, roteiro/script, ou seja, o aqui chamado de Processo de Cuidar Sorrindo, a descrição das estratégias utilizadas para o alcance dos objetivos e a forma de registro dos espetáculos.

### **6.1 Descrição do local onde a tenda foi armada...**

A Lagoa da Conceição, um dos cartões postais da Ilha, ponto turístico muito visitado e bairro procurado por sua badalação. É localizada na região leste da cidade de Florianópolis e sua origem, conforme Mello (2003) data de 07 de junho de 1750. Sua área compreende 55,28 quilômetros quadrados, possui mais de 10.500 habitantes, tendo como sua principal atividade econômica o comércio e turismo.

### **6.2 O Picadeiro...**

O picadeiro, ou seja, o cenário onde desenvolvemos nossa prática assistencial, foi um Núcleo de Educação Infantil (NEI) mantido pela Prefeitura Municipal de Florianópolis e criado em 1979. O NEI atende 220 crianças que estão na faixa etária de 1 ano e 7 meses até 5 anos e 12 meses, distribuídas em 6 turmas no período matutino e 6 turmas no vespertino. As

atividades envolvem educação das crianças, reuniões mensais com os professores, as paradas pedagógicas e encontros bimestrais com os pais.

O quadro de funcionários do NEI é composto por 38 funcionários: 12 professores, 12 auxiliares de sala, 4 auxiliares de serviços gerais, 2 auxiliares de ensino, 1 vigia, 5 merendeiras, 1 supervisora e 1 diretora. A escola atende a comunidade local e crianças de outros bairros como a Barra da Lagoa, Rio Vermelho, Itacorubi e Rio Tavares.

Inserido neste, encontra-se o Projeto Ninho, o qual surgiu da vivência do trabalho anterior com famílias e, também junto ao Grupo de Assistência Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM) da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. O Projeto Ninho, iniciado em abril de 1996, foi desenvolvido no primeiro ano através de oficinas e reuniões com famílias e profissionais da entidade de ensino da Lagoa da Conceição, bem como com a coordenadora do projeto, os bolsistas de extensão, e os próprios profissionais do GAPEFAM.

O objetivo geral do projeto, segundo Nitschke (2006), é o cuidar transdisciplinarmente da saúde das famílias que habitam a região da Grande Florianópolis. O grupo de trabalho é formado pela coordenadora do projeto, professora Rosane Gonçalves Nitschke, acadêmicos de enfermagem, bolsistas ou voluntários, pelos profissionais e pelas famílias ligados ao NEI, interessados no cuidado de sua saúde, podendo estar presentes apenas alguns membros da família, ou ainda, somente um integrante desta, ressaltando-se que o foco do trabalho é a família em sua unicidade. Também podem integrar o grupo doutorandos do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC (PEN/UFSC), como já ocorreu entre 2004 e 2006. As reuniões são desenvolvidas nas dependências da mesma, mantendo-se a periodicidade proposta e discutida entre as partes. Outra modalidade que integra o Projeto Ninho refere-se às consultas especiais que são realizadas, por solicitações individuais, de famílias, sendo encaminhadas pela direção da entidade, atendendo-se nas próprias instalações, ou fazendo-se visitas domiciliares, caso haja demanda. Oferece ainda encontros entre 1 a 2 vezes por mês, podendo também, em alguns momentos, serem semanais.

O NEI realiza grupos de estudos com os funcionários, com o objetivo de estudar as interações entre as crianças. A metodologia é baseada nos estudos em que a criança constrói sua relação criando e brincando, tanto que o logotipo da entidade é “Aprendendo Brincando”.

A realização do espetáculo foi vinculada à Unidade Local de Saúde da Lagoa da Conceição, que se localiza na Rua João Pacheco da Costa, próximo ao colégio Henrique Veraz. Pertence à Regional Leste, tendo como limites de abrangência a Costa e o Canto da Lagoa da Conceição, a Praia Mole e a Praia da Joaquina. O horário de atendimento

compreende das 07:00 às 22:00. Os serviços prestados englobam: clínica geral, serviço de enfermagem, serviço de pediatria, consulta ginecológica, odontologia, programa capital criança, vacinação e teste do pezinho.

Esta Unidade de Saúde integra a Rede Docente Assistencial (RDA), na qual acadêmicos e professores universitários desenvolvem atividades curriculares, articulados aos profissionais da rede de atenção básica de saúde, visando uma nova formação dos profissionais de saúde, e sua preparação para o modelo da Estratégia de Saúde da Família.

### **6.3 Nossos Anjos do Picadeiro**

Realizamos o cuidado de enfermagem com nossos “Anjos do Picadeiro” que, ao mesmo tempo em que foram público, foram artistas do nosso espetáculo. Referimos a “nossos Anjos do Picadeiro” toda a família do NEI, que são todos os indivíduos integrantes da instituição, sendo eles: crianças de 1 ano e 7 meses a 5 anos e 12 meses de idade e suas famílias, professores, auxiliares de sala, merendeiras, auxiliares da limpeza, e todas as pessoas que fazem parte do cotidiano das crianças do NEI e que se considerem família.

Utilizamos aqui esta analogia pelo de fato de acreditarmos que a palavra “anjo” denota um sentido carinhoso, puro e sensível ao nos referirmos às famílias do NEI, e principalmente às crianças inseridas no Processo de Cuidar Sorrindo. “Anjo” complementa o mundo do circo, enriquecendo o nosso imaginário e o lúdico.

### **6.4 O Roteiro/ Script - Construindo um modelo de cuidado: o processo de cuidar sorrindo**

O lúdico e o criativo são elementos constituintes do homem que conduzem o viver para formas mais plenas de realização; são, portanto, indispensáveis para uma vida produtiva e saudável, do ponto de vista da auto-afirmação do homem como sujeito, ser único, singular, mas que prescinde dos outros homens para se realizar, como ser social e cultural, formas iminentes à vida humana (BARTHOLLO, 2001, p. 92 apud FERREIRA, 2004)

O modelo de cuidado que adotamos denominou-se de Processo de Cuidar Sorrindo, inspirado em Nitschke (1991), tais como Tholl (2002) e Teixeira (2005), o qual se configurou com um Script, um Roteiro que foi nos guiando, através da razão sensível como apoio teórico, expresso principalmente pelo lúdico.

Teixeira (2005) compreende que o processo de cuidar em Enfermagem é como um modelo operacional para a prática da enfermagem, o qual conduz à sistematização da assistência de enfermagem. É um dos meios que permite a enfermeira planejar um cuidado buscando torná-lo sistemático e ordenado. Desta maneira, permite atender as especificidades de cada cliente e de sua família, respeitando suas crenças, valores, significados, necessidades, ansiedades, desejos e medos.

Os momentos desenvolvidos para a realização do Processo de Cuidar Sorrindo foi composto por quatro fases, as quais estão descritas a seguir:

### **1. Conhecendo o Quotidiano e as Interações**

Este foi o primeiro momento do Processo de Cuidar Sorrindo. Neste, buscávamos conhecer o picadeiro... isto é, o local e a maneira de viver a partir de interações, crenças, valores e significados de todos que fazem parte deste “circo”: as crianças, as famílias, professores, merendeiras e outros funcionários. Nas interações, que estavam sempre permeadas ao lúdico, observávamos, dialogávamos e brincávamos na busca da aproximação das famílias do NEI, compreendendo a sua maneira de viver.

### **2. Definindo a Situação**

Definir a Situação foi o nosso segundo momento. Através do conhecimento dos significados da imagem do ser saudável no cotidiano das famílias do NEI, definimos a situação vivenciada, destacando-se a obesidade infantil. Foi nesta fase que junto às famílias, identificávamos quais eram as necessidades de cuidado.

### **3. Propondo e Realizando o Cuidado**

Este foi o terceiro momento do Processo de Cuidar Sorrindo. Neste, propúnhamos e realizávamos o plano de cuidados aos Anjos do Picadeiro; através da verificação dos dados antropométricos, assim como pressão arterial e circunferência abdominal; consultas interdisciplinares, visitas domiciliares e oficinas.

Cabe ressaltar que as oficinas foram adotadas pelo fato de acreditarmos, assim como Patrício (1995), que a mesma enquanto método de pesquisar, é um processo de interação que se dá entre profissional e população, onde estão envolvidas idéias, observação, sentimentos,

interpretação, reflexão profunda e crítica, calcados em princípios científicos, éticos e estéticos da vida. É um processo de análise centrado em razão e sentimento.

#### 4. Repensando o Quotidiano e o Cuidado

Repensando o Quotidiano e o Cuidado foi o quarto momento do Processo de Cuidar Sorrindo, onde ao se retomar o cotidiano, repensávamos sua conexão com o ser saudável e como os cuidados propostos e realizados tinham sido efetivos e resolutivos. Dessa forma, retroalimentávamos o processo de cuidar.

Destacamos que o Processo de Cuidar era sempre dinâmico, sendo que as etapas em muitos momentos se sobrepuseram.

#### 6.5 O Registro do espetáculo

Os registros foram feitos através de diários de campo, fotografias, vídeo e gravação de voz.

Fizeram parte dos registros em diário de campo, as “Notas de Interação”, “Notas de Cuidador- Pesquisador”, “Notas Metodológicas”, e “Notas Teóricas”, semelhante a forma adotada por Nitschke (1999, 1999), na qual a autora se baseou em Ludck e André (1988) e Elsen (1988).

Nas **Notas de Interação** (NI) relatávamos as interações entre as pesquisadoras-cuidadoras e a Família do NEI, onde poderíamos descrever os sujeitos, seu comportamento, a reconstrução dos diálogos, o local e as atividades desenvolvidas.

Nas **Notas do Cuidador-Pesquisador** (NCP) registrávamos as percepções, sentimentos e reflexões das próprias pesquisadoras-cuidadoras.

Nas **Notas Metodológicas** (NM) relatávamos aspectos referentes às técnicas e métodos utilizados durante o desenvolvimento do cuidado, bem como os problemas encontrados e como resolvê-los.

Nas **Notas Teóricas** (NT) refletíamos sobre aspectos teóricos, ou seja, desenvolvíamos uma conversa constante entre pesquisadoras, realidade e os autores.

Através dos mesmos, retomávamos os momentos vivenciados nestes dois meses de estágio.

## 6.6 Aspectos éticos observados

Este espetáculo teve o compromisso de cumprir com as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas e atividades envolvendo seres humanos do Conselho Nacional da Saúde, Resolução 196/96. Esta Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, entre outros. Visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Cabe ressaltar, que apenas o conhecimento teórico técnico científico não são bases suficientes para a prestação de cuidados de enfermagem com qualidade, pois o conhecimento da ética se deve fazer presente no cotidiano e imagem do cuidador.

Utilizou-se para realização dos registros dois modelos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); um termo destinava-se aos pais ou responsáveis pelas crianças, e outro aos funcionários do NEI (Apêndices A e B). O TCLE era lido e explicado às famílias antes de cada encontro, certificando-nos sempre de sua compreensão, quando então o assinavam.

Para garantia do sigilo e anonimato utilizou-se codinomes escolhidos por nós, em referência a movimentos, animais e artistas de circo.

## **7 E O ESPETÁCULO ACONTECEU... IMPLEMENTANDO UMA METODOLOGIA DE CUIDADO À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA, FUNDAMENTADA EM UM MARCO TEÓRICO INTERACIONISTA.**

Apresentamos agora o espetáculo... ou seja, o cuidado que realizamos junto aos nossos “Anjos do Picadeiro”, trazendo-o a partir do alcance dos objetivos e das estratégias propostas.

A metodologia de cuidado à criança e sua família fundamentada em um marco teórico interacionista, denominada por nós **de Processo de Cuidar Sorrindo**, ocorreu a partir de estratégias como inserção no NEI, verificação dos dados antropométricos, pressão arterial e circunferência abdominal, realização de oficinas, visita domiciliar e consultas interdisciplinares, as quais estão descritas a seguir juntamente com as facilidades e limites encontrados para o alcance dos mesmos.

### **7.1 A Inserção no cotidiano das famílias do NEI: para iniciar o conhecendo, o cotidiano e as interações**

O primeiro contato com o NEI aconteceu antes da data oficial para início da prática assistencial, na parada pedagógica do dia 30/03/07, sendo este, um encontro mensal entre os profissionais do núcleo, onde são discutidos as atividades desenvolvidas e interesses dos funcionários. Neste encontro, tivemos a oportunidade de expor nosso projeto às famílias do NEI, e também conhecer o trabalho proposto pelos integrantes do Projeto Floripa Saudável 2040 e Projeto Artemis, sendo estes detalhados adiante.

Os funcionários presentes demonstraram interesse sobre as temáticas propostas pelos projetos. Relataram a preocupação em incentivar hábitos saudáveis às crianças, exemplificando que em seu cotidiano seguem com um cardápio rico em saladas, verduras e frutas. Também falaram sobre o cultivo de alimentos na horta da escola, onde os cuidados com a mesma são realizados com o auxílio das crianças.

No primeiro dia da prática assistencial fomos bem acolhidas pela diretora do NEI, que nos apresentou o local, os funcionários, falou-nos um pouco sobre as atividades desenvolvidas assim como esclarecimentos sobre o horário de funcionamento, número total de crianças por grupos entre outros, entre outros.

Para alcançarmos os nossos objetivos, sabíamos que o primeiro passo a ser dado era a inserção no cotidiano das famílias do NEI. A mesma foi de extrema importância pelo fato de acreditarmos e comprovarmos que a enfermagem precisa conhecer o cotidiano das famílias, para poder compartilhar seus símbolos e prestar um cuidado com qualidade. Além do mais sabíamos que as crianças, até mesmo mais do que nós, precisariam deste tempo para começar a manter um vínculo.

No início do estágio destinamos 2 dias (16 e 17 de abril, uma manhã e uma tarde) para conhecermos o espaço e as famílias do NEI. Fomos conhecer e tornarmos conhecidos; tentar criar uma relação empática com as pessoas a fim de cuidar das famílias da maneira como pensamos.

Entramos nas salas, nos apresentamos às professoras, participamos das atividades desenvolvidas tanto em sala de aula como fora dela; brincamos com as crianças, auxiliamos a servir o lanche e a retirar os pratos da mesa. Nestes momentos aproveitávamos para estimular as crianças a comerem principalmente as verduras e legumes. Observamos as crianças comerem, tanto em quantidade como em qualidade. Comemos junto. Logo nestes primeiros dias pudemos perceber que a maioria das crianças aceitava a sobremesa que eram frutas..

**Definindo a Situação** - Adoramos esses primeiros momentos de inserção no cotidiano das famílias do NEI. Os funcionários foram receptivos e acolhedores. Sentimos segurança. Sobre as crianças, a maioria foi bem receptiva. Algumas precisavam de um “jeitinho” para se soltarem. Algumas ainda estavam em fase de adaptação e ficavam “grudados” nas professoras.

Percebemos que as crianças tinham o dia-a-dia cheio de brincadeiras e eram bastante livres dentro do espaço. Interagiam bastante com as crianças das outras salas. No início achávamos que não tinham uma metodologia de ensino. Porém, após conversarmos com a supervisora de ensino, compreendemos a questão da multidade (turmas com crianças de diferentes idades), estimulando assim que o menor aprenda com o maior e vice versa.

**Repensando o cotidiano e o cuidado** - Como o objetivo destes dias era a integração com as crianças nos inserindo em seu cotidiano, o cuidado realizado foram formas de interagir com elas, dando-lhes o tempo que precisavam para se adaptarem com a nossa presença. Foram brincadeiras, conversas, olhares, escuta... Estes momentos eram permeados pela sensibilidade, buscando sempre conhecer e compartilhar seus símbolos.

A teoria nos fez refletir sobre a importância de se trabalhar as interações, o que em nosso cuidado é extremamente importante, principalmente por se trabalhar com crianças, por estar “invadindo” seu espaço, por sermos desconhecidos em seu ambiente simbólico.





Figura II – Interagindo no NEI

A cada dia de estágio nos inseríamos um pouco mais no cotidiano das famílias. Através da realização das atividades com as crianças e com os pais também tomávamos conhecimento sobre a maneira de viver o dia a dia das mesmas, compartilhando símbolos e alcançando nossos objetivos de cuidar vendo o ser humano como uma pessoa que tem família e está inscrito em uma sociedade. Dessa maneira cuidávamos integralmente dessas famílias.

## 7.2 Verificação dos dados antropométricos, pressão arterial e circunferência abdominal

Com a parceria do projeto Floripa Saudável, continuamos a **Conhecer o Quotidiano e as Interações**, realizando a coleta dos dados antropométricos (peso, altura), circunferência abdominal e pressão arterial para, posteriormente, avaliar o perfil nutricional das crianças e direcionar o cuidado, ou seja, **Definir a Situação, para então Propor e Realizar o Cuidado**.

O Projeto Floripa Saudável 2040 visa desenvolver ações de educação para a saúde da criança da grande Florianópolis, baseado em intervenções diretamente nas escolas. Tem como objetivos sensibilizar crianças, pais e professores para a mudança de hábitos e a busca por uma melhor qualidade de vida. Aborda temas como: nutrição, atividade física, proteção contra agentes externos, saúde mental, saúde bucal e monitoramento da saúde.

O primeiro dia para a coleta dos dados antropométricos seguiu com a proposta de trabalhar com o lúdico através do circo. Uma de nós se fantasiou de palhacinha Pipoca, a fim de auxiliar na interação com as crianças.

Inicialmente tínhamos as possibilidades de realizar a atividade em cada grupo, levando os instrumentos para o mesmo, ou realizar a atividade na sala de leitura, onde não precisaríamos carregar todo o material em cada troca de sala, principalmente a balança, um objeto pesado. Devido à preocupação de “dar conta do recado” (afinal eram 220 crianças), decidimos junto ao nutricionista e a pediatra cardiologista do Projeto Floripa Saudável, realizar a atividade na sala de leitura, pois imaginávamos que desta forma não perderíamos tempo com o deslocamento dos materiais de uma sala a outra. Consequentemente atingiríamos a coleta de dados de um maior número de crianças, em um menor período de tempo.

Conversamos com as professoras do grupo 1 e 2 matutino (crianças menores de 3 anos) para iniciar as mensurações. Iniciamos com o grupo 2 que, logo no início da atividade, demonstrou medo da Pipoca, tendo como reflexo disto, muito choro. Em decorrência do acontecido, percebemos que seria melhor retirar a palhacinha Pipoca de cena.

**Repensando o Quotidiano e o Cuidado**, no decorrer da atividade, não nos preocupamos em explicar às crianças, o significado dos instrumentos utilizados para a coleta dos dados, bem como também não pedimos permissão às mesmas para que a Pipoca participasse da atividade. Outra questão que não tínhamos pensado seria com relação ao tempo que cada criança tem para a aceitação de uma nova situação, como esta a qual às submetemos.

Percebemos que as crianças se sentiram ameaçadas com o tipo de atividade que fora realizada. Frente ao acontecido, sentimos a necessidade de mudar o cuidado, pois deste modo, não conseguiríamos dar continuidade à atividade.

Conversamos com a diretora (Mulher Bala), e a partir da **Definição da Situação**, **Repensamos nosso cuidado**. Decidimos realizar a atividade por grupo, como tínhamos pensado anteriormente, continuando a coleta de dados com as crianças maiores de 03 anos de idade.

A partir da primeira experiência, e, **Repensando o Quotidiano e o Cuidado**, resolvemos com a cardiologista pediátrica, não realizar a aferição da pressão arterial nas crianças menores de 03 anos, visto à grande dificuldade para tal e possível margem de erro dos resultados.

No dia seguinte, já **Conhecendo o Quotidiano e as Interações, tendo Definido a Situação e Repensado o Quotidiano e o Cuidado, Propusemos o Cuidado;** com o auxílio dos professores, formamos um círculo (crianças, professores, pesquisadoras-cuidadoras) onde todos nós nos apresentamos falando o nome e a idade. Explicamos o que iríamos fazer: medir o tamanho da barriguinha, verificar se o coração estava forte, pesar e medir para saber se estavam crescendo bem. Demonstramos os instrumentos como o esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica e balança. As crianças tiveram a possibilidade de manusear os mesmos, conhecendo-os e experimentando-os.

Após falarmos que tínhamos uma amiga palhacinha que se chamava Pipoca, perguntamos às crianças se gostariam de brincar com ela. Com a autorização das mesmas, a Pipoca começou a participar das atividades, atuando como agente facilitador do processo através das brincadeiras e interação com as crianças.

Assim, continuamos a **Realização do Cuidado** com sucesso. Com as crianças menores de 3 anos de idade, também fomos até o grupo e demonstramos os instrumentos. Em relação à Pipoca adotamos uma técnica diferente, sugerida pelas professoras, que era de nos fantasiarmos em frente às crianças, permitindo que as mesmas pudessem observar a transformação da palhacinha, sem se assustarem.



Figura III – Coleta de dados antropométricos

Ao término das mensurações, realizamos a coleta de dados de 184 crianças, de um total de 220. Isto ocorreu devido ao número de faltas frequentes de algumas crianças, e ainda, o pouco tempo para a realização desta atividade (02 semanas aproximadamente), pois tínhamos como objetivo desenvolver outros cuidados.

Com a coleta e análise dos dados através da tabela de peso para idade para as crianças menores de 03 anos, e a tabela de IMC para as crianças de 03 a 06 anos de idade, obtivemos o seguinte gráfico:

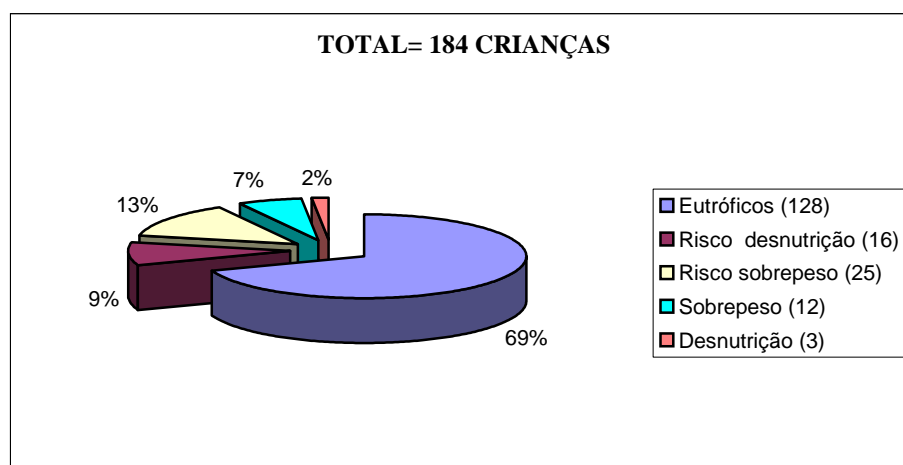


Gráfico I – Classificação dos dados antropométricos.

Analisando o gráfico pudemos perceber a prevalência do risco de sobrepeso e sobrepeso quando comparados ao risco para a desnutrição e desnutrição. Esses dados reforçam a importância da necessidade de ações de saúde em unidades locais de saúde, escolas, centros comunitários, entre outras, voltadas para a prevenção da obesidade infantil, visto a mudança de perfil epidemiológico ocorrida em vários países nesses últimos anos.

Após este momento, iniciamos as oficinas com as crianças e as oficinas com os pais e funcionários.

## 7.3 Oficinas

### 7.3.1- Oficinas com as crianças

Acreditamos que para obter sucesso na realização de atividades com crianças, é preciso voltar a ser criança e mergulhar no imaginário onde tudo é possível, tendo criatividade e coragem de sonhar. Iniciamos o parágrafo desta maneira para que ao lerem a descrição das oficinas desenvolvidas, possam compreender a importância de ter sensibilidade ao cuidar de crianças.

Realizamos dois tipos de oficinas com as crianças, a do “supermercado” e a do “teatro de fantoches”. A oficina do supermercado foi elaborada para os grupos com idade superior a 3 anos, por acreditarmos que com esta idade, compreenderiam melhor o objetivo da atividade. Nestas oficinas, os momentos **Conhecendo o Quotidiano e as Interações; Definindo a Situação; Propondo e Realizando o Cuidado; Repensando o Quotidiano e o Cuidado** também eram pontuados possibilitando então implementar nossa metodologia.

### **Oficina do Supermercado**

**Duração aproximada da atividade: 60 min.**

**Objetivo:** Conhecer as preferências alimentares das crianças e classificar os alimentos como sendo saudáveis ou não. A partir de então, abordar a frequência que podem ser consumidos.

**Material:** Dinheiro de brincadeira, figuras de alimentos plastificadas, sacolinhas de papel, fita adesiva e painel de plástico.

**Descrição da oficina:** Cada criança recebia uma sacolinha e três dinheiros (sendo que não foi levado em conta o valor das notas, e sim o número de notas referentes ao número de alimentos que poderiam comprar, ou seja, três notas de dinheiro para a compra de três produtos). Este método de trabalho utilizado se deu pelo fato da maioria das crianças não ter conhecimento sobre os valores das notas.

Posteriormente, uma criança por vez era convidada a se dirigir até o painel onde estavam as figuras de alimentos, e fazer suas compras.

Os alimentos estavam separados nas seguintes categorias: bebidas, iogurtes e doces, pães, salgadinhos e bolachas, diversos, frios, frutas e verduras. Com isso, objetivamos não expor um número muito grande de imagens de forma totalmente desordenada diante dos olhos das crianças. Porém os alimentos que possuíam mais do que uma figura, como salgadinho, coca-cola, biscoito, foram colocados separadamente dentro da mesma categoria, pois

acreditávamos que eram figuras que chamariam muito a atenção, podendo induzir nas compras.



Figura IV - Painel ilustrativo do Supermercado.

Falávamos às crianças que comprassem três “comidinhas” que mais gostavam de comer. As crianças guardavam as figuras na bolsa e “pagavam”. Depois voltavam a sentar no tapete, e o próximo colega vinha fazer suas compras.

Após todos realizarem suas compras, partíamos para a segunda etapa, onde explicávamos um segundo painel, estando dividido horizontalmente em três partes. A primeira parte possuía uma carinha verde feliz, onde deveriam ser colocados os alimentos que eram saudáveis, que faziam “crescer bem forte, e que podíamos comer “todos os dias”, como verduras, frutas, arroz, feijão, carnes, pão, leite, água, sucos naturais.

A segunda parte tinha uma carinha laranja, nem feliz nem triste, onde deveriam ser colocados os alimentos que deveriam comer “de vez em quando”, duas ou três vezes por semana, como achocolatado em pó, iogurte, danoninho, sucrilhos, nescau cereal, bolachas salgadas, cereias com açúcar (nescau cereal) e embutidos.

A última parte tinha uma carinha vermelha triste, onde eram colocados os alimentos que não eram muito saudáveis, que não faziam “crescer forte”, por isso deveriam ser consumidos “bem pouquinho”, só no final de semana. Estes produtos são os que possuem uma quantidade excessiva de gorduras, açúcares, conservantes e corantes, como hambúrgueres, pizza, refrigerantes, batata frita, miojo, chocolate, salgadinhos tipo chips, sorvetes, bolos recheados, bolachas recheadas e leite condensado.





Figura V - Painel ilustrativo das “Carinhas”.

Depois cada criança vinha até o painel e mostrava aos amigos o que tinha comprado. Perguntávamos em qual das três carinhas o alimento tinha que ser colocado, e então a criança respondia e colocava a figura do alimento na carinha que achava ser o correto. Após a criança ter escolhido a carinha, parabenizávamos se ela havia acertado, se não, explicávamos onde o alimento deveria ser colocado e o porquê. Após todas as crianças colarem suas figuras, fazíamos um apanhado geral dos alimentos que poderiam ser consumidos todos os dias, de vez em quando (2 a 3 vezes por semana), e bem pouquinho (somente nos finais de semana).

O resultado dos alimentos comprados pelas crianças pode ser observado a partir do gráfico abaixo:

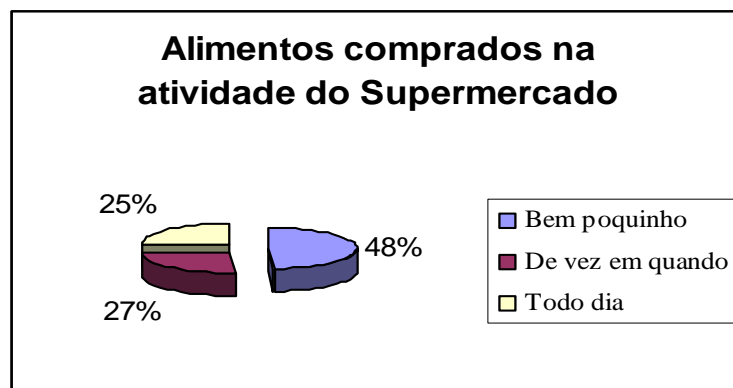


Gráfico II – Alimentos Comprados

Frente a estes resultados, percebemos que as crianças demonstraram uma grande preferência pelos alimentos não nutritivos (alimentos que devemos consumir “bem pouquinho”), salientando a importância dessa oficina. Nessa, cuidamos a partir da construção-desconstrução-reconstrução dos símbolos. As crianças, a partir de seu ambiente simbólico, ou seja, sua casa, escola, entre outros, trazem uma imagem dos alimentos “saudáveis”. A partir dos alimentos comprados, compartilhamos novos significados, buscando a desconstrução de hábitos alimentares considerados pouco saudáveis, para a reconstrução de bons hábitos alimentares.

### **Oficina dos Fantoques**

**Conhecendo o Quotidiano e as Interações; Definindo a Situação e Repensando o Quotidiano e o Cuidado**, como atividade para as crianças menores (01 ano e 7 meses à 03 anos de idade), sentimos a necessidade de realizar uma atividade diferente, **propondo** o teatro de fantoches. Justificamos a escolha desta oficina pelo fato de crianças desta faixa etária não possuírem amadurecimento de expressão verbal e corporal necessárias para a realização da atividade do Supermercado, além de não conseguirem reconhecer muitas figuras de alimentos.

**Duração aproximada da atividade: 30 a 40 minutos.**

**Objetivo:** Transmitir a mensagem de uma alimentação adequada e saudável às crianças, utilizando para tal, linguagem e expressões de fácil compreensão e inserção ao mundo lúdico dos fantoches.

**Material:** Pannel de papel pardo com figuras de frutas (banana, uva, morango, laranja, maçã, cenoura, tomate, entre outros), personagens de fantoches (Zequinha, vovó Benta, Dona Banana, Dona Maçã e Dona Cenoura).

**Descrição da oficina: Propondo e Realizando o Cuidado**, como momento inicial, pedíamos para que as crianças sentassem no tapete da sala, juntamente com a Pipoca. Todos preparados... e o espetáculo começava!!! (Descrição da história em apêndice D).

Após o teatro dos fantoches, convidávamos as crianças para dançar ao som da música “Salada Mista” da Xuxa. O último momento do cuidado proposto era a realização de uma deliciosa salada de frutas com o auxílio das crianças, para depois saborearmos!





Figura VI – Saboreando a salada de frutas!

Salientamos que a autoria das oficinas se deve às próprias acadêmicas.

### 7.3.2 Oficinas com as famílias do NEI

**Propondo e Realizando o Cuidado** com as crianças junto às suas famílias, desenvolvemos oficinas às quintas feiras no período das 19:00 às 21:00 horas. A idéia inicial do projeto era desenvolvermos quatro oficinas com os pais/responsáveis e funcionários do NEI, lembrando que estas aconteceriam integradas ao Projeto Artemis e ao Projeto Ninho. Porém, devido a greve dos professores municipais, foram realizadas três, sendo duas destas integradas ao Projeto Artemis e três ao Projeto Ninho<sup>1</sup>.

Cabe ressaltar que o Projeto Artemis se integrou ao Projeto Ninho e começou a ser desenvolvido no NEI em abril de 2007, juntamente com o início das nossas atividades. O mesmo trabalha com uma proposta de intervenção bio-psico-social e preventiva, que visa contribuir com o empoderamento de mulheres através de ações nas áreas de saúde integral, direitos humanos e do potencial criativo. O projeto tem como objetivos estimular ações de cuidado de si e do outro; desenvolver potencial criativo através do aprendizado de técnicas em

---

<sup>1</sup> Projeto NINHO – Projeto desenvolvido há 10 anos no NEI Orisvaldina Silva, cujo objetivo é cuidar transdisciplinarmente da saúde das famílias que habitam a região da grande Florianópolis.

customização de roupas; favorecer o protagonismo feminino nos processos de: assertividade, elaboração de projetos de vida pessoal, familiar e profissional, tomada de decisões e responsividade; prevenir a violência interpessoal; discutir acerca dos direitos humanos enquanto estratégias de vida familiar e em comunidade. Este trabalho numa perspectiva interdisciplinar, e é desenvolvido sob a forma de oficinas de caráter reflexivo e de aprendizagem de técnicas em customização (PROJETO ARTEMIS, 2006).

As oficinas com as famílias se desenvolveram em três estágios, seguindo o modelo utilizado por Nitschke (1999): **acolhimento, atividade central e conjugação.**

Na primeira oficina, buscamos **como está o seu dia-a-dia? O que é ser saudável para você?** Na segunda, trabalhou-se **como eu cuido de mim para ser saudável?** A terceira oficina teve como questões norteadoras: **Qual o significado da obesidade infantil para você? Como você cuida para prevenir a obesidade infantil?**

### **1ª Oficina (03/05/07)**

O encontro se realizou nas dependências do NEI, mais precisamente no refeitório das crianças. Ao chegarmos ao local, estavam presentes dois pais e uma mãe sentados aguardando. O local já estava arrumado, com o centro do refeitório sem mesas e bancos, com apenas um tapete no chão. Os bancos e cadeiras estavam dispostos de modo a formar um círculo. No lado esquerdo, estava disposta uma mesa arrumada com artigos confeccionados pelo pessoal do Projeto Artemis, a fim de expor o trabalho de customização realizado por membros de outras comunidades.

A oficina iniciou às 18:45 horas. Estavam presentes 04 pais e 07 mães, nós, a orientadora do nosso projeto, 2 bolsistas do Projeto Ninho, 1 professora da UFSC (enfermeira) acompanhada por duas alunas de medicina e o pessoal do Projeto Artemis: 2 psicólogas, 1 assistente social, 1 enfermeira, 1 estilista.

**Acolhimento** - a professora Rosane iniciou se apresentando, referindo que ela faz parte do Grupo GAPEFAM<sup>2</sup> e NUPEQUIS- SC<sup>3</sup> e que desenvolve atividades com o Projeto Ninho no NEI há dez anos.

---

<sup>2</sup> GAPEFAM – Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família.

<sup>3</sup> NUPEQUIS – Núcleo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina.

Após este momento uma das psicólogas continuou os dizeres colocando os objetivos de estarem ali, e fazendo um resumo das atividades que seriam desenvolvidas.

Como segunda etapa do encontro, as meninas do Projeto Artemis se apresentaram ao grande grupo, em seguida a professora da UFSC e suas alunas, e por fim, nós (Bianca, Keli e Jerusa).

Em seguida **Propondo e Realizando o Cuidado**, a professora Rosane pediu consentimento para podermos estar gravando a oficina, fotografando e utilizando os dados tanto para o nosso projeto como para o Projeto Artemis.

Explicou ainda que os nomes não seriam divulgados, e que a qualquer momento poderiam desistir, tirando suas dúvidas conosco. Pediu para que se alguém não permitisse levantasse a mão, e ninguém levantou. Para deixar bem claro, perguntou quem permitiria a publicação dos dados, e todos levantaram a mão. **Atividade Central** - Dando continuidade, a professora Rosane explicou a dinâmica da teia.

#### **Dinâmica da “Teia de Aranha”:**

**Duração aproximada da atividade: 60 minutos.**

**Objetivo:** - Conhecer o cotidiano das famílias e suas concepções sobre o ser saudável.  
- Promover a interação entre os participantes, assim como a descontração.

**Material :** Rolo de barbante.

Para o alcance desse objetivo, resolvemos trabalhar com as seguintes questões: “*Como está o seu dia-a-dia?*”, “*O que é ser saudável para você?*”.

Esta dinâmica consistia em pegar um rolo de barbante, onde a primeira pessoa respondia às perguntas e segurava a ponta do mesmo, após, esta jogava o rolo de barbante para outro participante e assim sucessivamente até formar uma grande teia.

**Conhecendo o cotidiano e as interações** - a partir das questões norteadoras, surgiram várias reflexões que descreveremos em seguida.

Mulher-bala falou sobre a correria do dia a dia, onde temos muitas tarefas e responsabilidades, e que mesmo correndo muito às vezes nós não damos conta de tudo que tem pra fazer.

Equilibrista de Cavalos trabalha com jardinagem, esta ótimo porque gosta do que faz, e ser saudável é isso, gostar do que faz e viver bem o dia a dia.

Cartola diz que no seu dia a dia tem um monte de coisas para fazer, e que tem muitas dificuldades porque mora na Costa da Lagoa. Ser saudável para ela é se sentir bem, bem de cabeça e fazer o que gosta.

Assistente do Mágico trabalha com beleza, faz unha, cabelo, e tem o dia bem corrido. Saúde para ela é ter equilíbrio.

Seu Domador de Leões faz bombons para vender e trabalha com paisagismo. Ser saudável para ele é levar a filha pra passar num lugar bonito, fazer uma salada de frutas pra ela no café da manhã, é ter uma vida legal e ter os filhos em boas escolas.

O Pipoqueiro trabalha como cozinheiro, gosta do que faz e que ser saudável parte daí, gostar do que faz. Está de férias agora, mas volta a trabalhar e infelizmente não vai poder continuar conosco. Acha legal o nosso trabalho, estava até meio nervoso porque era a primeira reunião de pais que estava participando. Deseja sucesso no nosso trabalho.

A Mulher Elástico trabalha numa fábrica de salgados dia de semana e final de semana faz bijuterias. Trabalha ainda com terapias alternativas, como o Reiki. Para ela, ser saudável é viver bem, ter uma boa alimentação, referindo que seus dias durante a semana são corridos, sendo que, no final de semana tem mais tempo para seu filho.

Contorcionista no momento está numa fase de decidir muitas coisas e está ansiosa. Faz pouco tempo que está aqui, sendo que morava em Curitiba. Ser saudável, para ela é viver bem, com tranqüilidade, é ser feliz, participar, ter uma boa alimentação. Refere ter muito a aprender para vivenciar uma boa alimentação, destacando que não é só falar.

Acrobata diz que gosta muito desta escola, diz que tem muitos problemas, mas vai levando. A vida é uma correria, mas é muito feliz porque tem saúde para fazer tudo que faz. Ela queria voltar a estudar, mas não dá, pois é muito corrido. Relata que não está se alimentando direito pela falta de tempo.

Vendedor de Doces é pedreiro, e diz que tem um dia bastante corrido. Ser saudável para ele é estar mais tempo com os filhos, mas não consegue.

Fotógrafa no momento não está trabalhando. A vida dela é uma correria, mas mesmo assim cuida muito bem da alimentação dos filhos. Ser saudável é participar do dia a dia das filhas, cuidar da alimentação e da cabeça.

Assistente de Palco ajuda o marido no trabalho, cuida da casa e da filha, com isso ela já tem bastante trabalho. Ela é feliz, e hoje está mais feliz ainda. Ela fala sobre a importância da saúde “física”, porque quando você passa por uma situação de saúde aí você vê como era feliz. Ser saudável para ela é ver a casa colorida de frutas, bem a vista da filha para que possa pegar, é ver a filha sorrindo e brincando.

Para a “volta da teia”, ou seja, a desfazer a mesma, quem ficou com o rolo de barbante por último, iniciou o retorno respondendo as seguintes questões: “*Quais as suas expectativas e potencialidades / habilidades*”? Estas questões fizeram parte de uma das propostas do Projeto Artemis, referentes à customização.

A Fotógrafa então iniciou dizendo que sabe cozinhar, fazer ponto cruz, crochê, costurar não sabe muito bem, mas gostaria de aprender. Sabe pintar um pouco também mas queria aprender mais. Com relação ao grupo espera trocar, mas mais adquirir, voltar pra casa pensando diferente.

A Assistente de palco disse que não sabe fazer nada dessas coisas, mas gostaria de aprender. Espera também poder ajudar, espera uma troca.

O Vendedor de Doces refere saber pintar, e espera poder ajudar.

A Acrobata diz que sempre inventa em casa, faz enfeites na sandália, tapete de fuxico e tapete de sacola de supermercado, pois estas atividades a acalmam. Gostaria de aprender mais.

A Contorcionista o que sabe fazer aprendeu na escola, sabe pintar pano de prato mas é meio preguiçosa. Ela não tem medo de aprender e fazer. Quer aprender, espera levar alguma coisa.

A Mulher Elástico sabe fazer crochê, tapeçaria, um “tico” de bordado. Quer aprender mais, porque é sempre bom aprender.

O Pipoqueiro sabe desenhar e pintar. Espera ajuda para criar a “baixinha” com saúde.

O Domador de Leões não sabe o que espera, não tem expectativa, pois não sabe direito o que está acontecendo, mas confia na Mulher Bala. Sabe fazer bombons.

A Assistente do Mágico sabe fazer tricot. Espera aprender em tudo, saúde.

A Cartola reutiliza roupas, tem um brechó infantil. Está aprendendo a fazer renda de bilro, sabe desenhar e pintar. Quer aprender bastante, pois gosta da área de estilismo.

O Equilibrista de Cavalos não sabe fazer nada dessas coisas, mas olha, imagina e transforma coisas. Espera aprender bastante e ajudar.

A Mulher Bala ama tudo que é tipo de tecido, pedrinha, “frufu”. Sabe fazer fuxico, renda de bilro, adora o verde, mexer com plantas e jardim. Tem um ciúme “bom” dos seus pedacinhos de tecido, mas dá quando alguém pede. Transforma roupas, reutiliza tecidos. “As coisas de arte me fascina muito!”. Tudo que aprendeu foi pela necessidade. Espera trocar.

Após, a Jerusa falou que gosta de bordar, porém fica muito estressada, pois enquanto não termina o que começa não descansa. Keli falou que sabia fazer várias coisas, bordar,

tricotar, fazer crochê. A Bia disse que não sabia fazer nada dessas coisas, mais achava que era boa em dramatizações.

**Conjunção** - Neste momento a prof.<sup>a</sup> Rosane aproveitou para explicar o que a teia significava: um fio que liga a todos, que significa o entrelaçamento das pessoas, uma rede que acolhe, e que se um mexe com seu fio, mexe com todo mundo.

Com a finalização da dinâmica da teia, realizamos uma pausa para o lanche. Todos comeram bolo, salgado e tomaram chá ou suco. Depois voltamos para finalizar a oficina. Forógrafa colocou que se fosse marcado a próxima oficina para 18:30, que não demorássemos tanto pra começar, pois era falta de respeito com quem chegou no horário certo. Disse que entendia, estávamos sendo muito boas esperando mais pessoas chegarem, mas gostaria que cumpríssemos os horários. Por votação, agendamos a próxima oficina para às 18:30, e que daríamos 15 min de tolerância.

No final, a Vendedora de Balões veio perguntar se nas outras oficinas iríamos fazer algo sobre saúde, alimentação, e se com as crianças também iríamos fazer algo. Respondemos que sim, explicamos as oficinas realizadas com as crianças até o momento, falamos sobre as mensurações das crianças e sobre nossa intenção de trabalho com o lúdico, contando-lhe sobre a palhacinha Pipoca. A outra mãe que estava ao lado disse que seu filho havia contado em casa sobre a Pipoca.

**Conhecendo o Quotidiano e as Interações e Definindo a situação**, entendemos que essa oficina foi o primeiro passo para conhecermos um pouco das famílias, as quais também são o foco do nosso cuidado. Conhecemos seus nomes, o seu dia a dia, o que entendem por ser saudável, um pouco das suas habilidades e suas expectativas em relação às oficinas. A atividade ocorreu de maneira descontraída, sendo que as pessoas lá presentes mostraram-se à vontade, formando assim um clima muito gostoso.

**Definindo a Situação**, percebemos a importância da alimentação para as famílias quando questionadas sobre o que é ser saudável, juntamente com o interesse que seja explorado esse assunto nas oficinas. Na maioria das falas, as famílias expressaram que a vida está sempre muito corrida, cheio de tarefas, que falta tempo para se alimentar bem, para estudar e para o lazer.

As famílias demonstraram vontade de aprender e ajudar. Possuem espírito cooperativo, o que é muito importante no trabalho com oficinas, o trabalhar junto.

**Repensando o Quotidiano e o cuidado**, ao focar as nossas expectativas, esperávamos encontrar um número maior de pais do que encontramos. Isto nos desapontou um

pouco, chamando atenção para elaborarmos outras formas de divulgação, além dos bilhetes nas agendas das crianças.

Ao analisarmos a oficina com os olhares do Interacionismo Simbólico, observamos a presença de alguns conceitos: Família, por ser constituída por pessoas que se percebem assim e que dividem uma história de vida.

Os conceitos de cotidiano, saúde e doença familiar também surgiram através das questões norteadoras desta oficina. O cotidiano foi expresso ao colocarem como está o seu dia a dia, ou seja, o trabalho, a alimentação e as relações intra-familiares.

Compreendemos que a saúde familiar é mais do que a ausência de doenças de um dos membros da família, incluindo, na verdade, situações biológicas, psicológicas e sociológicas. O bem-estar e a qualidade de vida consistem em ações para a Promoção da Saúde Familiar.

## **2ª Oficina**

A oficina ocorreu no NEI com início às 19:10 horas. Por volta das 19:20 horas, chegaram os alunos do EJA (Educação de Jovens e Adultos). Este é um programa do Ministério da Educação, que acontece nas dependências do Colégio Henrique Veras, na Lagoa da Conceição.

Estavam presentes: nós, as duas bolsistas do Projeto Ninho, a nossa orientadora, as meninas do Projeto Artemis, a Mulher Bala, 3 mães, 2 crianças e 13 alunos do EJA. Primeiramente, entregamos um crachá com os nomes de cada participante. Em seguida, a professora Rosane deu início à oficina, recepcionando a todos.

**Acolhimento** - Como momento de acolhimento das famílias, realizamos uma dinâmica de grupo, a qual denominamos de “Alma Gêmea”, que descreveremos a seguir:

### **Dinâmica da “Alma Gêmea”:**

**Duração aproximada da atividade: 20 minutos.**

**Objetivo:** - Promover a interação entre os participantes, assim como a descontração.

**Material:** Papel sulfite, canetas coloridas e fita adesiva.

**Propondo e realizando o cuidado** - Primeiramente as famílias receberam um pequeno papel retangular escrito um objeto a qual não poderiam ver (ex: sorvete, guarda-chuva, bengala, flor, entre outros). Cada um deveria achar a sua alma gêmea, ou seja, a pessoa que estava com o mesmo objeto na testa, porém apenas fazendo mímicas, sem poder falar.

Alguns acharam sua alma gêmea muito rápido, outros demoraram mais, e percebemos que algumas pessoas, apesar de estar com sua alma gêmea na sua frente fazendo mímicas, não acertaram a palavra.

Depois, propomos que todos voltassem a seus lugares, e demos um fechamento para a atividade. Colocamos que o objetivo da dinâmica “Alma Gêmea” era promover a interação entre as pessoas, a descontração, e esquecer um pouquinho do mundo “lá fora”.

Essa atividade também nos trouxe reflexões. Muitas vezes vivenciamos algumas situações onde todo mundo vê o que está acontecendo conosco, e somente nós mesmos não percebemos, não conseguimos enxergar, e só conseguimos perceber o que está “em nossa testa” quando outras pessoas nos falam.

**Atividade Central- Propondo o cuidado**, iniciamos a atividade retomando o assunto abordado na oficina anterior, cuja temática era: **o que é ser saudável para você?** Comentamos sobre algumas coisas que apareceram em suas falas, como gostar do trabalho, gostar do que faz, ter uma boa alimentação, fazer exercício físico, ver os filhos felizes. A partir de então propusemos uma nova atividade: a técnica do dominó. Cada um ganharia uma folha de sulfite dividida por uma linha no meio, na qual deveriam responder em um dos lados a seguinte questão: **Como eu cuido de mim para ser saudável?** O outro lado da folha deveria ficar em branco. Para este momento, as pessoas teriam 10 minutos.

Quando fomos entregar a folha de sulfite e a caneta, dois participantes falaram que não queriam participar, pois não sabiam escrever. **Repensando o cotidiano e o cuidado** uma de nós falou que não precisariam escrever, que apenas falassem na hora que o grupo estivesse discutindo o que escreveram. Comentamos o caso com a Professora Rosane que disse que elas poderiam desenhar ao invés de escrever.

Em seguida, explicamos o que faríamos com o material confeccionado. Cada pessoa se apresentaria, e em seguida explicariam o que escreveram ou desenharam e colocariam a folha no chão. O seguinte faria o mesmo, sendo que, se sua resposta fosse semelhante ao anterior, colocaria ao lado da mesma informada, se diferísse da resposta, usaria os lados brancos para combinar, e assim sucessivamente.

**Conhecendo o cotidiano e as Interações**, quem começou foi a Mulher Elástico, que faz caminhadas, cuida na alimentação, diz que é importante se amar, fazer o bem, e seguir em frente.

A Mulher Bala disse que ajuda o outro, mas não faz quase nada pra cuidar de si.

A Prof. Rosane diz que está no time da Mulher bala, se cuida menos que o necessário e que gostaria de se cuidar. Ela faz algumas caminhadas, natação e pouca massagem.



A Juliana gostaria de cuidar mais de si mas não consegue, dorme pouco, se alimenta mal e não consegue fazer exercícios. Estuda até no sábado e no domingo, às vezes não tem final de semana.

A Equilibrista se alimenta bem, come muita fruta, não toma coca, se ama em primeiro lugar para poder amar os outros. Corre na praia, também nada e dorme bem.

A Corda Bamba cuida só da alimentação, não tem tempo de caminhar e nem fazer mais nada.

A Cris esta junto com a Ju, não tem tempo para se cuidar, não faz exercícios, esta dormindo pouco, se alimenta mal, mas tem esperança de melhorar. Gosta de fazer tudo, mas não tem tempo. É saudável, gosta de comer banana, gosta de jogar bola e trabalhar.

O Chimpanzé diz que é pobre, tem uma vida boa, joga bola, corre e faz musculação.

A Vendedora de Balões não faz exercício nenhum, só trabalha, come pouco, dorme pouco e não faz esporte.

O seu Domador dorme, come, estuda e pesca.

A Acrobata fala que semana passada falamos sobre alimentação, e com isso começou a comer fruta como a laranja. Gosta de se arrumar, andar de bicicleta, sair à noite; não dá despesa porque come pouco.

O Coelho joga bola final de semana, tem diabetes e por isso tem a alimentação controlada, trabalha e estuda bastante.

O Pé de Moleque gosta de andar de Caiaque e de fazer caminhadas.

O Macaco não fuma, bebe pouco e se alimenta bem.

A Cartola cuida da alimentação, da higiene, dos seus pensamentos, das atitudes com as pessoas e consigo mesmo.

A Varinha Mágica não cuida de si, não faz quase nada.

A Prof.<sup>a</sup> Leão cuida da alimentação, é bem rigorosa com isso.

A Mulher Barbada sai para caminhar no máximo umas sete horas da manhã e gosta de dançar.

A Prof.<sup>a</sup> Ana Izabel faz ginástica 2 vezes por semana, que é o máximo que consegue fazer.

Chita caminha das 6:30 as 7:30 de domingo a domingo.

A Jerusa não escreveu no papel, mas no final comentou que também não estava se cuidando, que não estava conseguindo fazer exercício físico.

**Conjunção** - Nessa atividade surgiram ainda alguns debates, como a atitude do homem em relação aos animais, o uso da pele de animais pra fazer casacos de pele, a Farra do

Boi, o matar os animais para se alimentar. A prof.<sup>a</sup> Rosane comentou como era importante a questão dos animais quando falamos em ser saudável, pois este assunto já havia surgido em 1997, nas oficinas que foram relatadas em sua tese de doutorado. O seu Domador também questionou alguns aspectos em relação à alimentação, que como ele podia comer só bem cedinho antes de ir para o mar e chegar à tarde, e ainda não ter fome. Outra coisa que comentou é que sua mulher se cuida bem mais do que ele e tem mais doenças, ele, “só tem pressão alta”!

A professora Ana Izabel explicou que uma parte de nossa saúde é devido a esses fatores externos, porém grande parte da nossa saúde vem da nossa genética. A discussão estava sendo muito produtiva, porém, como combinado, tivemos de encerrar devido à continuidade das atividades do Projeto Artemis.

Como momento final da dinâmica e **Repensando o Cuidado e o Quotidiano**, a prof.<sup>a</sup> Rosane convidou a todos para o abraço coletivo, ao som da canção “Vento no Litoral” do Legião Urbana. Neste momento, todos foram convidados a colocar para o grande grupo o que estavam sentindo em relação à oficina realizada. Muitos agradeceram pela oportunidade de estarem ali, achando a oficina muito legal, nos parabenizando pelo cuidado desenvolvido e nos desejando muitas coisas boas. Em seguida fomos para o lanche, e após este, as meninas do Projeto Artemis continuaram com a parte de customização.

Neste momento a maioria das pessoas tiveram de ir embora, visto que eram alunos do EJA e tinham que voltar para a aula. Uma mãe também teve que ir, pois pegava o barco para retornar a sua casa às 21:00 horas. Para a customização, ficaram em torno de 10 mulheres. A estilista do Projeto Artemis levou material como botões, agulhas, linhas, lentejoulas, cola colorida e tecido para confeccionarmos bolsas. Sentamos em cima do tapete onde foram dispostos os materiais. Cada uma fazia como queria, uma ia ajudando a outra a fazer o que não sabia, por ex. a Bia que não sabia costurar aprendeu com uma senhora, a Keli e a Mulher Bala aprenderam com a assistente social a fazer flor de fita.

**Repensando o cotidiano e o cuidado**, percebemos a dificuldade de algumas pessoas em entender as atividades propostas, tanto na dinâmica da “Alma Gêmea”, como em responder o que estavam fazendo para cuidar de si. Percebemos também que as mesmas incluem a alimentação como algo importante para estar ou não cuidando de si, mostrando mais uma vez a importância do nosso trabalho.

A oficina com certeza foi riquíssima e permitiu que as pessoas interagissem uma com as outras de forma bem natural. Porém, tivemos que pensar com cuidado na elaboração da

próxima oficina para a compreensão de todos sobre a nossa proposta de cuidado, sem nos esquecer que os alunos do EJA estão em processo de alfabetização.

Precisamos estimular as meninas do Artemis a participar conosco das oficinas, pois algumas delas não quiseram participar, apenas observaram. Relatamos que este processo se mostra importante para que o pessoal do EJA tenha vontade de participar também do momento da customização. Colocamos que da próxima vez que realizarmos oficinas integradas, invertam a ordem, partindo primeiramente para a customização e depois com a nossa proposta de trabalho.

Este momento de repensar sobre a metodologia utilizada aconteceu tanto no decorrer da oficina, para que pudéssemos nos adequar diante das necessidades verificadas, como também no final da mesma, sendo importante para melhorar a metodologia de cuidado.

Conseguimos repensar nos conceitos de Enfermagem e ser humano, onde a Enfermagem para cuidar das pessoas precisa conhecer bem suas interações, sua realidade, seu cotidiano. É preciso também ter habilidade para agir frente as diferentes situações, pois quando não conhecemos direito a quem vamos prestar um cuidado, o que nos parece óbvio, nem sempre o é. Dessa forma, podemos evitar situações de constrangimento, como foi diante dos alunos do EJA quando foram convidados a escrever e no entanto não sabiam.

### **3ª Oficina**

#### **Compreendendo o significado da obesidade infantil**

Para ampliar a compreensão do significado da obesidade infantil e sua relação com o cotidiano juntos às famílias, resolvemos realizar uma oficina onde abordamos de forma mais direcionada esse objetivo.

**Propondo e realizando o cuidado** - Chegamos ao NEI e a Mulher Bala junto às funcionárias da limpeza haviam arrumado o ambiente para a realização da oficina. Foi utilizada a sala do grupo 1. Havia várias cadeirinhas formando um círculo. Depois arrumamos o lanche, e a Jerusa foi se vestir de Pipoca.

**Acolhimento** - Quando as pessoas iam chegando íamos lendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tirando dúvidas e pedindo para que assinassem. Em

seguida a Pipoca ia recepcionando, pedindo para que fossem comprando 3 produtos no nosso supermercado que estava disposto na entrada da sala. Isso levou bastante tempo, mais do que esperado, pois não esperávamos tantas pessoas. Depois a Bia iniciou pedindo para que todos ficassem em pé, e fizessem um alongamento conduzido por ela ao som de uma música relaxante e com a luz apagada. Em seguida iniciamos a atividade dos fantoches, onde o Zequinha se apresentou, e disse como estava o seu dia a dia. Depois o Zequinha e a Pipoca conduziram a atividade, pedindo para que todos se apresentassem, e falassem como estava o seu dia a dia.

O próximo momento foi a apresentação do teatro de fantoches em si. Depois explicamos que era a mesma atividade desenvolvida com as crianças, e que queríamos que eles conhecessem para poderem compartilhar estes momentos com seus filhos.

**Atividade Central** - Em seguida iniciamos a atividade central, que era a confecção de cartazes a partir de questões norteadoras: *Qual o significado da obesidade infantil para você? Como você cuida para prevenir a obesidade infantil?*

Dividiu-se o grande grupo em 4 pequenos grupos, foram distribuídas canetas, canetinhas, tesouras, revistas e cola. Cada um poderia confeccionar o cartaz como quisesse, escrevendo, desenhando ou colando. Depois, cada grupo iria compartilhar com o grande grupo o que produziram.



Figura VII – Confeccionando Cartazes.

**Conjunção** - De acordo com o que as famílias foram colocando, íamos trocando informações, levando dados da nossa revisão de literatura como dados epidemiológicos, fatores de risco, causas, tratamento da obesidade infantil. Muitos dos assuntos que havíamos programado falar após as colocações das famílias surgiram antes que precisássemos comentar,

como o sedentarismo, o tempo muito longo que as crianças vêm passando em frente à tv e ao computador, a falta de tempo das famílias em preparar o alimento, falta de tempo de praticar atividade física, de brincar com os filhos, a influência da mídia com propagandas que chamam a atenção das crianças. Com isso, ao final das discussões, colocamos apenas alguns dados sobre a prevalência da obesidade infantil, e como essa não é uma realidade distante, repassamos a eles os resultados da avaliação nutricional das crianças do NEI. Expusemos os números de crianças com desnutrição, risco para desnutrição, risco para sobrepeso e sobrepeso. Alguns pais se assustaram com os dados. A Prof. Rosane colocou que não era para se assustarem, e nem para se sentirem culpados, que estávamos ali para ajudar e esclarecer qualquer dúvida. Falou que as pessoas interessadas em saber sobre a avaliação específica de seus filhos poderiam nos procurar, pois não cabia a nós naquele momento falar os nomes das crianças em público, pois tínhamos este cuidado ético.

Devido ao nosso tempo estar se esgotando, pedimos para que apenas duas pessoas mostrassem o que compraram no supermercado para terminarmos a atividade.

Realizamos um grande círculo, braços dados, ao som da música “Comida” do Titãs. Cada um foi convidado a colocar o que achou da oficina e como estavam se sentindo.

Depois ainda procuramos por quem não havia assinado o TCLE, para esclarecermos os objetivos do nosso trabalho e as dúvidas.

Alguns pais vieram nos procurar, como a Contorcionista, a Cama Elástica entre outras. A Cama Elástica estava bastante preocupada por estar em processo de separação, relatando que seu filho havia mudando muito, ficando quieto, aborrecido e triste. Uma das pesquisadoras-cuidadoras dialogou com a mãe para tentar perceber no que isso explicava o fato da criança estar acima do peso. Comentou que às vezes as mães, quando percebem que os filhos estão tristes, tentam compensar, deixar os filhos felizes com agradinhos, é aquela comidinha que ele mais gosta, aquele biscoito gostoso. Confirmando, a mãe disse que fazia isso mesmo quando via o filho triste, tentando recompensar porque acha que tem culpa pela separação.

Como havíamos passado do tempo, esclarecemos que estaríamos disponíveis para conversar; perguntamos se ela talvez não gostaria que fizéssemos uma visita domiciliar. Ela disse que achava mesmo que seu filho precisava da ajuda de um psicólogo. Falamos à mãe que tentaríamos agendar uma consulta, e assim que conseguíssemos, iríamos lhe avisar. Ela se mostrou feliz e nos agradeceu.

**Repensando o cuidado e as interações**, a realização dessa oficina gerou muitas reflexões importantes para nós e para as famílias, o que foi fundamental para que nós

podéssemos contribuir para a prevenção da obesidade infantil e promover seres saudáveis. Cremos que alcançamos os nossos objetivos. As famílias se envolveram bastante nessa temática, e demonstraram entendimento sobre a importância desse problema.

Nesta oficina apareceram principalmente os conceitos de obesidade e promoção de saúde. Toda a revisão de literatura e a parte de referencial teórico vieram ao encontro neste momento.

O lúdico esteve presente durante toda oficina por acreditarmos que é um facilitador para a interação com o meio. Com isso, fizeram parte da oficina o teatro de fantoches, a simulação do supermercado e ainda a Pipoca, que esteve presente em todos os momentos como um dos condutores das atividades. Essa maneira de realizar as oficinas foi primeiramente elaborada para o desenvolvimento da prática assistencial com as crianças. Porém, por acreditarmos que os adultos também precisam da ludicidade para o seu melhor viver, e que as interações devem ser compartilhadas para serem compreendidas, é que optamos por trabalhar da mesma maneira com as famílias.

## **7.4 Visita domiciliar**

### **7.4.1 Visita domiciliar**

Selecionamos algumas crianças de acordo com a avaliação nutricional realizada para agendarmos as visitas. Outro critério importante para a realização da mesma, era a disponibilidade e vontade da família em receber este cuidado.

A criança selecionada foi o Adestrador, um menino de 5 anos de idade, que apresentava sobrepeso. Realizamos a visita no dia 13/06/2007, às 09:30 h, com a presença da nossa supervisora, a enfermeira da ULS Alessandra. Chegamos à casa e fomos recepcionadas pela mãe do menino.

**Conhecendo o Quotidiano e as Interações**, iniciamos a visita nos apresentando e dizendo o motivo de estarmos ali. Em seguida perguntamos como era a alimentação do Adestrador e como era o seu dia a dia. A mãe disse que ele comia de tudo um pouco, porém não gostava muito de legumes e frutas, apenas banana e maçã. Disse que ele brincava pouco de jogar bola, e que ficava a maior parte do tempo assistindo televisão e no computador. Contou-nos que o Adestrador já consultou com o nutricionista da ULS da Lagoa, e que havia

emagrecido 2 kg. Porém, como mora muito perto de seus familiares, era difícil controlar a alimentação do seu filho, visto que em cada casa que passa ele come alguma coisa. A mãe ainda relatou que a família estava passando por um problema sério de saúde com o pai do Adestrador. Disse que por este motivo o pai estava afastado do trabalho e ela teve que parar de trabalhar, porém, sem entrar em maiores detalhes. Perguntamos se ela estava se cuidando, como estava o seu dia a dia. A mesma nos respondeu que não estava se cuidando, pois toda a família dependia dos cuidados dela. Perguntamos se o problema pelo qual estavam passando já estava a caminho de ser resolvido, e a mãe nos respondeu que sim. Quando o Adestrador veio participar da nossa conversa perguntamos o que ele gostava de comer, e ele respondeu: - “Pizza eu não posso dizer porque engorda, né?”. Falamos a ele que poderia gostar de pizza sim, mas que como não era muito saudável, a gente não poderia comer sempre.

**Definindo a Situação**, percebemos que o Adestrador quase não pratica muitas atividades físicas pelo fato de passar a maior parte do tempo em frente a televisão e do computador. A família estava passando por problemas o que pode também estar influenciando no aumento de peso do Adestrador.

**Propondo e Realizando o Cuidado**, falamos sobre as principais causas que estariam levando à obesidade infantil nos dias de hoje. Falamos sobre sedentarismo, excesso de tv, alimentação. Demos algumas dicas sobre o preparo de torta de legumes e com relação ao preparo dos alimentos como verduras e legumes de maneira a tornar o prato mais colorido e chamativo. Em relação ao cuidado da mãe, falamos sobre a necessidade de cuidar de si para conseguir cuidar da sua família. Perguntamos se teria alguma maneira que pudéssemos ajudá-la, e ela nos respondeu que o Adestrador e seu irmão estavam precisando de cuidados psicológicos. Registramos os nomes dos dois para agendarmos as consultas com a psicologia na ULS.

**Repensando o Quotidiano e o Cuidado**, começamos a nos perguntar sobre o que estaria acontecendo com essa família. Uma de nós comentou que achava que poderia ser tentativa de suicídio, pois tinha visto uma cicatriz no pescoço do Pai do Domador. Sem querer tirar conclusões precipitadas, no entanto com a vontade em poder ajudar mais, voltamos para o NEI conversando sobre isso. Ao chegarmos encontramos a professora do Adestrador sentada com a Mulher Bala e a Dançarina colando os bilhetes nas agendas. Então contamos sobre a visita. A professora foi logo nos falando: - “você tão sabendo o que aconteceu com eles né”? Respondemos que não, que a mãe não se sentiu à vontade de nos falar, ou por algum outro motivo não o quis. **Definindo a situação**, a professora nos contou porque achava importante

nós sabermos. **Conhecendo o Quotidiano e o Cuidado** disse que o pai do Adestrador havia tentado suicídio e que o menino tinha presenciado.

A professora disse que o Adestrador não apresentou nenhuma mudança de comportamento na escola depois disso, porém ficou um período sem frequentar o NEI após o acontecido. Quando voltou a professora que sabia do fato, perguntou o que havia acontecido pois estava faltando muito, e Adestrador respondeu que ele e seu pai estavam doentes. Por este motivo achava importante o menino ter um acompanhamento psicológico.

**Repensando o cotidiano e o cuidado** – Neste dia tivemos uma dupla sensação de sentimentos. Alegria e tristeza. Alegria por ter realizado a visita justamente com uma família que estava precisando e nos recebeu muito bem. Parece que Deus faz as coisas certas colocando justamente essas crianças em nossas mãos, sendo que poderíamos ter escolhido qualquer uma dentre tantas crianças que estavam precisando de atendimento especial. Depois de várias tentativas de marcar uma consulta, quem foi cair em nossas mãos? Achávamos que iríamos prestar um cuidado à família, mas não imaginávamos encontrar um problema tão sério.

Por outro lado, ficamos tristes pela situação da família. Uma família que aparentemente tem, ou tinha uma boa condição financeira, (a casa era bem decorada, com móveis novos e bonitos, dois andares) um bom nível de informação, e estar passando por esse momento e que merece todo um cuidado especial.

Agora imaginamos quantos problemas devem acontecer para o lado de fora dos portões do NEI, atrás de uma criança “cheinha”. E é por isso que a Enfermagem pode fazer a diferença para contribuir para tornar mais saudável o cotidiano dos seres humanos e famílias, por ter essa sensibilidade, esse olhar que transcende o dito para o não dito... algo nos dizia que apesar daquela mãe conversar naturalmente sobre o problema de seu filho, tinha algo muito mais angustiante por trás, que talvez naquele momento seria muito mais importante para ela.

Com esta visita surgiram várias inquietações. Como essa mãe teria cabeça para cuidar da alimentação de seu filho logo após seu marido ter tentado suicídio? Como estava o seu ser saudável? Será que essa mãe vai continuar procurando ajuda? Será que vai conseguir ser atendida depois que formos embora? Será que o Adestrador vai superar estes problemas? Será que o que fizemos foi o suficiente?

Tudo isso nos deixou bastante comovidas e nos trouxe várias reflexões sobre a importância do cuidado às famílias, principalmente de fazermos alianças de cuidado para sua continuidade no entrelaçamento entre profissionais. Também é preciso estarmos atentas ao



“preconceito invertido”, que, segundo Nitschke (2004), refere-se ao fato de considerar que famílias economicamente estáveis, não precisam de atenção básica, tampouco de visitas domiciliares.

## **7.5 As consultas**

### **7.5.1 Consulta interdisciplinar com a cardiologista pediátrica**

**Propondo e realizando o cuidado** – Ao chegarmos ao Hospital Infantil Joana de Gusmão pedimos informação para a recepcionista do local, que nos informou que a cardiologista pediátrica não tinha consultas marcadas para aquele dia, porém, viria para atender apenas uma criança às 16:00 horas. Frente a tal notícia, sentimo-nos muito felizes pelo envolvimento e compromisso da cardiologista com nosso Projeto.

Às 16:05 horas Cambalhota chegou. Enquanto a cardiologista pediátrica (também coordenadora do Projeto Floripa Saudável 2040) não chegava, a mãe de Cambalhota nos perguntou por que a tínhamos chamado para a consulta. Começamos a explicar que como nós já havíamos dialogado, Cambalhota se encontrava acima do peso e com a pressão arterial com valores acima do normal para uma criança de 05 anos. Diante disto, a mãe da Cambalhota nos relatou ter “estranhado”, pois no ano passado, o projeto Floripa Saudável havia começado um trabalho, porém, “sem dar em nada”. Sendo assim, imaginou que esta consulta não teria muita importância.

Falou ainda que onde a Cambalhota faz natação, também haviam iniciado um projeto com relação à alimentação, mas que também “não deu em nada”. Disse que já levou a mesma em consultas com o nutricionista da ULS da Lagoa, onde o mesmo durante as consultas pedia para que anotasse tudo o que Cambalhota comia em casa; pedia para evitar comer alguns alimentos e afirmava que o necessário seria somente manter o peso dela. Diante disso falou ter “desanimado”.

Às 16:10 horas, a cardiologista nos chamou para dar início à consulta. A mesma começou explicando que percebemos a importância de acompanhar a saúde de Cambalhota com maior atenção, devido ao fato de termos nos preocupado com os valores dos dados

antropométricos da mesma, e principalmente pela pressão arterial e circunferência abdominal elevados.

Inicialmente a mãe de Cambalhota relatou que teve uma filha que faleceu com 05 meses de vida em decorrência de um distúrbio metabólico. A cardiologista observou o laudo, constatando que tal distúrbio não tinha relação com o problema de Cambalhota. **Definindo a situação**, referiu que a mesma pode sofrer de um outro tipo de Síndrome Metabólica, onde os reguladores de saciedade da fome não funcionam muito bem, sendo esta a melhor idade para tratamento desse tipo de problema.

Após este primeiro momento, a cardiologista indagou a mãe sobre alguns dados referentes a Cambalhota, como peso e altura ao nascer, amamentação, alimentação complementar, cardápio diário, número de horas na frente da T.V, entre outros. Sendo assim, a mãe respondeu falando que Cambalhota nasceu de parto normal, pesando 4 kg e 100 gramas, e medindo 52 cm. Mamou no peito até os 02 anos de idade, sendo iniciada alimentação complementar a partir dos 05 meses. Quanto ao cardápio, relatou que no café da manhã ela costuma comer 01 copo de Nescau com leite desnatado e 05 ou 06 bolachas do tipo salgada. No almoço, come carne ou frango, arroz e feijão. Referiu que Cambalhota não gosta e não come salada, somente tomate e couve-flor. Disse ainda que ela sempre repete o prato e que adora tudo o que tenha gordura, porém evita cozinhar usando óleo justamente por esse motivo. Não faz sobremesa. A cardiologista perguntou ainda, se ela desde pequena costumava comer muito, a mãe respondeu que sim, e que come bastante fora de hora se tiver besteira.

No período da tarde falou que Cambalhota come na escolinha, onde no início da tarde costumam servir bolacha com suco ou frutas. Complementamos dizendo que às vezes é farinha láctea. A janta no NEI costuma ser macarrão, sopa, arroz com feijão, carne e salada, sendo que completamos a informação dizendo que Cambalhota sempre costuma repetir o prato na escolinha também. Com isto, a cardiologista relatou que esta atitude é muito característica de alteração genética, ou seja, a Síndrome Metabólica.

Continuando com as informações, a mãe disse que à noite Cambalhota come somente frutas e leite com nescau, pois sabe que ela tem de comer menos neste período do dia. Com relação à prática de atividades físicas, Cambalhota faz natação 2 vezes por semana e brinca muito. Porém, a mãe relatou ter percebido que sua filha está se cansando com muito mais facilidade durante atividades que exijam esforço físico, e, além disso, que ela reclama de dores nos pés. A cardiologista disse que é comum devido ao peso de Cambalhota.

No decorrer da conversa a cardiologista fez a árvore genealógica, e por fim perguntou se a mãe era casada. A mãe respondeu que sim, e neste momento Cambalhota exclamou:

- Mãe, mas você não é casada! Frente à situação, explicamos à mesma que se uma pessoa mora junto com a outra há muito tempo, já é considerada casada. Então a mãe comentou que já morava com o pai dela há 13 anos.

A cardiologista perguntou ainda se alguém da família dela ou do marido tinham problemas de saúde. Ela respondeu que a sua avó tem diabetes e pressão alta. Perguntou também se havia mais pessoas com problema de obesidade na família, obtendo como resposta, que a maioria de seus familiares são “meio gordinhos”. Neste momento, lembramos à mãe de comentar com a cardiologista que havia feito cirurgia bariátrica.

Como segundo momento da consulta, a profissional iniciou o exame físico em Cambalhota. Examinou o pulso tibial, pedioso e radial. Auscultou o tórax e aferiu a P.A, dando como resultado 132x96 mmHg. Pediu para que ela ficasse de pé sobre a maca, a fim de examinar a pisada, pois a tendência é que ocorram alterações na anatomia dos pés. Disse que Cambalhota apresentara leve lordose e pés genoalvos, característicos em indivíduos com excesso de peso. Verificou circunferência abdominal, apresentando 83 cm, estatura igual a 1,225 m, e peso igual a 37 kg.

Finalizando a consulta, a cardiologista calculou o IMC de Cambalhota, resultando em 24,6 (sendo o valor normal para crianças de 05 anos, 18 no máximo). Visto o resultado destes dados, a mesma solicitou à criança diversos exames, explicando à mãe detalhadamente, como deveria ser feito a marcação de todos. Os exames foram: ECO, exames de carótida, eletrocardiograma, Raio x de tórax, ultrassonografia de abdômen. No exame de sangue pediu glicemia, HDL (triglicérides totais), insulina e cortisol. Por fim, agendou uma consulta com a endocrinologia para o dia 19/06, às 08:00 horas no HIJG. Receitou anti-hipertensivo (captopril) 12,5 mg, de 12 em 12 horas. Também agendou retorno com ela, para o dia 21/06, às 16:00 horas para a análise dos resultados dos exames e controle de P.A.

Deu orientações com relação à alimentação: estimular a ingestão de frutas, verduras e legumes, evitar frituras e alimentos com alto teor de gordura, continuar com o uso do leite desnatado, evitar uso excessivo de sal, evitar alimentos que mascaram o sal como mortadelas e beber muita água. Disse que era tudo aquilo que ela já estava “careca de saber”. Aí a Cambalhota exclamou:

- Ela não tá careca não!!!! O que foi motivo de muito riso por todos. A mãe disse que ela estava a semana toda só fazendo-a passar vergonha.

Cambalhota comentou que no dia seguinte teria um aniversário. Então comentamos com ela que poderia comer, mas em pouca quantidade. Falamos que ela poderia escolher um doce que mais gosta, o salgadinho predileto, sendo que não precisava comer todos, podendo também tomar um copo de refrigerante. Neste momento, Cambalhota nos falou que seu pai disse que ela tinha que comer só frutas. A mãe disse que não, que ele falou para ela comer mais frutas.

Para a despedida, relatamos que a partir daquele dia, Cambalhota ia ter um acompanhamento médico no Hospital Infantil devido a este disponibilizar de mais recursos, com a realização de exames e especialistas nessa área. A mesma nos agradeceu muito pela atenção e oportunidade. Cambalhota se despediu dando um beijo e abraço em todas nós, e perguntou quando iríamos visitá-la, pois sabia que havíamos marcado uma visita em sua casa, mas que a mãe havia cancelado referindo uma consulta odontológica de última hora. Ficamos sem graça para responder, pois havíamos sentido que a mãe não queria muito uma visita domiciliar. Falamos que veríamos se conseguiríamos ir à casa dela, mas não era certeza.

Com a saída de Cambalhota e sua mãe do consultório, relatamos à cardiologista que estávamos felizes por termos conseguido participar da consulta. Agradecemos pela oportunidade e pelo fato de ter realizado a consulta a nosso pedido. Perguntamos também se ela iria agendar alguma outra criança para a próxima semana, relatando-nos que se isso acontecesse, iria nos avisar. Como auxílio para nosso projeto a profissional ainda nos forneceu o endereço de um site na internet, contendo dados sobre as diretrizes para prevenção da aterosclerose em crianças.

**Repensando o cotidiano e o cuidado** - A consulta foi bastante rica apesar da cardiologista pediátrica conduzi-la a maior parte do tempo, tivemos liberdade de estarmos nos colocando, contribuindo, conhecendo e interagindo. Alcançamos nossos objetivos!!!

Com a consulta interdisciplinar pudemos contribuir com nosso conhecimento e por já conhecer melhor a Cambalhota, seu cotidiano, suas interações. Também aprendemos bastante, a cardiologista pediátrica se mostrou um exemplo de profissional. Agora temos que torcer para que continue atendendo as outras crianças.

Com esta consulta tivemos a sensação de tarefa cumprida, de bem estar, de felicidade... Agora esta família está bem encaminhada. Isso é muito bom porque sabemos que foi fruto de

todo nosso esforço, nossa “briga” em querer que essas crianças fossem atendidas o quanto antes. Depois que saímos a Bianca estava tão contente que até pediu um aperto de mãos entre nós mesmas para “nos parabenizar”. Foi mais uma prova que não devemos desistir diante das dificuldades, que lutar pelos nossos objetivos vale muito à pena. A Enfermagem tem um papel importantíssimo na saúde, depende de ter essa consciência e de não ter medo de lutar.

Vários conceitos apareceram neste cuidado, como: Enfermagem, obesidade infantil, saúde doença familiar, cotidiano, criança, ser humano, cuidado, definição de situação e promoção da saúde.

**Definindo a situação** ficou bem claro pela nossa avaliação e da Isabela que a Cambalhota é uma criança que precisa de muitos cuidados. Ela tem uma importante carga genética para desenvolver os problemas que está passando, e o ambiente simbólico no qual está inserida também se mostrou ser um fator de risco para desenvolver a obesidade infantil e suas complicações.

### **7.5.2 Consulta interdisciplinar com a nutrição**

Para consulta com o nutricionista, agendamos 3 crianças com obesidade. Uma mãe ligou desmarcando, e outra não compareceu. Realizamos então, a consulta com a Pirueta (03 anos de idade).

Às 08:45 horas Pirueta chegou à ULS, juntamente à sua mãe. Como momento inicial da consulta, nos apresentamos e iniciamos uma interação com a criança. Levamos a mesma até a balança para ser verificado seu peso e altura, sendo anotados 19 kg e 1,03 metros

**Conhecendo o Quotidiano e as interações** no consultório, iniciamos uma conversa com a mãe de Pirueta, resgatando dados importantes. A mãe relatou que a família reside em Florianópolis há 03 anos, sendo naturais de Alegrete/RS. Pirueta nasceu de parto normal, pesando 2 kg e 650 gramas e medindo 48 cm. Falou ainda não ter tido nenhum problema durante o período gestacional. Pirueta mamou no peito até os 08 meses de idade, sendo iniciado alimentação complementar aos três meses. Iniciou com mamadeira à base de leite integral, farinha láctea e açúcar, papinhas com verduras e legumes amassados.

Ao ser questionada a respeito da alimentação atual de Pirueta, a mãe referiu que no café da manhã ela toma mamadeira com leite integral, farinha láctea e mais ou menos duas colheres

rasas de açúcar. Como a mesma frequenta o NEI no período matutino, no meio da manhã, lancha na instituição.

Ao meio dia relatou que a criança come apenas arroz e feijão (duas colheres de arroz e uma concha de “caldinho” do feijão), não aceitando outro tipo de alimento. Disse que às vezes, ela “chupa” um pedaço de carne, mas que não come. Sobre o consumo de verduras, legumes e frutas, a mãe de Pirueta relatou que verduras e legumes a mesma não come, e tem aceitação por pouca variedade de frutas, comendo banana ou maçã no período vespertino. Disse ainda que só come o miolo do pão, e que não gosta de bolachas recheadas, somente bolacha salgada. No período da tarde referiu que ela dorme, mas antes toma uma mamadeira, e ao acordar, come uma banana, maçã ou um iogurte. À noite ela janta, comendo novamente arroz com feijão, e que de duas a três vezes por semana, toma refrigerante. Relatou que quando Pirueta chora de madrugada, ela “taca a mamadeira” com farinha láctea e açúcar para acalmá-la. Falou ainda que Pirueta não pratica atividades físicas, somente brincadeiras ao ar livre. Assiste T.V no período da manhã, enquanto toma a mamadeira, ou seja, em torno de 30 minutos. Resgatando dados familiares, a mãe referiu que a avó e bisavó da criança têm diabetes e hipertensão arterial.

**Definindo a Situação** percebemos que os hábitos familiares dessa família precisam ser ressignificados. A obesidade infantil, além de ser uma epidemia devido a maneira que estamos vivendo o nosso dia a dia, traz como causa os hábitos de uma família, por isso é que não é fácil tratar a obesidade infantil. É por isso e que os cuidadores devem conhecer o cotidiano dessas famílias, compartilhar seus símbolos através das interações, para que assim possam prestar um melhor cuidado. Isso leva tempo, e não é em uma única consulta que iremos conseguir. Essa família precisa se sentir acolhida pela equipe de saúde, entender os malefícios que a obesidade infantil pode trazer para a saúde da criança, e estar disposta a mudar hábitos.

**Propondo e Realizando o Cuidado** com o auxílio do nutricionista da ULS, realizamos as orientações necessárias. Orientamos com relação ao não uso de açúcar na mamadeira, assim como a tentativa de eliminar as mamadas durante a noite, pois além do ganho de peso, também há as questões relacionadas à higiene bucal.

Explicamos para a mãe insistir no momento de oferecer um alimento saudável, comendo próxima a Pirueta, estimulando a experimentar, dizendo que está muito gostoso. Dessa maneira ela estará influenciando hábitos saudáveis. Sugerimos que ela monte um prato “colorido” e divertido, que chame a atenção da criança. Orientamos a oferecer carnes macias como frango, peixe, onde talvez assim a mesma apresente uma melhor aceitação.

Finalizando a consulta, o nutricionista fez a solicitação dos seguintes exames à criança: hemograma completo, colesterol total e frações, proteínas totais, parcial de urina, parasitológico de fezes e glicose.

**Repensando o Quotidiano e as Interações**, achamos que a consulta foi bastante rica e conseguimos oferecer o cuidado como gostaríamos, visto que a consulta interdisciplinar amplia os olhares e oferece um cuidado de maior qualidade ao ser humano.

A Enfermagem juntamente com a equipe multidisciplinar é o fio condutor para esse modelo de prática, mas para isso precisa de uma equipe comprometida e sensibilizada.

### **Facilidades encontradas para a realização do espetáculo**

As parcerias formadas desde o início da prática com o Projeto Ninho, Artemis e Projeto Floripa Saudável 2040.

O acolhimento dos profissionais da ULS da Lagoa.

O envolvimento dos supervisores de estágio, que acreditaram em nosso projeto e se comprometeram juntamente no cuidado às famílias.

O apoio encontrado na Família do NEI, que compreendeu a importância do nosso trabalho, confiando na seriedade e responsabilidade do mesmo.

### **Limites encontrados**

Um limite encontrado foram alguns desencontros com o pessoal do Projeto Floripa Saudável. Talvez pelo fato deste Projeto ser a longo prazo, e o nosso, a curto. Nós nos preocupávamos com as mensurações, com a avaliação nutricional e os cuidados que precisavam ser realizados com certa urgência, os membros do Projeto estavam em outro ritmo, o que nos causou muita angústia durante a prática assistencial.

Como havíamos nos comprometido com o Projeto, não queríamos e nem seria certo caminhar sozinhas. Vimos esta integração como importante para desenvolvermos um cuidado interdisciplinar às famílias, além de uma possibilidade da continuidade do nosso trabalho com as famílias.

Outro limite encontrado foi entrar em contato com as famílias a partir dos telefones disponíveis no NEI. Muitos estavam desatualizados (desligados, as pessoas tinham mudado de emprego). Muitas vezes, quando conseguíamos esse contato, a indisponibilidade de tempo

das famílias foi outro limite encontrado para a realização tanto da visita domiciliar quanto ao agendamento de consultas na ULS.



## **8 TODO ESPETÁCULO TEM UMA CRÍTICA: avaliando a experiência**

Retomamos agora o espetáculo... ou seja, o cuidado que realizamos junto aos nossos “Anjos do Picadeiro”, trazendo-o criticamente a partir do alcance dos objetivos e através das estratégias propostas.

### **8.1 Ampliar o conhecimento envolvendo o cuidado à saúde relacionado na área de promoção da saúde e prevenção da obesidade infantil.**

Entendemos que toda nossa vivência se caracterizou como uma ampliação do conhecimento, envolvendo não apenas o cuidado à saúde relacionado à área de promoção da saúde e prevenção da obesidade infantil, mas aspectos do processo de viver humano no cotidiano, na sua multidimensionalidade e complexidade, contribuindo para nossa vida não só profissional, mas, sobretudo pessoal.

#### **8.1.1 Pesquisa e seleção dos autores que contemplem os conceitos e referenciais propostos.**

A ampliação do conhecimento foi definida como objetivo específico pelo fato de acreditarmos ser necessária para o desenvolvimento de um cuidado adequado às necessidades que surgiriam no dia a dia. Durante o cuidado, buscamos novos conhecimentos envolvendo os seguintes aspectos, entre outros: avaliação nutricional e inter-relação com dados antropométricos e pressão arterial, bem como as dinâmicas de grupo para fundamentar a realização das oficinas.

Segundo Militão (2001), toda atividade que se desenvolve com um grupo na qual o objetivo visa a integração, desinibição, diversão, reflexão, aprendizado, apresentações, competição e aquecimento, pode ser denominada de *Dinâmica de Grupo*. Aplicar uma Dinâmica de Grupo é possibilitar o exercício de uma vivência, ou seja, é um processo vivencial. Por este motivo, nossas oficinas foram realizadas através desta técnica de trabalho.

Para a avaliação nutricional das crianças após a verificação dos dados antropométricos, pressão arterial e circunferência abdominal, tivemos de pesquisar a maneira

correta para fazê-la, buscando um referencial confiável e correto. A avaliação relacionada ao peso e a altura foi realizada com o auxílio dos nutricionistas do Projeto Floripa Saudável. Em relação à circunferência abdominal e pressão arterial, pedimos auxílio à cardiologista pediátrica e coordenadora do Projeto, que nas últimas semanas de estágio se comprometeu a realizar esta análise, o que nos deixou satisfeitas por sentirmos a importância desta integração, reforçando o trabalho em equipe que estava sendo realizado.

Durante o desenvolvimento da prática, onde sempre estávamos buscando referências a respeito da obesidade infantil e promoção de seres saudáveis, encontramos um material elaborado pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com distribuição gratuita nas escolas. Este se apresentava em forma de revista, direcionado às crianças com linguagem de fácil compreensão, trazendo como personagens a Emília e a Turma do Sítio. Seu conteúdo abordava temas como: Educação Alimentar e Nutricional, O que é Obesidade e Alimentação Saudável. A partir desse material preparamos cartazes educativos, que foram distribuídos no NEI.

O referencial teórico foi a base para a construção da metodologia de cuidado que implementamos. A partir das três premissas básicas do Interacionismo Simbólico, que o ser humano age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para ele, que esse sentido surge da interação social, e que são manipulados e modificados através da interpretação pessoal (BLUMER *apud* HAGUETTE, 2003), estabelecemos um direcionamento para o nosso cuidado. Com isso, mantivemos uma constante busca ao aprofundamento e reflexão da teoria.

O Quotidiano foi sempre foco de nossas inquietudes, sendo que procurávamos, além do Interacionismo Simbólico, outras referências que pudessem nos auxiliar na compreensão do comportamento humano na nossa contemporaneidade.

A partir do conhecimento dos *pressupostos teóricos e da sensibilidade* trazidos por Michel Maffesoli, onde o primeiro pressuposto, *a crítica do dualismo*, coloca que qualquer pensamento é percorrido por duas atitudes complementares, de um lado ressalta a razão, o mecanismo, e do outro o sentimento, a imaginação, é que buscávamos cuidar com razão, mas sem perder a sensibilidade. Essa forma de cuidar ao mesmo tempo em que era um ideal, muitas vezes foi um desafio, pois durante o decorrer da academia, apesar de a Enfermagem ser uma profissão que visa cuidar de uma maneira menos biologicista, sentíamos, observávamos e ouvíamos através de relatos de outros profissionais, que seria melhor não nos envolver emocionalmente com os pacientes. A justificativa era minimizar os danos

emocionais e físicos que a Enfermagem geralmente sofre por cuidar por um período longo de tempo de pessoas doentes.

Isso de certa maneira, foi percorrendo os nossos pensamentos e, ao chegarmos no NEI para desenvolvermos um cuidado com as crianças e suas famílias, percebemos que não tínhamos como não nos envolver para cuidar com razão e sensibilidade. Devido a isso, durante a prática, buscávamos nos fortalecer a partir dos pensamentos de Michel Maffesoli.

### **Facilidades encontradas**

O auxílio de pessoas com uma bagagem importante sobre o referencial teórico, cuidado com a criança, família e obesidade infantil foi uma facilidade encontrada, pois nos indicaram várias referências sobre a temática abordada.

O envolvimento da orientadora com o nosso trabalho, sempre ouvindo as nossas dúvidas e inquietações. Os confortos que nos proporcionava com suas falas estavam sempre nos remetendo a questões que nos reportavam a teoria da Razão Sensível e aos pressupostos do Interacionismo Simbólico. Ainda, com anseio de esclarecer nossas dúvidas, estimulava-nos para a leitura de autores que contemplassem o referencial teórico.

### **Limites encontrados**

Dificuldade para compreendermos o referencial teórico a partir dos próprios teóricos, tendo em vista que o conhecimento destes referenciais iniciou pouco tempo antes da elaboração do Projeto. Além do que, tal teoria não é abordada durante o curso de graduação em enfermagem.

Durante a prática assistencial, em virtude do número de atividades em que estávamos inseridas, em alguns momentos sentimos falta de mais tempo para realizar leituras que complementassem o cuidado proposto.

### **8.1.2 Participação em reuniões do NUPEQUIS – SC e GAPEFAM, buscando ampliar a discussão para sustentação do referencial teórico.**

O NUPEQUIS-SC - Núcleo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina, no qual nos inserimos na busca para ampliar nossos conhecimentos sobre o referencial teórico utilizado, foi criado em 1993, sob a liderança da Prof. Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende. Em 1997, o núcleo passou a ser coordenado pela Professora Dra. Rosane Gonçalves Nitschke.

Este Núcleo busca o estudo da saúde no cotidiano como o "locus" privilegiado para a análise da vida social, considerando-a como criação coletiva, plena de significados. O aprofundamento teórico gira em torno do "paradigma do sujeito", buscando a compreensão do ser humano no seu processo de viver contemporâneo.

Participamos das reuniões do grupo desde o mês de março de 2007, reuniões estas ocorridas na última quinta feira de cada mês. Nas reuniões, em forma de seminário, eram realizadas discussões sobre a temática do Núcleo, sempre abordada de diversas maneiras.

Como exemplo disto, tivemos a oportunidade de participar da apresentação da dissertação de mestrado da nutricionista Andréa Gonçalves Giaretta, prestigiando também sua apresentação em uma das reuniões do NUPEQUIS-SC. O espaço foi aberto para discussões sobre sua dissertação, cujo título foi: Família, Pessoa com Síndrome de Down e Nutricionista: Re-Significando o Ato de Comer. Esta produção nos auxiliou muito, pois além de falar sobre o ato de comer, fundamental ao nosso trabalho, utilizou também o mesmo referencial teórico. A partir das discussões no NUPEQUIS-SC é que começamos a compreender sua aplicabilidade pela enfermagem no cuidado às famílias.

Participamos também da apresentação de tese da enfermeira Sônia Lorena Argôllo Fernandes, cuja área temática foi Violência na Infância e Adolescência. A tese foi embasada no Interacionismo Simbólico e desenvolvida no mesmo local onde realizamos nossa Prática Assistencial. Com este trabalho, ampliamos não somente nossos conhecimentos a respeito do referencial teórico, mas também a respeito das famílias do NEI.

As reuniões mostraram-se ainda mais ricas pelo fato de profissionais de outras áreas da saúde estarem participando como membros, ou como convidados, trazendo assuntos que se relacionassem com a temática do grupo. Participamos de uma reunião onde foram convidados 2 profissionais da área de naturologia, sendo discutidos assuntos sobre o estresse no cotidiano dos profissionais da área da saúde, assim como outros assuntos interligados.

A inserção no grupo também nos oportunizou a participação em um estande na VI SEPEX - Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão. Além da divulgação do Núcleo para a comunidade, realizamos um Mural Interativo, onde cada dia se trabalhou com duas questões: 1º- Como está o seu dia a dia? O que você faz para ser saudável? 2º- O que significa obesidade infantil para você? O que você está fazendo para prevenir a obesidade infantil? 3º Você tem medo de quê? Você tem força de quê? Com essas questões, acreditamos ter gerado reflexões nas pessoas sobre a maneira como estão vivendo o seu dia a dia, refletindo também sobre o nosso próprio cotidiano. Além destes, trocamos informações e aprendemos muito.



Figura VIII - Crianças participando do mural interativo na VI SEPEX

A experiência adquirida com o desenvolvimento da prática associada às discussões no NUPEQUIS-SC, bem como aos estudos sobre a temática desenvolvidos durante o projeto, ampliaram e aprofundaram nossos conhecimentos, contribuindo assim, para nossa formação acadêmica e pessoal.

O GAPEFAM – Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família- foi fundado pela Dra. Ingrid Elsen, em 1984, sendo atualmente coordenado pela Prof. Ana Izabel Jatobá de Souza, nossa co-orientadora. O GAPEFAM realiza pesquisa na área da saúde familiar, desenvolve projetos de extensão visando à família como unidade do cuidado profissional, promove a apóia programas de educação continuada e presta assessoria a profissionais e instituições sobre assuntos relacionados à sua área. Tem como objetivos: Construir conhecimentos sobre família e seu processo de viver e ser saudável; articular o

saber, o educar e o fazer visando à promoção da saúde familiar e instrumentalizar profissionais para atuar com a unidade familiar. Tem como linhas de estudo e investigação, a família e seu processo de viver e ser saudável, a construção de instrumental teórico metodológico para a prática com famílias e a família e violência.

Nossa participação junto a este, deu-se inicialmente em sua sede na Casa Vida e Saúde, envolvendo o Projeto Ártemis.

### **Facilidades encontradas**

O fato de nossa orientadora ser coordenadora do NUPEQUIS- SC e membro do GAPEFAM, e a nossa co-orientadora ser coordenadora do GAPEFAM, facilitou a nossa integração aos grupos, bem como o entrelaçamentos dos projetos.

O fato do GAPEFAM ter objetivos semelhantes aos nossos e aos do Projeto Ninho, também foi uma facilidade encontrada.

### **Limites encontrados**

Gostaríamos de ter participado das outras reuniões mensais do GAPEFAM, além dos encontros para organização e execução do Projeto Artemis. Porém, as reuniões do grupo aconteciam também às quintas feiras, data das reuniões do NUPEQUIS.

## **8.2 Oferecer um cuidado na perspectiva intertransdisciplinar às famílias**

Para oferecer um cuidado na perspectiva intertransdisciplinar às famílias, desenvolvemos as seguintes estratégias:

### **8.2.1 Compartilhamento de experiências com profissionais buscando ampliar conhecimentos e desenvolver atividades conjuntas.**

Esses compartilhamentos ocorreram com vários profissionais. Uma delas foi através da nossa integração ao Projeto Floripa Saudável 2040.

Participando deste Projeto, tivemos a oportunidade de compartilhar experiências junto a vários profissionais, como: um nutricionista, uma acadêmica de nutrição, dois enfermeiros, uma médica generalista e uma cardiologista pediátrica.

Desenvolvemos encontros semanais com os integrantes do Projeto. Nos primeiros, discutimos como seria realizada a coleta dos dados antropométricos das crianças e a capacitação dos profissionais do NEI. Com o decorrer da prática, os encontros foram destinados à melhoria do método para a coleta dos dados antropométricos das crianças, e por fim, a análise dos mesmos.

Através do compartilhamento de experiências com o Projeto Artemis, pudemos ampliar nossos conhecimentos com o cuidado às famílias utilizando outras maneiras que não às que estamos acostumadas, como por exemplo, a promoção de famílias saudáveis através da customização. A partir desta questão, pudemos conhecer as habilidades das pessoas e cuidar também a partir de suas potencialidades.

Realizamos uma constante troca com os profissionais do NEI, com as professoras, auxiliares de sala, cozinheiras, e o pessoal da limpeza. Com isto procurávamos sempre a melhor maneira de cuidar das famílias, e integrarmos as rotinas da unidade. Com as professoras e auxiliares de sala realizamos trocas riquíssimas. Um exemplo disso foi quando começamos a verificar os dados antropométricos das crianças, agindo de forma inexperiente e ingênua, acreditando que as crianças iriam adorar a presença da Pipoca. Porém muitas crianças ficaram com medo e começaram a chorar. Esse foi um momento em que sentimos necessidade de trocar experiências com os professores que tem uma rica bagagem em cuidar das crianças. A partir dessa troca surgiram novas possibilidades de realizar a atividade.

Pedíamos também auxílio a essas profissionais para o desenvolvimento das atividades dos fantoches e do supermercado, buscando encontrar a melhor maneira de desenvolver esse cuidado.

Também ampliamos nossos conhecimentos a partir da conversa com a supervisora de ensino do NEI (apêndice G). Como não conhecíamos a metodologia que utilizaram, procuramos buscar compreendê-la melhor, contribuindo para a nossa vida tanto pessoal quanto profissional.

## **Facilidades Encontradas**

O fato de encontramos em nosso caminho profissionais comprometidos com o cuidado às famílias, e tendo a troca de experiências como meio de aumentar os conhecimentos na busca por oferecer um cuidado mais amplo à estas.

### **Limites encontrados**

Alguns desencontros com os integrantes do Projeto Floripa Saudável para dar continuidade às atividades propostas.

#### **8.2.2 Caminhar junto às famílias em consultas com outros profissionais da saúde quando necessário.**

Acreditamos enquanto “quase” enfermeiras, cuidadoras, que a assistência interdisciplinar às famílias favorece a promoção de seres saudáveis, devido ao fato de receberem um cuidado com diversos olhares. Esta forma de cuidar ainda amplia os conhecimentos dos profissionais. Com isso, de acordo com as necessidades verificadas junto as famílias do NEI, buscamos através da ULS da Lagoa da Conceição e do Projeto Floripa Saudável, outros profissionais que complementassem o nosso cuidado. Foram nutricionistas, pediatras, psicólogas, outros enfermeiros e ainda acadêmicos de medicina e enfermagem da UFSC.

Pudemos perceber a grande procura pelas famílias de profissionais da área da psicologia. Muitos pais estavam passando por processo de separação, doenças familiares, e nos solicitaram auxílio no agendamento de consultas com este profissional. A psicóloga da ULS atende apenas uma vez na semana, o que dificultou o atendimento das famílias. Não conseguimos acompanhar as famílias em consultas com este profissional devido a mesma ter entrado em férias.

Gostaríamos de salientar que as crianças que precisavam de um cuidado com a equipe de saúde e não tivemos tempo para caminhar juntas, elaboramos uma listagem com os nomes das crianças e os problemas verificados, e deixamos com a nossa supervisora Alessandra, para que a mesma agendasse consultas com os devidos profissionais que precisavam.

### **Facilidades Encontradas**



O fato de estarmos inseridas no Projeto Floripa Saudável 2040 e dos nossos supervisores serem enfermeiros na ULS. Por meio disto, tínhamos um bom contato e relacionamento com os profissionais, conseguindo a marcação das consultas diretamente com eles.

### **Limites Encontrados**

Um limite verificado a dificuldade para o agendamento das consultas. Tal processo foi difícil pela falta de interesse por parte de alguns pais/responsáveis, ou mesmo pelo fato dos números do telefone cadastrados no NEI para contato não estarem disponíveis.

Alguns números de telefone pertenciam a locais de trabalho dos pais, com gravações de voz, impossibilitando assim um contato com os mesmos. Outros já não trabalhavam mais no local do número de telefone registrado, assim como também, a indisponibilidade para levar o filho para consulta durante o dia, pelo fato de trabalhar nesse horário.

### **8.2.3 Integração nos eventos da comunidade**

Participamos da Campanha de Vacinação contra Poliomielite no dia 16/06/07. O mesmo ocorreu na praça do centrinho da Lagoa. Pudemos entrar em contato com profissionais da Vigilância Epidemiológica, que estavam trabalhando com a questão da alimentação saudável. Os mesmos trabalharam com as crianças de uma maneira semelhante á atividade que desenvolvemos com as crianças do NEI; mais especificamente a atividade do supermercado. Então, trocamos experiências, e participamos dessa atividade.

Também tivemos a oportunidade de estar encontrando com as famílias do NEI nesse evento. Muitas famílias foram até o local para além da vacinação, estarem participando das brincadeiras desenvolvidas, como: cama elástica, jogo de tênis, exposição de asa delta e caiaque, apresentação do Grupo Folclórico Boi de Mamão, presença do Grupo Reaja, que é um grupo que trabalha voluntariamente como “Doutores da Alegria”, utilizando a imagem de palhaços para alegrar a todos.



Figura IX – Campanha da vacinação

### **Facilidades encontradas**

Os nossos supervisores de estágio serem enfermeiros da ULS da Lagoa e estarem envolvidos na organização desta Campanha.

### **Limites Encontrados**

Não houve limites.

### **8.3 Compreender o significado da obesidade infantil e sua relação com o quotidiano junto às famílias do NEI.**

Como já referimos, a compreensão do significado da obesidade infantil e sua relação com o quotidiano junto às famílias do NEI, emergiu desde o momento de inserção no quotidiano das famílias até nossa última interação na escola, sendo que ficou mais marcada na terceira oficina com as famílias envolvendo pais, responsáveis, funcionários e as próprias crianças. Trazemos agora Definição de Situação sobre a Obesidade Infantil e o seu cuidado.

Partindo-se para a análise do material produzido na oficina, realizamos a categorização do estudo utilizando a questão norteadora: **Qual o significado da obesidade infantil pra você?** Emergindo as seguintes categorias também em conjunção:

**a) Má alimentação dos pais reflete na alimentação dos filhos; os hábitos.**

As famílias colocaram que os hábitos que as crianças têm são reflexos dos hábitos dos pais. As crianças observam e tomam como exemplo aquilo que os pais fazem. Se eles se alimentam mal transmitem isso aos seus filhos, podendo se tornar obesos.

Spada (2005, p. 27) coloca que “a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança por meio da aprendizagem social, e os pais são os primeiros educadores nutricionais”.

Este fato pode ser analisado com olhares de vários autores. Os estudos iniciados por Mead no início do séc. XIX que deram origem à Escola de Interação Simbólica, nos remete as suas idéias quando coloca que o ser humano tem capacidade de aprender um grande número de significados e valores. Este aprendizado ocorre através de símbolos, que podem ser pensados como significados de valores que são compartilhados. Esse compartilhamento de símbolos ocorre através da interação com outras pessoas, especialmente com os membros de sua família. (SCHVANEVELDT, 1983 *apud* NITSCHKE, 1991).

Pudemos perceber através das falas das famílias, quando pedimos a elas para se apresentarem e falarem como estava o seu dia a dia, como elas assimilam a alimentação:

“Meu nome é Equilibrista, sempre acordo tranquilo, agradeço a Deus, faço meu café da manhã, como muita fruta, e trabalho e sou feliz, e estou aqui hoje”.

“Meu nome é Mágico, normalmente eu acordo, tomo café com a minha esposa, e geralmente meu filho está dormindo. Trabalho o dia todo, e sempre que chego procuro sempre fazer refeição junto com a minha família. Gosto muito de comer doce, e não gosto de salgadinho praticamente”.

Isso apareceu de uma maneira bastante interessante, pois a nossa pergunta não era como está sua alimentação. Com, isso percebemos que a alimentação é um fator prioritário quando as famílias falam como está o seu dia a dia, ou seja, um dos primeiros itens a ser avaliado é alimentação, e a partir disso é que avaliam muitas vezes se são saudáveis ou não.

**b) Falta de exercícios (excesso de tv, comer na frente da tv, falta de brincadeiras), sedentarismo desde cedo.**

A falta de exercícios foi uma categoria bastante evidente nas falas das famílias.

*“(...) falta de exercícios, claro que não vai pôr as crianças numa academia, digo assim, exercício até nas brincadeiras, hoje em dia as crianças ficam mais é paradas, assistindo televisão, só querem ficar sentadas, eu conto assim um incentivo pra jogar uma bola com o filho, pra brincar com exercícios que se movimentam né (...)” (Contorcionista).*

*“(...) Porque antes eles comiam o feijão e a carne que tinha né, o arroz, hoje é só bobagizada, não tem lugar pra criança brincar, ela só fica dentro de casa presa, e assistindo televisão e computador, antes tinha campo de futebol, era menino menina, tudo brincava junto, corria, hoje você mora ali, paga um carro pra trazer um filho na escola, antes andava dois três quilômetros di pé, ia correndo e voltava correndo (...) Hoje, eles não andam é mesma coisa que pegá um porquinho botá no gogó e só trata dele prezinho, ele só vai engordar...(Domador)*

As famílias colocam que o sedentarismo é uma realidade na vida das crianças desde cedo. Uma das causas seria o excesso de tv, onde a facilidade e a comodidade torna-se um facilitador para os pais, que estão cada vez mais ocupados com o trabalho.

O comer em frente à tv acentua a força da mesma no ambiente familiar nos dias de hoje. As crianças estão deixando de correr, jogar bola, pular, para ficar em frente à tv, computador, videogame. Há pouco tempo atrás as famílias recordam que não existiam tantos recursos, tanta tecnologia, por isso eram obrigados a ocupar seu tempo com outras brincadeiras.

Segundo Mahan e Stump (1998), o fato de assistir televisão juntamente com as múltiplas dicas da mídia para comer, é sugerido como um fator no ganho de peso excessivo para as crianças. Gambardella et al (2000) mostra bem essa questão em seus estudos, destacando que as comodidades derivadas da tecnologia tendem a elevar o índice de inatividade entre os habitantes das grandes cidades. O tempo excessivo com o uso de veículos de comunicação, como internet e, principalmente, a televisão, diminuem o tempo disponível para prática de exercícios físicos, o que agrava ainda mais a situação.

Segundo Castro (2004), meia hora de atividade física diária ajuda as crianças a manter o peso. Não precisa ser aula de algum esporte: basta brincar. Essa idéia confirma o que uma das participantes da pesquisa colocou.

Certamente, como uma das causas dessa mudança de perfil das famílias contemporâneas, ocorre devido ao grande investimento das indústrias em se fabricar jogos de videogame e computador *cada vez mais* interessantes e reais. A televisão investe em programas *cada vez mais* chamativos para atrair audiência. E os pais, estão cada vez mais condicionados a aumentar a jornada de trabalho para garantir à família, além das necessidades básicas como moradia, alimentação e saúde, também as regalias que a tecnologia pode nos oferecer. Tudo isto levando as crianças a ficarem *cada vez mais* obesas, e *cada vez menos* saudáveis.

**b) Dia corrido, pais ocupados, falta de tempo para preparar os alimentos, pouco cuidado por parte dos pais com alimentação de seus filhos, comer muitas besteiras (doces, salgadinhos).**

Nesta categoria, colocamos os significados da obesidade infantil relacionados à falta de tempo dos pais. Esta falta de tempo faz com que os pais tenham pouco cuidado com a alimentação dos filhos, não tendo tempo para preparar os alimentos. Com isto, as famílias acabam comendo muitas *besteiras*, como eles referem.

*“(...) pras mães que tem o dia corrido, e às vezes não consegue preparar aquele arrozinho, aquele feijão, aquela saladinha, acaba né dando um guaranazinho, uma pizza (...)” (Trapezista).*

Esta colocação das famílias demonstra bem a nossa contemporaneidade. As próprias famílias estão trazendo uma questão que está ganhando força a nível mundial. Carl Honoré (2004) mostra que muitas pessoas estão constatando as desvantagens de levar uma vida corrida. Frente a esta realidade estão tentando diminuir o ritmo de vida, aderindo a um movimento internacional com um nome que diz tudo: *Slow Food e Slow Life*, a Comida e a Vida Devagar, contrapondo-se ao *Fast Food e ao Fast Life*.

**d) Influência da mídia (comerciais)**

*“(...) a mídia influencia um pouco porque a criança come (...) besterinha, danoninho, salgadinho, essas coisas que a criança acaba vendo, achando*

*legal a propaganda porque é chamativa pra crianças e ela acaba comendo (...)*”(Cris)

Mahan e Stump (1998) contempla o significado que as famílias dão a obesidade infantil relacionados à mídia. Crianças em idade escolar assistem TV por uma média de mais de 23 horas por semana. Quase metade de todos os comerciais são de alimentos, e a porcentagem é maior na programação para crianças. A maioria direcionados às crianças são de alimentos pobres em fibras e ricos em açúcar, gordura ou sódio. As crianças em idade pré-escolar são geralmente incapazes de distinguir as mensagens comerciais da programação regular, e de fato, com frequência elas prestam mais atenção na primeira.

#### **e) Doenças (colesterol, pressão alta, diabetes e outras)**

Segundo as famílias, a obesidade infantil significa mais do que hábitos, falta de tempo e mensagens da mídia. Ela ainda significa doenças como colesterol, pressão alta, diabetes e outras. Já no conceito de obesidade podemos identificar esses significados dados pelas famílias. Segundo o Consenso Latino Americano em Obesidade, a obesidade se trata de uma enfermidade crônica, caracterizando-se pelo acúmulo excessivo de gordura, em tal proporção que compromete a saúde, sendo as complicações mais comuns: alterações osteomusculares, dislipidemias, hipertensão arterial e Diabetes Mellitus (COUTINHO, 1999)

#### **f) Descontrole emocional e falta de limites**

Para algumas famílias a obesidade pode significar algum descontrole emocional. As crianças podem ter problemas emocionais, como ansiedade, depressão, ou ainda outros quadros psicológicos. Com isso, podem vir a comer descontroladamente, o que pode gerar a obesidade.

Outro fator que podemos analisar é o ciclo que a criança ansiosa pode entrar. Sabe-se que a criança obesa muitas vezes passa por estigmatização social, prejudicando seu funcionamento físico e psicológico. Segundo Gonçalves e Gorayeb (2005) elas apresentam dificuldades de realizar atividades rotineiras, como: ir à escola, fazer determinados exercícios físicos, procurar emprego, comprar roupas, namorar e divertir-se. Estes fatores podem então gerar mais descontroles emocionais, e fazer com que a crianças tenham mais dificuldades para colocar limites e manter o peso, entrando então em um ciclo vicioso.

A ansiedade é colocada por Gonçalves e Gorayeb (2005) como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do desenvolvimento do ser humano, podendo tornar-se patológica quando acontece de forma exagerada e sem uma situação real ameaçadora que a desencadeie.

Na questão **como eu cuido para prevenir a obesidade infantil** surgiram: Cuidados com a alimentação, prática de exercícios, brincadeiras, procurar comer nos horários certos, como café da manhã, lanche, almoço, café da tarde e jantar, lazer, alimentação saudável desde bebê. Pelas falas das famílias, pudemos perceber que os hábitos saudáveis para prevenção da obesidade infantil precisam começar desde a infância. .

Sendo assim, o significado da obesidade infantil para as famílias nos trouxe várias reflexões. As mudanças no cotidiano, a maneira de viver o dia a dia, se colocam como a base dos significados. O cotidiano corrido, a busca pelos confortos que a tecnologia pode nos trazer, acaba gerando falta de tempo para as famílias se cuidarem. Devido a esse cotidiano corrido que os pais estão levando, estão passando aos seus filhos uma cultura de maus hábitos, este é o ciclo vital. Porém, ao pensarmos em um dos pressupostos do Interacionismo Simbólico, em que os indivíduos se desenvolvem em uma sociedade pré-existente, a qual já possui uma cultura, isto não implica em determinismo cultural, devido às importantes pressuposições sobre a natureza humana (ROSE, 1980 *apud* NITSCHKE, 1991).

A compreensão nos mostra que o significado da obesidade infantil para as famílias está em sintonia com os elementos trazidos pelos autores que influenciam esta situação, tais como: problemas na alimentação, falta de exercícios físicos e sedentarismo, meio ambiente, aspectos emocionais, culturais, econômicos, sociais, e estrutura familiar. Fica claro que as famílias tem noção de multidimensionalidade e complexidade deste fenômeno, sendo “algo de múltiplas facetas” como refere (SPADA, 2005).

O imaginário das famílias traz a realidade de que a obesidade infantil tem uma relação com o cotidiano contemporâneo, apontando que é preciso repensar o ritmo de vida das pessoas como fator importante para promovermos seres mais saudáveis. É preciso assim estarmos atentos para que a cultura do *cada vez mais* (trabalho, dinheiro), não nos deixe de herança uma geração com *cada vez menos...* saúde!

### **Facilidades Encontradas**

A participação das famílias na nossa prática do cuidado, permitindo-nos assim compreender o significado da obesidade infantil, a partir de seus olhares.

## Limites Encontrados

Não houve limites.

### **8.4 Identificar os elementos do cuidado relacionados à prevenção da obesidade infantil que emergem no cotidiano junto às famílias**

Os elementos do cuidado de Leininger que aqui nos propusemos a identificar através das interações com as Famílias do NEI, durante o cotidiano do nosso Processo de Cuidar Sorrindo (realização de oficinas, visitas domiciliares, consultas de enfermagem), foram trazidos a partir de Patrício (1990,1993) e utilizado por Nitschke (1999), estando descritos no anexo C.

Durante todo o nosso Processo de Cuidar Sorrindo, os elementos do cuidar-cuidado se fizeram presentes. Identificamos tais componentes como peças importantes para o desenvolver da Enfermagem e do nosso espetáculo.

Tais elementos nos acompanharam **diariamente nas atividades**. Na realização das oficinas, *o dialogar; o observar; trocar idéias e experiências; assim como o prevenir; o educar; propor modos de cuidar; promover momentos de alegria, prazer; considerar características individuais-coletivas de viver o cotidiano, suas interações, suas potencialidades e limitações, valores, crenças; focalizar os recursos presentes no processo de cuidar, e aqueles necessários para o bem-viver (qualidade de vida), ganharam destaque. O empenhar-se, dedicar-se, criar e fazer com, surgiram nos momentos de confecção das oficinas.*

Com relação às **visitas domiciliares**, *o dialogar; o refletir; o prevenir e observar novamente se mostraram presentes, sendo que novos elementos importantes permearam esta proposta, como o esclarecer; orientar; confortar; adotar atitudes com relação à; sensibilidade; analisar; preocupar-se com o outro; considerar história de vida; desenvolver os cuidados baseados em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e maneira culturais próprias do indivíduo, família, comunidade; ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de participar ativamente, politicamente consciente, nas decisões que envolvam o seu processo de viver coletivo, incluindo seu próprio cuidado.*



Nas **consultas de enfermagem**, percebemos os componentes *dialogar; refletir; trocar idéias; prevenir; observar; expressar; propor modos de cuidar; planejar; organizar com; ouvir atentamente; estar presente; respeitar; considerar características individuais-coletivas de viver o cotidiano, suas interações, suas potencialidades e limitações, valores, crenças; esclarecer, orientar; confortar; adotar atitudes com relação à; coordenar; considerar história de vida; desenvolver os cuidados baseados em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e maneira culturais próprias do indivíduo, família, comunidade.*

Além destes momentos do Processo de Cuidar Sorrindo, tivemos também **a coleta dos dados antropométricos** das crianças, surgindo aqui, o *dialogar; prevenir; tocar; propor modos de cuidar; organizar com; empenhar-se; dedicar-se; responsabilidade; compromisso; promover momentos de alegria, prazer; adotar atitudes com relação à e coordenar;*

O *desenvolver o processo de cuidar com a população e profissionais de outras disciplinas; fazer com; trocar idéias; trocar experiências; propor modos de cuidar; organizar com; ouvir atentamente; respeitar; adotar atitudes com relação à; analisar; calar e tolerar* surgiram nos momentos de trabalho visando oferecer um cuidado na perspectiva interdisciplinar às famílias.

*Amar; respeitar; dedicar-se; estar-com; estar presente; fazer com; ter compaixão; compreender; ser empático; confortar e ouvir atentamente,* são os elementos de afetividade que apareceram **durante o cotidiano do nosso Processo de Cuidar Sorrindo**, aprendendo que os mesmos são premissas indispensáveis para realizar a enfermagem, ou seja, a profissão, ciência e arte de cuidar!

### **Facilidades Encontradas**

Identificamos os elementos componentes do cuidar-cuidado logo no início da nossa prática assistencial, sendo este um instrumento facilitador para sustentação e realização do nosso cuidado.

Percebemos a complexidade do cuidado através destes elementos, reconhecendo a Enfermagem como profissão muito rica em saberes, conhecimentos, técnicas e sentimentos para com o outro.

### **Limites Encontrados**

Não encontramos limites para identificar os elementos do cuidado.

### **8.5. Avaliar a experiência de prática assistencial a partir da ótica dos envolvidos (famílias do NEI) buscando o significado da experiência compartilhada através do cuidado de enfermagem**

No decorrer da nossa prática, fizemos constantes avaliações a partir das falas das famílias do NEI, para estarmos retroalimentando o nosso cuidado, buscando uma assistência de melhor qualidade às famílias. Porém, chegou o momento de fazermos uma avaliação de toda a nossa prática de cuidado junto às famílias, através de suas falas, capturadas a partir dos **diários de campo, gravadores, e filmagens.**

Através da realização de oficinas, durante ou no final delas, as famílias trouxeram o seu olhar sobre o vivido ao desenvolvermos o nosso Processo de Cuidar Sorrindo.

Diante dessas expressões a nossa prática foi avaliada como *algo louvável, encantador e muito bem feito*. Ainda segundo as famílias *surpreendemos por superar as expectativas, fazendo algo que nenhum outro projeto já fez. Fizemos a diferença!*

*“É um trabalho louvável, nós já verificamos muitos problemas com as crianças e que agente não pode fechar os olhos diante desses problemas. Elas estão de parabéns! A gente fica assim muito contente com o trabalho delas, e isso é muito bom, e a gente sabe que elas têm a responsabilidade de estar fazendo algo muito bem feito. A gente percebe que elas foram pegando afinidade e confiança das crianças, a gente percebe isso. Quando a gente vem nas oficinas, né, só sabe como é bom e muito especial, quem vem nas oficinas. E quando alguém pergunta: - Mulher Bala como é que foi a oficina? Eu respondo que não tem como explicar, que só vai saber quem vier. Nós estamos muito felizes, e se a gente pudesse a gente amarrava elas no pé da mesa”! Os outros projetos geralmente são muito devagar, e com elas a gente conseguiu superar as expectativas, pois em pouco fizeram o que nenhum outro projeto já fez. “Elas fizeram a diferença”.*

*(Mulher Bala)*

Durante a realização das oficinas, as famílias expressaram suas percepções e sentimentos sobre o trabalho realizado com as crianças. Acharam o trabalho desenvolvido *bem legal, interessante. Ficaram encantados!*

*“(...) Naquela época que ele tava em adaptação eu fiquei encantada, eu achei bem legal assim, bem interessante a disposição a paciência, porque são 4, 3, 5 anos, na turma, vocês foram ótimas!*

*(Acrobata)*

No final das mesmas, sempre abríamos um espaço para que as pessoas pudessem falar como estavam se sentindo em relação aos momentos vivenciados, se haviam gostado ou não e se suas expectativas foram alcançadas. Relataram que *é muito gratificante e muito bom* ver a participação das famílias nas oficinas.

*“Parece que assim, a cada encontro a gente se supera né, cada encontro da mais gostinho de vim no outro, né, tava eu aqui pensando na próxima quinta feira é, que nem chegou ainda, é também de uma alegria muito grande de chegar aqui hoje e ver muita gente, isso é muito gratificante, foi muito bom”.*

*(Mulher Bala)*

Segundo as famílias, realizamos nosso cuidado de maneira *gratificante, doando nosso tempo para as crianças*. Gostariam que *voltássemos mais vezes para a unidade para dar continuidade ao trabalho*.

*“Eu gostaria de agradecer é, a oportunidade que vocês estão dando para as nossas crianças e pra gente mesmo, pelo tempo que vocês doam de vocês para com as nossas crianças e pelo fato de eu ta aqui junto com vocês, e todos aqui que trabalhem esse exercício, é muito gratificante, muito obrigado por tudo, espero estar mais vezes aqui, que vocês voltem mais vezes pra essa Unidade pra da continuidade a esse trabalho”.*

*(Mágico)*

Nosso espetáculo foi *coisa bem aproveitável, importantíssimo, muito bom e muito legal*.

*“(...) A gente nem sempre pode ta porque a gente trabalha a noite, mas eu gostei muito. Eu adorei, realmente eu adorei, foi uma coisa bem aproveitável... (Bailarina)*

*“(...) Achei muito legal o trabalho de vocês, pois já vi médico deixar a filha ficar cega por falta de cuidado, então acho a presença de vocês na escola importantíssima, onde podem detectar esses problemas (...)”.*

*(Pirofagista)*

Durante o cotidiano no NEI, recebemos palavras de incentivo e força, que nos estimulavam a continuar o espetáculo...

*“(...) Cada dia mais me surpreendo com o trabalho das meninas!”*

*(Mulher-Bala).*

*“Essas meninas são show mesmo!”*

*(Equilibrista)*

### **Facilidades encontradas**

Participação das famílias nas oficinas e no dia a dia no NEI, assim como os registros realizados durante a prática.

### **Limites encontrados**

Não houve dificuldades para a avaliação através das oficinas.

## **8.6 Divulgar o projeto assistencial**

### **8.6.1 Exposição do Projeto em eventos científicos**

Participamos durante o período de 16 à 19 de maio/2007, da VI SEPEX (Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão - Universidade Federal de Santa Catarina). Tal evento visa a demonstração do potencial da UFSC, assim como a exposição de suas realizações e a reflexão sobre o seu significado social.

Através da participação expomos um banner relacionado ao desenvolvimento da nossa Prática Assistencial. Neste, divulgamos a temática abordada, os nossos objetivos, a justificativa para o desenvolvimento do projeto, bem como as atividades programadas.

No mesmo evento participamos do estande do NUPEQUIS-SC, onde foram produzidos murais interativos durante três dias. A cada dia trabalhamos com duas questões. Estas estavam dispostas no mesmo mural, uma ao lado da outra. As questões foram as seguintes:

1º dia - Como está o seu dia a dia? O que você faz para ser saudável?

2º dia - Qual o significado da obesidade infantil para você? O que você faz para prevenir a Obesidade Infantil?

3º dia - Você tem força de quê? Você tem medo de quê?

Tais questões foram elaboradas a partir das temáticas e dos trabalhos desenvolvidos pelo grupo.

Para exemplificar, em uma das questões relacionadas a nossa prática, “qual o significado da obesidade infantil para você” surgiram as seguintes respostas: coxinha de galinha; falta de limites por parte dos pais; falta de educação por parte dos pais; stress; ansiedade; sedentarismo, entre outros.

Na segunda questão abordada “o que você faz para prevenir a obesidade infantil”, surgiram elementos como: nada; caminho 2 vezes por semana; sem tempo para praticar exercícios físicos; jogo futebol nos finais de semana; como saladas, etc.

Através destas questões, conseguimos divulgar nosso trabalho, dando ênfase à temática da Obesidade Infantil. Muitas pessoas, ao participarem dos murais interativos, demonstravam interesse pelo assunto. Com base nisto, conseguimos gerar reflexões sobre a maneira de viver o dia a dia das pessoas, percebendo que a falta de tempo, torna-se a causa principal para os maus hábitos das famílias na contemporaneidade.

Realizamos constantes reflexões sobre a maneira de viver o nosso dia a dia, trazendo em nossas mentes os pensamentos de Honoré (2004). Este autor comenta sobre as conseqüências que vida corrida traz para as pessoas, como por exemplo, o aumento pela procura de psicólogos para o tratamento de crianças e adolescentes que sofrem de ansiedade, depressão, e ainda estão sofrendo com problemas de insônia, enxaqueca, problemas gástricos e distúrbios de alimentação.

Carlo Petrini citado por Honoré (2004, p. 27), coloca:

Nosso século, que começou e se desenvolveu sob o signo da civilização industrial, inventou a máquina, e em seguida, tomou-a como modelo de vida. Estamos escravizados pela velocidade e sucumbimos ao mesmo vírus insidioso: a Vida Rápida, que perturba os nossos hábitos, permeia a privacidade de nossas casas, e nos obriga a comer Fast Food.

Devido às mudanças e exigências da sociedade deste século, onde a produção e colocada entre os principais objetivos de vida designando valores a quem produz mais, é que a partir das reflexões que surgiram com a elaboração do mural interativo, sentimos a necessidade de falar sobre estes movimentos, buscando dessa forma, uma estratégia para cuidar das famílias

### **Facilidades Encontradas**

A coordenadora do NUPEQUIS-SC ser nossa orientadora, nos estimulando a participação na SEPEX visto a riqueza que este evento está sempre trazendo ao grupo.

O fato de tanto a temática desenvolvida pelo NUPEQUIS como a do nosso projeto serem atuais e remeterem ao cotidiano das pessoas, despertou interesse dos visitantes da SEPEX, possibilitando a divulgação do mesmo.

### **Limites Encontrados**

Não houve limites para a exposição do Projeto.

#### **8.6.2 Divulgação do projeto em forma de artigo**

No final da prática assistencial, elaboramos um artigo para a apresentação na disciplina de Contexto Social IV. Além de cumprir com as solicitações desta disciplina, a elaboração desse artigo tem como objetivo o estímulo a publicação do mesmo em revista científica.

Escrevemos o mesmo através dos dados obtidos na oficina realizada dia 24 de maio, com as famílias do NEI, na qual abordamos duas questões: Qual o significado da Obesidade Infantil pra você? Como você cuida para prevenir a Obesidade Infantil?

Com a elaboração deste artigo, buscamos divulgar os significados da obesidade infantil para as famílias do NEI e sua relação com o cotidiano.

### **Facilidades Encontradas**

O fato da oficina realizada com as famílias para a compreensão do significado da obesidade infantil ter gerado reflexões importantes e que vieram ao encontro do que a literatura atual vem trazendo a respeito da temática.

### **Limites Encontrados**

Desconhecimento de como se realizar um artigo e pouco tempo para a elaboração do mesmo.

## **9 MOMENTOS FINAIS DO ESPETÁCULO... ATÉ O PRÓXIMO!**

A prática desenvolvida em um espaço diferente daquele em que estávamos acostumadas, em um Núcleo de Educação Infantil, onde trabalhamos com a prevenção da obesidade infantil e promoção do ser saudável, foi um momento de muita troca e riquíssimos aprendizados. O cuidar junto às famílias foi algo que nos proporcionou muito prazer, foram momentos de descontração, alegria, troca de experiências de vida e de entre-cuidado (NITSCHKE, 2004).

O trabalhar com as crianças foi algo inexplicável. A cada dia uma lição de vida. Aprendemos que elas têm muito a nos ensinar. A cada sorriso, a cada abraço a sensação de ter feito a diferença para o melhor viver.

Compreendemos que Enfermagem se faz onde existam pessoas, famílias, e que a nossa sociedade está precisando de cuidados.

Percebemos a necessidade da presença de profissionais da enfermagem em Núcleos de Educação Infantil e escolas, devido a vários aspectos que envolvem tanto as crianças como suas famílias. Essa necessidade de cuidado também foi percebida pelos profissionais que trabalham no ambiente escolar, sendo muitas vezes cansativo e estressante, podendo vir a causar doenças ocupacionais.

A integração aos Projetos Ninho, Artemis e Floripa Saudável, proporcionou-nos oferecer um trabalho interdisciplinar às famílias, mostrando-se necessário para o alcance de um cuidado integral às mesmas. Tal integração também nos possibilitou ensinar e aprender, trazendo-nos benefícios e experiências para toda a vida profissional.

A aplicabilidade do Modelo de Cuidar, o nosso Processo de Cuidar Sorrindo, ao direcionar os nossos cuidados às interações e ao cotidiano, mostrou-se adequado à temática da obesidade infantil, bem como a promoção de seres saudáveis.

No decorrer de nossa prática assistencial, os conceitos se mostraram presentes durante todos os momentos; o conceito de **quotidiano** permeou de maneira direta todo o nosso trabalho, pois a problemática a qual tratamos, é, na grande maioria das vezes, um reflexo da maneira como vivemos nosso dia a dia. Em nossas oficinas com as famílias tal conceito ganhou ênfase, pelo fato de sempre repensarmos sobre o mesmo, reforçando que conhecer maneiras de viver nos ensina maneiras de cuidar, e a Enfermagem precisa estar atenta a isto para realizar um cuidado sintonizado na real existência dos seres humanos e das famílias.



Durante o **processo de interação** e de conhecer o **quotidiano**, destacamos o conceito de **família**, por ser constituída por pessoas que se percebem como família, que dividem uma história de vida, que possuem os mesmos objetivos (ELSEN, 1999). Nosso trabalho teve um avanço brilhante pelo fato de iniciarmos o conhecer das famílias de forma real, ou seja, estando perto, compartilhando os dizeres, os pensamentos e as expectativas.

O **Ambiente Simbólico** também foi observado como algo indispensável. Em todos os momentos o compartilhamento de significados estavam presentes, sendo necessário para a compreensão da sua maneira de viver, e assim, prestarmos um cuidado adequado á cada família.

O conceito de **Obesidade Infantil** permeou todos os momentos em que estivemos prestando o nosso cuidado. Pôde ser evidenciado durante a coleta de dados e na avaliação dos mesmos, e também durante as oficinas com as crianças (fantoche e supermercado) e famílias.

A **Enfermagem** como profissão, ciência e arte também se mostrou presente norteando todas as atividades. Conhecendo o cotidiano das famílias, buscamos compartilhar os símbolos, crenças e valores das mesmas. Com isso, entendemos que promovemos a saúde e prevenimos a doença familiar (baseado em NITSCHKE, 1991), o que também foi validado pelas próprias famílias. A **Promoção da Saúde** esteve junto à Enfermagem, pois com as ações realizadas procuramos promover hábitos saudáveis e combater os hábitos prejudiciais à mesma.

Nas atividades do Supermercado e Fantoche, refletimos muito sobre o conceito de **Criança**, como membro integrante de uma família e de uma sociedade, relacionando-se com elas através da interação. A criança interage, em seu cotidiano, de acordo com os símbolos que lhes são transmitidos, podendo transformá-lo de acordo com seu processo interpretativo.

Este processo mostrou-se muito claro na atividade do supermercado, por exemplo, visto que as crianças compravam aquilo que estavam “acostumadas” a ver e comer em casa. Hábitos alimentares estruturados na criança, através das mensagens repassadas pelos pais e pessoas próximas de seu convívio diário.

Outro conceito importante de citar é o de **Definição da Situação**. O mesmo trata da apresentação de uma situação para o ser humano e a família em termos simbólicos (NITSCHKE, 1991, p.71 *apud* SCHVANEVELDT, 1981). É a ação social pela qual um ator interpreta um estímulo no ambiente. Através deste conceito, observamos que em todos os momentos estávamos interpretando estímulos através das pessoas e o ambiente ao nosso redor.

Junto com a questão do ser saudável, o conceito de **Saúde e Doença familiar** foi expresso por alguns membros no decorrer das nossas oficinas. Sendo que a saúde familiar é mais do que a ausência de doenças de um membro da família, incluindo, na verdade, situações biológicas, psicológicas e sociológicas. O bem-estar e a qualidade de vida consistem em ações para a Promoção da Saúde Familiar (BOMAR, 1990).

Por fim, o conceito de **Cuidado** gerou reflexões importantes, entendido como um processo de interação entre o profissional enfermeiro (a) e a família, buscando interpretar as ações do outro e compartilhar símbolo para o alcance do sucesso de promover e recuperar a saúde.

Durante nosso Processo de Cuidar Sorrindo, refletimos sobre vários aspectos em torno dos conceitos e principais pressupostos da teoria do Interacionismo Simbólico. O embasamento através destes pressupostos nos possibilitou o trabalhar com as relações familiares através das interações, bem como, através dos significados no cotidiano, compreendendo assim, o comportamento humano.

O trabalhar com esta teoria nos possibilitou realizar a enfermagem com outros olhares, diferente daqueles que nos acompanhou durante a vida acadêmica. Através de seus pressupostos, conseguimos realizar um cuidado integral às famílias, preocupando-se com os aspectos internos do comportamento humano, isto é, a forma como as pessoas definem eventos ou realidade, e como agem em relação às suas crenças. Dessa maneira, nosso espetáculo não teve a Enfermagem se apresentando somente de maneira técnica-científica, possibilitando também, pôr em prática os pressupostos da teoria que nos embasava, ou seja, proporcionou mostrar uma Enfermagem com sensibilidade, vista como ciência e arte de cuidar!

Para implementar uma metodologia de cuidado às famílias, principalmente às crianças que foram os nossos anjos do picadeiro durante a maior parte do espetáculo, optamos por utilizar o lúdico.

O Lúdico é eminentemente educativo no sentido em que constitui a força impulsora de nossa curiosidade a respeito do mundo e da vida, o princípio de toda descoberta e toda criação (Santo Agostinho).

O desenvolvimento do nosso Processo de Cuidar Sorrindo, principalmente nas oficinas através do lúdico, foi um meio facilitador das interações para desenvolvermos o cuidado de enfermagem. Essa idéia originou-se primeiramente devido ao fato de a maioria das crianças expressarem não ter uma imagem muito agradável em relação aos profissionais da saúde,

como na situação do uso do branco, do jaleco, que muitas vezes trazem medo e insegurança. Assim, buscando transfigurar esta imagem, trocamos o branco pelo colorido da fantasia da palhacinha Pipoca.

O mundo do circo foi eleito como estratégia analógica para facilitar o processo de interação com as famílias do NEI, por entendermos que este é um mundo de fantasias, de sonhos e magia.

Acreditamos que as atividades lúdicas junto às vivências grupais propiciam um clima, um ambiente simbólico, de liberdade, de aceitação, de diálogo, de encontro, de comunicação e de sociabilidade, proporcionando às crianças um momento que possibilita descobrir sua identidade e seus valores. Piaget (1998) diz que a atividade lúdica é o berço obrigatório das atividades intelectuais da criança, sendo, por isso, indispensável à prática educativa.

Para os adultos, o lúdico traz a oportunidade de resgatar o seu ser criança. Ferreira (2004) coloca que a sociedade contemporânea é mais severa com os adultos, pelo fato de considerar esta fase de extrema importância para a produtividade, e também por entender o brincar como uma perda de tempo. Com isso, não os permite vivenciar a ludicidade plena.

Diante dessas considerações, nada mais justo que resgatar a ludicidade na prática de Enfermagem junto às famílias, a fim de que possam aproveitar intensamente todos os momentos de alegria, felicidade, criatividade e imaginação que existem dentro dos limites e das possibilidades do mundo atual.

No início da nossa prática tivemos que repensar a maneira de trabalhar com o lúdico, mais precisamente com a Pipoca, devido à falta de experiência com essa forma de cuidar, o que gerou um pouco de receio nas crianças e conseqüentemente em nós.

Esse limite logo foi superado à medida que foi se mostrando adequado aos objetivos propostos e se tornou uma fortaleza, nos estimulando a continuar em frente diante dos limites encontrados.

Através dos quatro momentos do Processo de Cuidar Sorrindo, pudemos desenvolver um cuidado integral às famílias, através de oficinas, consultas interdisciplinares e visitas domiciliares. Com o último momento, o **Repensar o Quotidiano e o Cuidado**, retomávamos o cotidiano e sua conexão com o ser saudável, bem como se os cuidados propostos e realizados haviam sido efetivos e resolutivos.

As fortalezas encontradas durante o desenvolver do cuidado foram, a nossa orientadora, sempre nos estimulando e se preocupando conosco; a Mulher Bala, sempre com uma solução para os problemas, elogiando e fortalecendo o nosso trabalho; a nossa vontade de querer estar sempre fazendo o melhor, afinal *“a gente não pode fazer de qualquer jeito, pois a*

*gente não tá fazendo pra qualquer um!”* (Mulher Bala); o acolhimento da Família do NEI, a credibilidade e a confiança que depositaram em nosso trabalho, o que nos estimulou sempre a nos manter compromissadas com o cuidado proposto.

Acreditamos, deste modo, ter alcançado o objetivo de prevenir a obesidade infantil e promover seres saudáveis através do nosso modelo de cuidado, o Processo de Cuidar Sorrindo, realizando uma prática assistencial de acordo com nos nossos valores, com os pressupostos do Interacionismo Simbólico e da Razão Sensível.

Recomendamos a outros acadêmicos não só de Enfermagem, como também de outras áreas, a continuarem com este cuidado junto ao Interacionismo Simbólico... trazendo sempre novos espetáculos!

Até o próximo, respeitável público!!!

## 10 REFERÊNCIAS

ALVES, A. M. A. A criança sadia. IN: FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar da criança**. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora, p. 1-30, 2003.

ARAÚJO, I. LIGHT, agora para criança. **Veja**, São Paulo. v. 37. n. 36. p. 76, 77-78, set 2004.

BERGAMO, G. Um novo bicho-papão. **Veja**, São Paulo. v. 38. n. 33. p. 110 -111, ago. 2005.

BERNE, E. Os jogos da vida. Rio de Janeiro: Artenova, 1987.

BEZERRA, W. **Revolução pela educação, tudo ou nada haver**. Diário do Amazonas. Manaus: Disponível em [http://www.diariodoamazonas.com.br/novo\\_site//noticias.php?idN=32203](http://www.diariodoamazonas.com.br/novo_site//noticias.php?idN=32203). Acesso em 15 dez. 2006.

BIRCH. L. L. Os padrões de aceitação do alimento pelas crianças. **Anais Nestlé**. V. 57. p. 12-20. 1999.

BRASIL. **ABC DO SUS- DOUTRINAS E PRINCÍPIOS: O que há de novo em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde- Brasília, p. 01-11, 1990.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional da Saúde. Brasília – DF. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em 18 mar 2007.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº L. 44 (XLIV) de 20 de novembro de 1989**, ratificada pelo Brasil em 20 de setembro de 1990. Convenção Sobre os Direitos das Crianças. Assembléia Geral das Nações Unidas. Artigo 1º. Brasília – DF. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/dca/convdir.htm>. Acesso em 20 abr. 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria inter ministerial nº- 1.010, de 8 de maio de 2006**. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Brasília – DF. Disponível em: [http://www.fnde.gov.br/home/alimentacao\\_escolar/portaria\\_1010\\_08052006.pdf](http://www.fnde.gov.br/home/alimentacao_escolar/portaria_1010_08052006.pdf). Acesso em 18 abr. 2007.

\_\_\_\_\_. **Código Civil**. Decreto-Lei n.º 47344, de 25 de Novembro de 1966. Artigo 122. Disponível em: [http://www.snripd.pt/bibliopac/diplomas/DL\\_47344\\_66pSing.htm](http://www.snripd.pt/bibliopac/diplomas/DL_47344_66pSing.htm), Acesso em 15 fev. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos** / Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em : <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Guiaaliment.pdf>. Acesso em 13 fev. 2007.

BURCKHARDT, E. Qualidade de sono, qualidade de vida. **Veja**, São Paulo. v. 38. n. 31. p. 119, ago. 2005.

CANADÁ, Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Carta de Ottawa**. OMS, Genebra.1986. p. 79. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em 25 mar. 2007.

CASTRO, L. C. É fácil evitar que ele engorde. **Veja**, São Paulo. v. 37. n. 24. p. 106, jun. 2004.

COUTINHO, W. O Consenso Latino- Americano em Obesidade. **Arq Brás de End e Metab**. V. 43. n. 1, p. 21-67. 1999.

CRUZ, A. T. R.; COLUCCI, A. C..A.; PHILIPPI. S. T. **Pirâmide Alimentar para crianças de 2 a 3 anos**. Rev. Nutr; Campinas, jan/ mar, p. 5-11. 2003.

DUCHESNE, M. **O consenso latino-americano em obesidade**. *Rev. bras.ter. comport. Cogn.* [online]. Dez. 2001, vol.3, no.2, p.19-24. Disponível na World Wide Web: [http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452001000200003&lng=es&nrm=is](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452001000200003&lng=es&nrm=is). Acesso em 15 de mar. de 2007.

ELIADE. M. **Imagens e Símbolos**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 178 p.

ELSEN, I.; PENNA, C. M. M; ALTHOLFF, C. R; BUB, L. I. R; PATRÍCIO, Z. M. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Editora da UFSC, Florianópolis, 1994.

FERREIRA, A. F.; VASCONCELOS A. K. da C.; GOMES, C. V. B.; ROCHA, M. G. **O lúdico nos adultos: um estudo exploratório nos Frequentadores do cepe - natal/rn**. Holos, ano 20. 2004. Disponível em <http://www.cefetrn.br/dpeq/holos/anterior/200410/pdf/art05.pdf>. Acesso em 30 jun. de 2007.

GAMBARDELLA, A. M. D. ; BISMARCK-NASI, E. M. Televisão e predisposição à obesidade em adolescentes. **Rev. paul. pediatr.** v. 18, n. 1, p. 18-21, mar. 2000.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a Prática Profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIARETTA, A. G. **Família, Pessoa com Síndrome de Down e Nutricionista: Re-Significando o Ato de Comer.** 2007. 205 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GONÇALVES, A. M. A. L, GORAYEB, R. **Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas.** São Paulo: Estudos de psicologia, Faculdade de Medicina e Enfermagem da Universidade de São Paulo. p. 35-39. 2005.

GUERRA, C. M. PROJETO NINHO: criando um espaço para cuidar transdisciplinarmente da saúde das famílias. In: SEMANA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO-SEPEX.2005. Florianópolis. Anais....Santa Catarina, 2005. Disponível em: [http://www.sepex.ufsc.br/anais\\_5/trabalhos/731.html](http://www.sepex.ufsc.br/anais_5/trabalhos/731.html). Acesso em 02 fev. 2007.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia.** 9 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 224 p.

HONORÉ, C. **Devagar.** Rio de Janeiro: Record. 2005.

LAMOUNIER, J. A.; LEÃO,. Nutrição na infância. In: OLIVEIRA, J. E. D. de; MARCHINI, J. S. (Org). **Ciências nutricionais.** São Paulo : SARVIER, 1998. P. 217-237.

LIGHT, agora para criança. **Veja.** São Paulo, v. 37, n° 36, p. 76-78, 8 de set. 2004.

LITTLEJOHN, S. W. Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

LOPES, C. H. A. F., JORGE, M. S. B. **Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, V. 39, n.1, p 103-107, 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/52.pdf>> Acesso em 01 dez 2006.

MACHADO, A. P. K. , GUERRA, C. M., COLOSSI, L. **DanSaúde...SaúDança: Cuidando a imagem de ser saudável no cotidiano a partir da razão sensível junto às famílias.** 2006. 144 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MARCONDES, E. **Pediatria Básica.** 7 ed. v. 1. São Paulo: Sarvier. 1988.

MAFFESOLI, M. **A contemplação do mundo.** Porto Alegre: Artes e ofícios, 1995.

MAGALHÃES. S. A. **Desequilíbrio Estático: Joelho Geno Valgo na Obesidade Infantil.** 2002. Disponível em:  
<http://www.programapostural.com.br/artigos/monografia.doc>> Acesso em 01 dez 2006.

MAHAN. L. K; STUMP. S. E. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia.** 9. ed.. São Paulo: ROCA, 1998. p. 260 -475.

MALAFAIA, S. Os pequenos obesos. **Revista ABESO**, Ed. 02. Disponível em:<<http://www.abeso.org.br/revista/revista2/pequenos.htm>>. Acesso em 03 dez. 2006.

MILITÃO, A. ; MILITÃO, R. **Jogos Dinâmicas e Vivências Grupais.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

MOLONEY, K. **A Alimentação Correta para seus Filhos.** 1. ed. São Paulo: Maltese, 1989.

NEIVA, P. O prazer da gordura. **Veja**, São Paulo. v. 37 n. 21. p. 65, maio 2004.

NITSCHKE, R. G. **Mundo Imaginal de Ser Família Saudável: A descoberta dos laços de afeto como carinho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos.** Pelotas: Ed. Universitária/UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999.

\_\_\_\_\_. **Nascer em família.** Uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável. 1991. 269 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

\_\_\_\_\_. **Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no cotidiano em tempos pos modernos: a descoberta dos laços de afeto como um caminho.** 1999. 462 f. Tese (Doutorado em Filosofia em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.



\_\_\_\_\_. Notas de sala de aula. Disciplina Processo de Viver Humano I- Sociedade e Ambiente. Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.

\_\_\_\_\_. CUNHA, M. A.; ZELLNER, M.; SANT`ANA, M. Projeto Ninho: criando um espaço para cuidar transdisciplinarmente da saúde das famílias. **Extensio: Revista eletrônica de extensão (UFSC)**, Florianópolis. Ano 1, Nº 0, maio 2004.

Disponível em: [http://www.extensio.ufsc.br/edicoes\\_anteriores\\_numero\\_00.php](http://www.extensio.ufsc.br/edicoes_anteriores_numero_00.php). Acesso em 25 jun. 2007.

**NUTRIÇÃO INFANTIL**. Produção de Ana Rita Mendonça, Assistente de Produção Rodrigo Serpa. Edição de Texto Jefferson Pacheco e Saulo de la Rue. Edição de Imagens Gisele Machado e João Marcos Rocha. Reportagem Cláudia Gaigher e Guacira Merlin. São Paulo: GLOBO, maio 2007. 1 video cassete (45 min.) VHS, son., color.

PATRÍCIO, Z. M. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo**: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. 1995. 215 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

PIAGET, J. **A psicologia da criança**. Ed Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

PROJETO ARTEMIS. **Empoderando mulheres através da promoção da saúde integral, dos direitos humanos e do desenvolvimento do potencial criativo**. Responsável Profª Dra. Ingrid Elsen.

REZENDE, M. A.; VERÍSSIMO, M. L. ó . A adaptação da criança em creches pré-escolas: uma questão de saúde. In: SANTOS, L. E. da S. **Creche e Pré-escola: Uma abordagem de saúde**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

SANTOS, L. E. da S. **Creche e Pré-escola: Uma abordagem de saúde**. São Paulo: Artes Médicas. 2004.

SPADA, P. V. **Obesidade Infantil: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 39 p.

STEFANE, J. M. J. A enfermagem, o crescimento e desenvolvimento infantil. In: SCHIMITZ, E. M. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989. p. 1-24.

TEIXEIRA, M. A. **Meu neto precisa mamar! E agora?** Construindo um cotidiano de cuidado junto a mulheres-avós e sua família em processo de amamentação: um modelo de cuidar em enfermagem fundamentado no interacionismo simbólico. 2005. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

THOLL, A.D. **Os bastidores do cotidiano: as interações entre a equipe de enfermagem e o acompanhante profissional da saúde.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

VERÍSSIMO, E. L. ó R. ; REZENDE, M. A. O cuidado da criança na creche e pré-escola. In: SANTOS, L. E. da S. **Creche e Pré-escola: Uma abordagem de saúde.** São Paulo: Artes Médicas, 2004.

VIUNISKI, N.; VIUNISKI, V. S. Compondo Uma Equipe Multidisciplinar Para Tratamento Da Obesidade Infantil. **Rev de Psicol Catharsis.**

VIUNISKI, Pontos de Corte de IMC Para Sobrepeso e Obesidade em Crianças e Adolescentes. **ABESO.** Ed 3. Disponível em:  
<http://www.abeso.org.br/revista/revista3/imc.htm>, acesso em 03 de mar 2007.

WIRKUS, M. Obesidade Infantil e redução de estômago. 2007. Disponível em  
[http://www.obesidademorbida.com.br/artigo\\_obesidade\\_infantil.htm](http://www.obesidademorbida.com.br/artigo_obesidade_infantil.htm). Acesso em 18 de mar 2007.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

WOISKI, J. R. **Nutrição e Dietética em Pediatria.** 4 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 237-244, 1994

ZACABI, R. Brincadeira e boa forma. **Veja**, São Paulo. v. 39, n. 3. p. 92-94, jan. 2006.

ZACHÉ, J. CASTELLÓN, L., TARANTINO, M. O mundo diz não às tentações. **Isto é.** São Paulo. n. 1765. p. 57-58, jul. 2003.



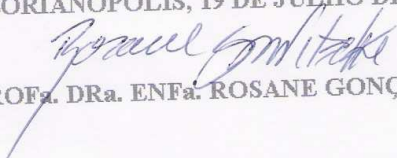
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

## **DISCIPLINA:INT 5134- ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

**Parecer final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial**

O TRABALHO TRAZ UMA TEMÁTICA ATUAL E RELEVANTE, A OBESIDADE INFANTIL, CHAMANDO A ATENÇÃO DA ENFERMAGEM PARA ESTE PROBLEMA QUE CRESCE EM PROPORÇÕES EPIDEMICAS EM NOSSA SOCIEDADE, REFLETINDO A MANEIRA DE VIVER NESTA CONTEMPORANEIDADE. OU SEJA, DENUNCIA A INFLUÊNCIA DO QUOTIDIANO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DAS PESSOAS, E A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO, BEM COMO NA PROMOÇÃO DE CRIANÇAS E FAMÍLIAS SAUDÁVEIS. TRATA-SE DE UM ESTUDO QUE MOSTRA COERÊNCIA E CONSISTÊNCIA TEÓRICO METODOLÓGICA, APRESENTANDO A CORAGEM EM ENFRENTAR O DESAFIO DE TRABALHAR COM O INTERACIONISMO SIMBÓLICO, O QUE APARECE COM MUITA PROPRIEDADE. RESSALTA-SE A APLICABILIDADE DO *PROCESSO DE CUIDAR SORRINDO*, MOSTRANDO A IMPORTÂNCIA DO QUOTIDIANO E DA RAZÃO SENSÍVEL, BEM COMO A OUSADIA DE ADOTAR O LÚDICO, E A INTEGRAÇÃO INTERDISCIPLINAR. A REVISÃO DA LITERATURA ATUAL E ABRANGENTE TAMBÉM É OUTRO DESTAQUE. ENFIM, O TRABALHO DEMONSTRA UM EFETIVO CUIDADO À FAMÍLIA, CONTEMPLANDO A INTEGRALIDADE DOS SERES HUMANOS ENVOLVIDOS, SEJA NA FASE DA INFÂNCIA OU EM OUTROS MOMENTOS DO CICLO VITAL. A SUPERAÇÃO DOS OBSTÁCULOS E A POSTURA CRÍTICA E DE AUTOCRÍTICA, RESSALTA A COMPETÊNCIA E O COMPROMISSO ÉTICO-PROFISSIONAL-SOCIAL. A IMEDIATA PUBLICAÇÃO, DIFUNDINDO A RICA CONTRIBUIÇÃO AO CONHECIMENTO QUE AQUI SE COLOCA, FOI UMA INDICAÇÃO UNÂNIME FEITA PELOS MEMBROS DA BANCA QUE FIZERAM SUA AVALIAÇÃO.

FLORIANÓPOLIS, 19 DE JULHO DE 2007.

  
PROFª. DRª. ENFa. ROSANE GONÇALVES NITSCHKE

# APÊNDICE

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nfr@nfr.ufsc.br



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pela criança \_\_\_\_\_, declaro através deste documento que aceito participar da Pesquisa vinculado à Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada da 8ª Unidade Curricular deste curso, com o título: “OBESIDADE INFANTIL: UM PROBLEMA DO PRESENTE COM OLHARES PARA O FUTURO - PROMOVENDO O SER E A FAMÍLIA SAUDÁVEL NO QUOTIDIANO JUNTO À ENFERMAGEM”. Este projeto tem por objetivo, desenvolver cuidado de enfermagem junto à criança, sua família e funcionários do Núcleo de Educação Infantil para a prevenção da obesidade infantil e promoção da saúde no cotidiano. Projeto será realizado pelas acadêmicas Bianca Gastaldon, Jerusa Celi Martins e Keli Vanessa Poltroniéri (tel 3234-8118), (47-96540019), com a orientação da Profª Drª Rosane Gonçalves Nitschke, e coorientação da Profª Drª Ana Izabel Jatobá de Souza; supervisão dos enfermeiros Marcelo Barreto e Alessandra Mafra. O período será de 16 de abril a 20 de junho de 2007.

Estou ciente da verificação da altura, peso, pressão arterial, e circunferência abdominal das crianças sob minha responsabilidade, para que posteriormente seja realizada a avaliação destes dados. Também concordo com a realização de atividades educativas (oficinas), sendo que estas não trarão riscos à minha saúde física e moral.

Permito a divulgação dos registros, fotografias e filmagens para fins acadêmicos, sendo mantido anonimato dos nomes. Estou ciente da garantia de esclarecimentos durante o desenvolvimento do Projeto, bem como a desistência do mesmo em qualquer fase, sem penalização alguma e sem prejuízo do cuidado prestado.

Assinatura do Responsável

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS FUNCIONÁRIOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nfr@nfr.ufsc.br



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, funcionário do Núcleo de Educação Infantil, declaro através deste documento que aceito participar da Pesquisa vinculado à Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada da 8ª Unidade Curricular deste curso, com o título: “Obesidade infantil: um problema do presente com olhares para o futuro - resgatando o ser e a família saudável no cotidiano junto à enfermagem”. Este projeto tem por objetivo, desenvolver cuidado de enfermagem junto à criança, sua família e funcionários do Núcleo de Educação Infantil para a prevenção da obesidade infantil e promoção da saúde no cotidiano. As responsáveis pelo Projeto são as acadêmicas Bianca Gastaldon, Jerusa Celi Martins e Keli Vanessa Poltroniéri (tel 3234-8118, (47-96540019), com a orientação da Profª Drª Rosane Gonçalves Nitschke, e co orientação da Prfª Drª Ana Izabel Jatobá de Souza. Como supervisores estão os enfermeiros Marcelo Barreto e Alessandra Mafra. O período será de 16 de abril a 20 de junho de 2007.

Estou ciente da verificação da altura, peso, pressão arterial, e circunferência abdominal das crianças sob minha responsabilidade, para que posteriormente seja realizada a avaliação destes dados. Também concordo com a realização de atividades educativas (oficinas), sendo que estas não trarão riscos à minha saúde física e moral.

Permito a divulgação dos registros, fotografias e filmagens para fins acadêmicos, sendo mantido anonimato dos nomes. Estou ciente da garantia de esclarecimentos durante o desenvolvimento do Projeto, bem como a desistência do mesmo em qualquer fase, sem penalização alguma e sem prejuízo do cuidado prestado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nfr@nfr.ufsc.br



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa – “OBESIDADE INFANTIL: UM PROBLEMA DO PRESENTE COM OLHARES PARA O FUTURO - PROMOVENDO O SER E A FAMÍLIA SAUDÁVEL NO QUOTIDIANO JUNTO À ENFERMAGEM”., realizada junto ao Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação, ou de qualquer membro de sua família, com as pesquisadoras ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo esclarecer dúvidas sobre projeto e de sua participação.

**NOME DA PESQUISA:** “Obesidade Infantil: um problema do presente com olhares para o futuro - promovendo o ser e a família saudável no cotidiano junto à enfermagem”

**PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke e Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza

**ENDEREÇO:** Departamento de Enfermagem, Centro e Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC.

**TELEFONE:** 48- 37219480 ou 37219399

**PESQUISADORAS PARTICIPANTES:** Acadêmicas de Enfermagem Bianca Gastaldon, Jerusa Celi Martins, Keli Vanessa Poltroniéri.

**OBJETIVOS:** Compreender o significado da obesidade infantil e sua relação com o cotidiano junto às famílias do NEI; identificar os elementos do cuidado para prevenir a obesidade infantil que emergem no cotidiano junto às famílias.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Se concordar em participar da pesquisa, você participará de oficinas onde será realizada a coleta de dados. A oficina envolverá atividades como: entrevista grupal; teatro de fantoches; confecção de cartazes; murais interativos (com colagens, desenhos, expressões escritas). Os registros serão realizados através do Diário de Campo, fotos, vídeos, gravação de voz. Os dados coletados servirão para compreendermos o significado da obesidade infantil e sua relação com o cotidiano junto às famílias do NEI, e identificar os elementos do cuidado para prevenir a obesidade infantil que emergem no cotidiano junto às famílias.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade e integridade.

**BENEFÍCIOS:** Ao participar desta pesquisa, esperamos desencadear uma reflexão e um debate no cotidiano das famílias do NEI, com a finalidade de promover a saúde e prevenir a Obesidade Infantil.

Acreditamos ainda despertar em outros profissionais da saúde a responsabilidade social e a sensibilidade de buscar meios para auxiliar as famílias a desenvolverem um cotidiano mais saudável.

**CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE:** Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada lhe será pago por sua participação.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais.

**Assinatura da Pesquisadora Responsável:** \_\_\_\_\_

**Assinatura da Pesquisadora Participante:** \_\_\_\_\_



APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PESQUISA PARA RESPONSÁVEIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nfr@nfr.ufsc.br



**CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO DE PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pela criança \_\_\_\_\_ declaro que li as informações contidas nesse documento, sendo devidamente esclarecido(a) pelas pesquisadoras sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados, riscos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade dos dados. Deste modo, permito a divulgação dos registros, gravações, fotografias e filmagens para fins acadêmicos, sendo mantido anonimato.

Foi-me garantido que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Assim, concordo em participar da pesquisa, declarando, ainda, que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

ASSINATURA

## APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PESQUISA PARA FUNCIONÁRIOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nfr@nfr.ufsc.br



### **CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO DE PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que li as informações contidas nesse documento, sendo devidamente esclarecido (a) pelas pesquisadoras sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados, riscos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade dos dados. Deste modo, permito a divulgação dos registros, gravações, fotografias e filmagens para fins acadêmicos, sendo mantido anonimato.

Foi-me garantido que posso retirar este consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Assim, concordo em participar da pesquisa, declarando, ainda, que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento,.

**Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

---

**ASSINATURA**

APENDICE F – OFICINA DOS FANTOCHES (autoria: Bianca Gastaldon, Jerusa Celi Martins e Keli Vanessa Poltroniéri).

### Oficina dos fantoches

**Zequinha:** – Oi pessoal! Meu nome é Zequinha, e hoje eu vim aqui contar uma história para vocês...Mas antes, quero que vocês conheçam a minha vovó Benta....

**Vovó Benta:** – Oi crianças! Eu sou a vovó do Zequinha... Aliás... Zequinha, o que é isto que você está comendo??

**Zequinha:** – É salgadinho vovó... humm, está tão gostoso....

**Vovó Benta:** – Zequinha, quantas vezes eu já falei para você parar de comer tanto salgadinho, balas e doces? Desse jeito, você não vai crescer forte e saudável... vai ficar cada vez mais gordinho, e vai começar a sentir muita dor de barriga!

**Zequinha:** – A não vovó... isso não vai acontecer!

Depois de algum tempo...

**Zequinha:** – Ai, ai, ai...

**Pipoca:** – O que aconteceu Zequinha? Você está se sentindo mal??

**Zequinha:** – Ai Pipoca, eu estou com muita dor de barriga!

**Pipoca:** – Viu só Zequinha... você deveria ter escutado a sua vovó!

**Zequinha:** – E agora Pipoca? O que eu faço?

**Pipoca:** – Você deve parar de comer esses salgadinhos e doces que você sempre come... e deve começar a comer mais frutas, verduras, legumes, arroz, feijão....que irão fazer você crescer com muita saúde!

**Zequinha:** – Será Pipoca?

**Pipoca:** – É claro!!

Alguns segundos depois...

**Zequinha:** – Olha só Pipoca... estou comendo maçã e banana. Não quero mais comer salgadinho!

**Pipoca:** – Parabéns Zequinha!! Isso mesmo! E a dor de barriga passou?

**Zequinha:** – Passou sim! Agora eu to me sentindo muito bem! E a minha vovó ficou muito feliz! Bom, agora que eu estou comendo frutinhas.... eu fiz amizade com a Dona Banana, com a Dona Maçã e a Dona Cenoura. Vou as chamar para dançar uma música! E no final da dança, que tal agente fazer uma salada de frutas para comer depois do lanche? Vocês topam crianças??

**Crianças:** Sim!

## APÊNDICE G – TROCANDO EXPERIÊNCIAS E AMPLIANDO CONHECIMENTOS.

### **Trocando experiências e ampliando conhecimentos**

Explicamos a supervisora de ensino que gostaríamos de compreender um pouco melhor a pedagogia que utilizavam no NEI. Ela nos falou que na verdade, a pedagogia que estão utilizando não tem muita coisa escrita na teoria. Falou que acreditam na multidade, ou seja, no desenvolvimento das crianças a partir da mistura de faixas etárias diferentes no mesmo grupo. As crianças podem circular livremente pelo estabelecimento, interagir com todas as pessoas, com as crianças dos outros grupos. Perguntamos se eles tinham algum tipo de registro dessa pedagogia, a supervisora disse que eles não tem nada de efetivo nessa proposta, nada escrito, que na verdade eles tem medo de registrar essa metodologia, por receio que um dia alguém chegue a diga que aquilo está tudo errado.

Continuou dizendo que hoje as crianças vivem num mundo de muita violência, sem parques para se divertir, sem interações, sem vínculo familiar. As crianças não têm mais primos, as famílias estão diminuindo cada vez mais. E se você ainda coloca uma criança na creche junto mais um monte de bebês, este não tem estímulo para aprender coisas novas. Falou que umas das precursoras dessa nova metodologia é Eloísa Condal, uma professora da UFSC, que trabalha com pedagogia infantil. Perguntei desde quando estavam trabalhando com essa metodologia, e se teve uma boa aceitação dos professores. Ela disse que começaram com esta possibilidade em 2001, porém só foi implantado em 2003. No início teve bastante resistência, principalmente por alguns auxiliares de sala, que não tinham muito estudo, então era difícil entenderem essa nova metodologia. Disse que gerou bastante estresse entre os professores, pois os mesmos cansavam o triplo cuidando de crianças de varias faixas etárias. Foi difícil também conseguir a confiança dos pais, pois se o menor estava aprendendo com o maior, com quem o maior aprenderia? Então explicavam que o maior aprende a dar amor, carinho, atenção, a ter paciência.

A supervisora também nos colocou que a função social começa na escrita, porém as crianças não precisam aprender o B A BA, pode começar a aprender vendo a professora fazendo seus registros, aprendendo pra que a escrita serve. Quando misturam as idades, a criança muitas vezes traz de casa o que aprende com a mãe, as letras, por exemplo, e o maior, quando esta desenhando as letras, ensina o menor naturalmente. Com a faixa etária dessas crianças, não é momento de sistematizar o ensino.

Explicou que o que eles estão querendo com essa metodologia é resgatar a infância, e desse modo problematizar a vida, deixar as crianças soltas no parque, deixar que eles tenham

liberdade pra resolver as adversidades que acontecem no dia a dia, sem superproteção. Dessa maneira eles querem estimular a criança a achar as soluções para os seus problemas, estimular que utilizem a imaginação. Criança tem que ficar só. Hoje, em muitas entrevistas para contratação de profissionais, as empresas pedem para as pessoas montarem lego, e avaliam a criatividade, a imaginação, a habilidade. Não é preciso dar cadernos de caligrafia para as crianças desenvolverem a habilidade da escrita, por exemplo, é só pedir para ela desenhar que ela estará do mesmo jeito desenvolvendo essa habilidade, e ainda por cima desenvolvendo sua imaginação. Os adultos têm que aprender a ver as coisas com olhos de criança, e o que as crianças mais prestam atenção não é na professora lá na frente, e sim nas crianças que estão a sua volta. O adulto limita muito a criança, achando que esta é incapaz de realizar certas atividades. Já as crianças, nunca acham que as outras crianças, por mais que haja diferença de idade, sejam incapazes de fazer alguma coisa. Nós muitas vezes infantilizamos muito a crianças, achando que vai se machucar, por exemplo, com a ponta de um lápis. Infantilizamos nossas crianças e adolescentes quando damos a eles celular; a qualquer dúvida, qualquer obstáculo que aparece em suas vidas, vão ligar pra casa perguntando o que eles têm que fazer. E o dia em que não estiverem com celular? Será que vão saber resolver seus problemas sozinhos?

Reforça que ainda não tem nada escrito, que só tem o PPP- Projeto Político Pedagógico, que apesar de não conter essa metodologia, contem a essência dela. Lembra que para colocar essa metodologia em pratica, tiveram que jogar tudo que tinham aprendido em um saco, e reaprender, começar do 0.

**Repensando o cotidiano e o cuidado** – Tivemos uma conversa riquíssima com a supervisora, pena que não tivemos essa conversa antes para poder compartilhar essa metodologia inovadora com outros olhos. A primeira impressão que tivemos foi que o NEI metodologia de ensino, que as crianças ficavam muito soltas, andando pra lá e pra cá, e não aprendiam nada, que só brincavam. Agora, com outros olhos, achamos a metodologia maravilhosa. As crianças não deixam de brincar e aprendem com as outras crianças, elas deixam de ser ensinados daquela forma meio que de “soldadinhos”. A criança, dessa maneira pode explorar muito mais a sua imaginação, as interações com novas culturas, novos conhecimentos, estimulando assim o seu aprendizado da criança.

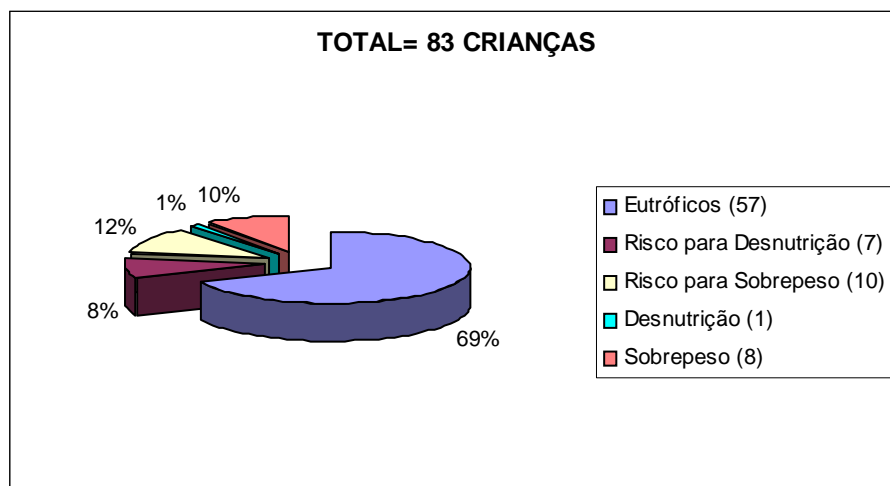
Pudemos perceber que a escola sabe da grande responsabilidade de estar formando adultos, que são realmente profissionais comprometidos com esse processo. Ficamos felizes por estar vivendo essa realidade e estar aprendendo “muito” a cada dia.

Conhecendo a metodologia do NEI pudemos perceber que ela tem muito haver com nosso referencial teórico, pois enfatiza a importância das interações para o desenvolvimento das crianças, pensando no futuro delas e da sociedade.

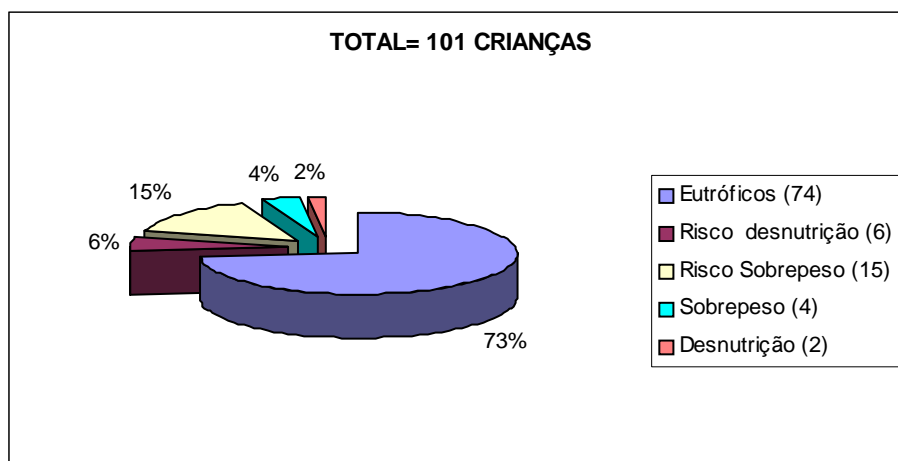
Percebemos também através das falas da supervisora a forte presença e importância do mundo imaginal das crianças, que cada criança é única, tem sua bagagem trazida de suas vivências, com culturas diferentes, aprendizados diferentes, e que por isso a metodologia da diversidade é tão importante para o desenvolvimento social das crianças.

## APÊNDICE H – GRÁFICOS DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.

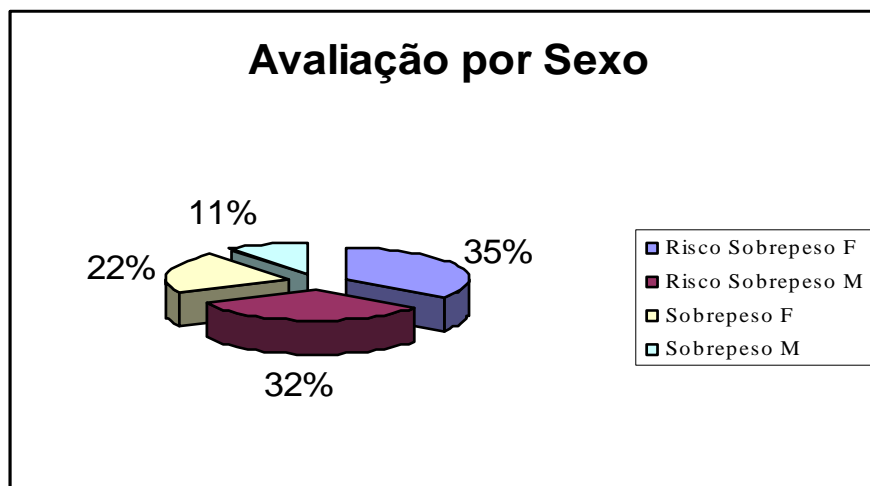
### TURNO MATUTINO



### TURNO VESPERTINO



### Avaliação por Sexo



## APÊNDICE I – ALIMENTOS COMPRADOS NA ATIVIDADE DO SUPERMERCADO.

**GRUPO 4 MATUTINO**

	<b>Nome</b>	<b>Alimentos</b>
1	S	Salgadinho, danone, refrigerante e bolo.
2	M	Nescau em caixinha, danone, hambúrguer e leite ninho.
3	T	Danone, gelatina, refrigerante, leite condensado.
4	B	Tomate, banana, 02 latas de achocolatado em pó
5	T	Banana, cenoura, morango, bolacha recheada.
6	J	Danone, salgadinho, sucrilhos e sorvete.
7	N	Refrigerante(coca), hambúrguer, sorvete, danone.
8	W	Abóbora, banana, cenoura, laranja.
9	Y	Sucrinhos, banana, bolacha recheada, salgadinho.
10	M	Pizza, batata frita, salgadinho, refrigerante.
11	V	Suco de laranja, refrigerante(coca), pizza, mini chicken.
12	B	Salgadinho, refrigerante, morango, chocolate.
13	V	Salgadinho, refrigerante(coca), batata-frita e morango.
14	A	Salgadinho, bolacha recheada, bolacha maria, sorvete.
15	Y	Cenoura, pizza, tomate e frango.

**GRUPO 5 MATUTINO**

	<b>Nome</b>	<b>Alimentos</b>
1	A	Suco de morango, barra de chocolate, iogurte, danone.
2	K	Cenoura, suco de uva, morango, uva.
3	A	Banana, pêra, barra de chocolate, cenoura.
4	V	Sorvete, peixe, frango, hambúrguer.
5	R	02 pizzas, mortadela.
6	J	Pizza, 02 bolachas recheadas, salgadinho.
7	Â	Bolacha recheada, suco de laranja, refrigerante.
8	R	Bolacha salgada, refrigerante(coca), hambúrguer, sucrilhos.
9	G	Mortadela, frango, banana, achocolatado em pó(nescau).
10	Í	Uva, cenoura, bombom, sorvete.
11	G	Danone, salgadinho, refrigerante(coca), sorvete.
12	A	Salgadinho, bolacha maria, água de coco, danone.
13	V	Bolo, uva, leite condensado, bolacha salgada.
14	A	Sorvete, salgadinho, banana, tomate.

**GRUPO 6 MATUTINO**

	<b>Nome</b>	<b>Alimentos</b>
1	L	Salgadinho, sorvete, bolo.
2	R	Achocolatado em pó(toddy), sorvete, iogurte.
3	A	Banana, sorvete, danone.
4	G	Bombom, danone, salgadinho.
5	P	Batata frita, 02 salgadinhos.
6	L	Achocolatado em pó(nescau), refrigerante(coca), bolacha salgada.



7	Á	Leite condensado, bombom, refrigerante.
8	G	Bolacha recheada, sucrilhos (nescau), achocolatado em pó(nescau).
9	L	Achocolatado em pó (nescau), chocolate (bis), bombom.
10	M	Achocolatado em pó (nescau), bisnaga, iogurte.
11	J	Banana, uva, bombom.
12	N	Cenoura, banana, suco de soja ades.
13	G	Achocolatado em pó (nescau), 02 iogurtes.
14	L	Bombom, salgadinho, morango.
15	G	Uva, iogurte.

### GRUPO 3 VESPERTINO

	Nome	Alimentos
1	M	Morango, bolacha recheada, bombom.
2	I	Morango, iogurte, leite condensado.
3	V	Achocolatado em pó, bombom, leite condensado.
4	C	Achocolatado em pó, danone, salgadinho.
5	I	Achocolatado em pó, danone, bolacha de leite.
6	J	Achocolatado em caixinha, salgadinho, morango.
7	I	Salgadinho, cenoura, tomate.
8	T	Hambúrguer, sorvete, flan.
9	L	Salgadinho, bolacha recheada, mortadela.
10	A	Achocolatado em caixinha, sorvete, chocolate.
11	E	Coca-cola, danone, chocolate.
12	G	Salgadinho, coca-cola, bolacha salgada.
13	G	Iogurte, refrigerante, pizza.
14	V	Salgadinho, achocolatado de caixinha, bolacha recheada.
15	L	Chocolate, cenoura, iogurte.
16	J	Morango, bolacha salgada, bolacha de leite.
17	A	Salgadinho, água, refrigerante.
18	L	Pão, hambúrguer, arroz.

### GRUPO 04 VESPERTINO

	Nome	Alimentos
1	R	Suco de laranja, bolacha maria, bolacha de leite.
2	J	Danone, achocolatado em pó (toddy), chocolate.
3	R	Chocolate, bombom, sorvete.
4	G	Salgadinho, refrigerante (coca), iogurte.
5	V	02 salgadinhos, cenoura.
6	K	Bolacha salgada, salgadinho, bolacha recheada.
7	L	Salgadinho, iogurte, pizza.
8	G	Salgadinho, pizza, cereal nescau.
9	A	Sorvete, pizza, hambúrguer.
10	Y	Refrigerante, salgadinho, bolacha salgada.
11	N	Cenoura, miojo, mortadela.
12	M	Sorvete, salgadinho, refrigerante (coca).
13	G	Chocolate (bis), sorvete, danone.

### GRUPO 5 VESPERTINO

	<b>Nome</b>	<b>Alimentos</b>
1	A	Suco de abacaxi, achocolatado de caixinha, bombom.
2	A	Bombom, cereal nescau, abóbora.
3	V	Leite condensado, refrigerante, cenoura.
4	D	Achocolatado em pó (nescau), iogurte, gelatina.
5	L	Salgadinho, bombom, danone.
6	V	Salgadinho, achocolatado em pó (nescau), refrigerante.
7	P	Uva, morango, banana.
8	J	Banana, danone, cenoura.
9	P	Cereal nescau, salgadinho, chocolate(bis).
10	N	Macarrão, miojo, salgadinho.
11	M	Bolacha recheada, refrigerante(coca-cola), peixe.
12	B	Danone, salgadinho, bolacha salgada.
13	N	Morango, uva, sorvete.
14	L	Morango, cenoura, achocolatado em pó (toddy).
15	C	Bisnaguinha, bolacha recheada, danone.
16	J	Morango, uva, cereal nescau.

### GRUPO 6 VESPERTINO

	<b>Nome</b>	<b>Alimentos</b>
1	L	Chocolate, cereal nescau, bolacha recheada.
2	I	Nescau, coca-cola, suco de laranja.
3	M	Refrigerante (guaraná), salgadinho, bolacha recheada.
4	A	Achocolatado em pó (nescau), sorvete, chocolate.
5	Y	Hamburguer, refrigerante (guaraná), danone.
6	G	Refrigerante (coca), chocolate (bis), pão.
7	J	Hamburguer, chocolate, pizza.
8	J	Pizza, salgadinho, morango.
9	T	Suco de morango, salgadinho, cenoura.
10	G	Banana, pizza, bolacha de leite.
11	D	Uva, cenoura, maçã.
12	D	Morango, refrigerante (coca), salgadinho.
13	M	Salgadinho, morango, alface.
14	N	Sorvete, morango, banana.
15	C	02 bolachas salgadas, bolacha recheada.
16	M	Sorvete, salgadinho, iogurte.
17	I	Hamburguer, chocolate, refrigerante (coca).
18	J	Leite condensado, refrigerante, (coca), chocolate (bis).
19	G	Sorvete, chocolate, iogurte.
20	M	Leite condensado, refrigerante (coca), danone.
21	R	Peixe, hamburguer, bolacha recheada.
22	G	Bolacha maisena, bolacha salgada, achocolatado em pó (nescau).

**APÊNDICE I – COMUNICADO AOS PAIS/RESPONSÁVEIS.****SENHORES PAIS**

Conforme o combinado, nós, alunas da 8ª fase enfermagem da UFSC, juntamente com o Projeto NINHO, Projeto Floripa Saudável e com apoio do NEI Orisvaldina Silva, viemos através deste lhes comunicar que devido ao estado de greve não poderemos estar dando continuidade ao Projeto como gostaríamos, pois à permanência das alunas na unidade será somente até dia 20 de junho. Porém, gostaríamos de lhes informar que os dados (peso, altura, circunferência abdominal e pressão arterial) das crianças estarão à disposição na Unidade Local de Saúde da Lagoa da Conceição, e que as crianças que verificamos alguma alteração no estado nutricional (desnutrição, risco para desnutrição, risco para sobrepeso ou sobrepeso) tentaremos entrar em contato com as famílias nos próximos dias para estar oferecendo um cuidado especial á elas. Como nosso tempo é curto, a Unidade Local de Saúde estará dando continuidade a este projeto, e continuarão acompanhando estas crianças.

Qualquer dúvida favor entrar em contato com a Unidade Local de Saúde. (32320639)

Obrigada!

Keli, Jerusa e Bianca.

09/06/2007

# **ANEXOS**

## ANEXO A - OS 10 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### **Os 10 passos para uma alimentação saudável são:**

PASSO 1 – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

PASSO 2 – A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

PASSO 3 – A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.

PASSO 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

PASSO 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas /purês), e gradativamente aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.

PASSO 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

PASSO 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

PASSO 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

PASSO 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

PASSO 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

(GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS, 2002)

GABINETE DO MINISTRO

**PORTARIA INTERMINISTERIAL No- 1.010, DE 8 DE MAIO DE 2006**

Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, E O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a dupla carga de doenças a que estão submetidos os países onde a desigualdade social continua a gerar desnutrição entre crianças e adultos, agravando assim o quadro de prevalência de doenças infecciosas;

Considerando a mudança no perfil epidemiológico da população brasileira com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase no excesso de peso e obesidade, assumindo proporções alarmantes, especialmente entre crianças e adolescentes;

Considerando que as doenças crônicas não transmissíveis são passíveis de serem prevenidas, a partir de mudanças nos padrões de alimentação, tabagismo e atividade física;

Considerando que no padrão alimentar do brasileiro encontra-se a predominância de uma má alimentação densamente calórica, rica em açúcar e gordura animal e reduzida em carboidratos complexos e fibras;

Considerando as recomendações da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto à necessidade de fomentar mudanças sócio-ambientais, em nível coletivo, para favorecer as escolhas saudáveis no nível individual;

Considerando que as ações de Promoção da Saúde estruturadas no âmbito do Ministério da Saúde ratificam o compromisso brasileiro com as diretrizes da Estratégia Global;

Considerando que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) insere-se na perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada e que entre suas diretrizes destacam-se a promoção da alimentação saudável, no contexto de modos de vida saudáveis e o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira;

Considerando a recomendação da Estratégia Global para a Segurança dos Alimentos da OMS, para que a inocuidade de alimentos seja inserida como uma prioridade na agenda da saúde pública, destacando as crianças e jovens como os grupos de maior risco;

Considerando os objetivos e dimensões do Programa Nacional de Alimentação Escolar ao priorizar o respeito aos hábitos alimentares regionais e à vocação agrícola do município, por meio do fomento ao desenvolvimento da economia local;

Considerando que os Parâmetros Curriculares Nacionais orientam sobre a necessidade de que as concepções sobre saúde ou sobre o que é saudável valorização de hábitos e estilos de vida, atitudes perante as diferentes questões relativas à saúde perpassem todas as áreas de estudo, possam processar-se regularmente e de modo contextualizado no cotidiano da experiência escolar;

Considerando o grande desafio de incorporar o tema da alimentação e nutrição no contexto escolar, com ênfase na alimentação saudável e na promoção da saúde, reconhecendo a escola como um espaço propício à formação de hábitos saudáveis e à construção da cidadania;

Considerando o caráter intersetorial da promoção da saúde e a importância assumida pelo setor Educação com os esforços de mudanças das condições educacionais e sociais que podem afetar o risco à saúde de crianças e jovens;

Considerando, ainda, que a responsabilidade compartilhada entre sociedade, setor produtivo e setor público é o caminho para a construção de modos de vida que tenham como objetivo central a promoção da saúde e a prevenção das doenças;

Considerando que a alimentação não se reduz à questão puramente nutricional, mas é um ato social, inserido em um contexto cultural; e

Considerando que a alimentação no ambiente escolar pode e deve ter função pedagógica, devendo estar inserida no contexto curricular, resolvem:

Art. 1o- Instituir as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes pública e privada, em âmbito nacional, favorecendo o desenvolvimento de ações que promovam e garantam a adoção de práticas alimentares mais saudáveis no ambiente escolar.

Art. 2o- Reconhecer que a alimentação saudável deve ser entendida como direito humano, compreendendo um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas, sociais e culturais dos indivíduos, de acordo com as fases do curso da vida e com base em práticas alimentares que assumam os significados sócio-culturais dos alimentos.

Art. 3o- Definir a promoção da alimentação saudável nas escolas com base nos seguintes eixos prioritários:

I - ações de educação alimentar e nutricional, considerando os hábitos alimentares como expressão de manifestações culturais regionais e nacionais;

II - estímulo à produção de hortas escolares para a realização de atividades com os alunos e a utilização dos alimentos produzidos na alimentação ofertada na escola;

III - estímulo à implantação de boas práticas de manipulação de alimentos nos locais de produção e fornecimento de serviços de alimentação do ambiente escolar;

IV - restrição ao comércio e à promoção comercial no ambiente escolar de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras; e

V - monitoramento da situação nutricional dos escolares.

Art. 4o- Definir que os locais de produção e fornecimento de alimentos, de que trata esta Portaria, incluam refeitórios, restaurantes, cantinas e lanchonetes que devem estar adequados às boas práticas para os serviços de alimentação, conforme definido nos regulamentos vigentes sobre boas práticas para serviços de alimentação, como forma de garantir a segurança sanitária dos alimentos e das refeições.

Parágrafo único. Esses locais devem redimensionar as ações desenvolvidas no cotidiano escolar, valorizando a alimentação como estratégia de promoção da saúde.

Art. 5o- Para alcançar uma alimentação saudável no ambiente escolar, devem-se implementar as seguintes ações:

I - definir estratégias, em conjunto com a comunidade escolar, para favorecer escolhas saudáveis;

II - sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos com alimentação na escola para produzir e oferecer alimentos mais saudáveis;

III - desenvolver estratégias de informação às famílias, enfatizando sua co-responsabilidade e a importância de sua participação neste processo;

IV - conhecer, fomentar e criar condições para a adequação dos locais de produção e fornecimento de refeições às boas práticas para serviços de alimentação, considerando a importância do uso da água potável para consumo;

V - restringir a oferta e a venda de alimentos com alto teor de gordura, gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal e desenvolver opções de alimentos e refeições saudáveis na escola;

VI - aumentar a oferta e promover o consumo de frutas, legumes e verduras;

VII - estimular e auxiliar os serviços de alimentação da escola na divulgação de opções saudáveis e no desenvolvimento de estratégias que possibilitem essas escolhas;



VIII - divulgar a experiência da alimentação saudável para outras escolas, trocando informações e vivências;

IX - desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional das crianças, com ênfase no desenvolvimento de ações de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e educação nutricional; e

X - incorporar o tema alimentação saudável no projeto político pedagógico da escola, perpassando todas as áreas de estudo e propiciando experiências no cotidiano das atividades escolares.

Art. 6o- Determinar que as responsabilidades inerentes ao processo de implementação de alimentação saudável nas escolas sejam compartilhadas entre o Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Ministério da Educação/Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação.

Art. 7o- Estabelecer que as competências das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação, dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, Educação e Alimentação Escolar sejam pactuadas em fóruns locais de acordo com as especificidades identificadas.

Art. 8o- Definir que os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, Instituições e Entidades de Ensino e Pesquisa possam prestar apoio técnico e operacional aos estados e municípios na implementação da alimentação saudável nas escolas, incluindo a capacitação de profissionais de saúde e de educação, merendeiras, cantineiros, conselheiros de alimentação escolar e outros profissionais interessados.

Parágrafo único. Para fins deste artigo, os órgãos envolvidos poderão celebrar convênio com as referidas instituições de ensino e pesquisa.

Art. 9o- Definir que a avaliação de impacto da alimentação saudável no ambiente escolar deva contemplar a análise de seus efeitos a curto, médio e longo prazo e deverá observar os indicadores pactuados no pacto de gestão da saúde.

Art. 10o- Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Ministro de Estado da Saúde Interino

FERNANDO HADDAD

Ministro Estado da Educação

## ANEXO C – COMPONENTES DO CUIDAR-CUIDADO.

### Componentes do cuidar-Cuidado

Dialogar, refletir, medir com; trocar idéias, energias, experiências; promover conhecimentos, esclarecer, informar, orientar, reforçar, nutrir; criar, educar, desenvolver potencialidades; confortar; tocar (diferente de manuseio); prevenir, agora para; adotar atitudes com relação à; fazer por; fazer com; ter sensibilidade, compaixão, consideração, paciente; ser empático, autêntico, sincero; observar, analisar, comparar, validar, expressar; manter (preservar), acomodar e/ou repadronizar modos de cuidar; propor e negociar modos de cuidar; planejar, organizar com; coordenar; estar aberto a outra pessoa; dispensar atenção; demonstrar interesse, estar dando importância, disponibilidade; ouvir atentamente (escutar); preocupar-se com o outro; empenhar-se, dedicar-se, fazer favor, gentileza; compreender; calar; tolerar; amar; valorizar; colocar limites; estar presente; comparecer; assumir responsabilidade, compromisso; respeitar; não condenar; aceitar; desafiar; estimular; lutar com; desenvolver a capacidade de reflexão crítica de crenças, valores e práticas (pensar criticamente); proteger; socorrer; supervisionar-vigiar (segurança com liberdade); executar ações físico-técnicas, como por exemplo, curativos, higiene corporal, massagens, relaxamento; aliviar a dor, promover momentos de alegria, prazer, aceitar expressões de sentimentos negativos; preservar a individualidade e integridade do outro e de si próprio; demonstrar sentimentos de ternura, de aceitação, como acariciar o corpo e o ego, através do toque e do reforço de comportamento construtivo, estimulando a valorização de si próprio e dos outros seres; executar medidas de promoção, tratamento e reabilitação; desenvolver a afetividade-compromisso entre pares; considerar características individuais-coletivas de viver o cotidiano, suas interações, suas potencialidade e limitações, valores, crenças, metas, desejos e expectativas; considerar história de vida, queixas e sinais do corpo; demonstrar confiança e ajudar o indivíduo a desenvolver confiança, esperança, fé, coragem, também entre seus pares; ter comportamento altruísta somente em casos de emergência, visando sempre o resultado positivo para quem cuida e para quem é cuidado; auxiliar o indivíduo na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; ajudar o indivíduo a desenvolver suas possibilidades (potencialidades) de liberdade e também de assumir responsabilidade pela própria existência e pela existência dos outros, incluindo ser solidário e ter cuidados com a natureza; ajudar o indivíduo a identificar, desenvolver e utilizar recursos individuais, incluindo sua vontade, motivação, de seus familiares, de sua comunidade e sociedade como um todo, em busca de transformação de limitações para bem viver, ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de gerir a melancolia e conflitos do cotidiano de maneiras éticas e estéticas; ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de participar ativamente, politicamente consciente, nas decisões que envolvem o seu processo de viver coletivo, incluindo seu próprio cuidado; desenvolver os cuidados baseados em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e maneira culturais próprias do indivíduo, família, comunidade; focalizar os recursos presentes no processo de cuidar (as possibilidades dos indivíduos), e aqueles necessários para o bem-viver (qualidade de vida); focalizar os recursos que o profissional necessita para prestar os cuidados integrais, incluindo o uso da Constituição Federal, abrangendo o Estatuto da Criança e do Adolescente; e desenvolver o processo de cuidar com a população e profissionais de outras disciplinas. (PATRICIO, 1990;1993, *apud* NITSCHKE, 1999).

