



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UNICEUB**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS**  
**CURSO: PSICOLOGIA**

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA OBESIDADE INFANTO  
JUVENIL: CAUSA OU CONSEQÜÊNCIA?**

**RUTE NOGUEIRA DE MORAIS BICALHO**

**BRASÍLIA**  
**JUNHO/2006**

RUTE NOGUEIRA DE MORAIS BICALHO

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA OBESIDADE  
INFANTO JUVENIL: CAUSA OU CONSEQÜÊNCIA?**

Monografia apresentada como requisito para  
conclusão do curso de Psicologia do Centro  
Universitário de Brasília (UniCEUB).  
Orientadora: Professora Doutora Cássia  
Maria Ramalho.

Brasília/DF, Junho de 2006

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao meu companheiro que compartilhou e viveu cada momento comigo (alegrias, tristezas, desânimos, conquistas...). Demétrius, você sem dúvida foi e é a minha bússola, sempre com muito carinho e compreensão me apontou uma direção, um Norte. Aos meus pais, irmãos, sobrinhos, sogros, cunhados e amigos, pelo incentivo a cada passo desta minha jornada.

Aos meus queridos professores que acreditaram no meu potencial. Em especial cito: a minha orientadora Cássia Maria que confiou sobremaneira em mim; Adriene, Bizerril, Alejandro, Cláudio Serre e Virgínia Turra, que foram grandes incentivadores da minha pesquisa Obesidade Infantil, a qual é base desta monografia; Tânia Inessa que me mostrou outros caminhos a serem explorados e que me apoiou em momentos difíceis.

As famílias que participaram e acreditaram na minha pesquisa, bem como as crianças obesas, as quais foram fundamentais para o início, desenvolvimento e conclusão de tal pesquisa.

As minhas amigas universitárias: Shirley Magna, também grande colaboradora da pesquisa Obesidade Infantil; Amanda Campina, Ednair Macedo, Marlene Gomes, Marianna Amorim e Mariana Mourão, que souberam me compreender nas minhas crises “neuróticas” em relação aos trabalhos da faculdade e por compartilhar momentos inesquecíveis comigo. A vocês serei eternamente grata pela amizade.

## RESUMO

A obesidade é hoje considerada uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo excesso de gordura acumulado nos tecidos adiposos. Pode ser um produto da vulnerabilidade genética e de condições ambientais. É fator de risco para patologias graves, tais como, diabetes, complicações cardiovasculares e hipertensão. No que se referem as complicações psicológicas, a obesidade pode causar sofrimento, depressão, dificuldades na interação social e queda na qualidade de vida. Atualmente ela é considerada um problema de saúde pública justificada pelo aparecimento crescente de crianças e adolescentes obesos, o que tem preocupado os profissionais e pesquisadores da área da saúde. Neste sentido, um corpo significativo de pesquisas tem surgido. Muitos destes estudos têm apontado fatores psicológicos como intrinsecamente relacionados à obesidade. Entretanto, estes aspectos psicológicos mencionados nestes estudos são diversificados, descrevendo desde certa insegurança e baixo nível de auto-estima de crianças e adolescentes obesos a problemas mais sérios como alto nível de ansiedade e comprometimentos mais severos como a depressão. São também apontadas na literatura, dificuldades na aprendizagem e nas interações sociais. Portanto, a partir destes estudos, não há como negar que a obesidade pode ser considerada uma questão de saúde psicológica. O objetivo deste estudo centrou-se na discussão dos resultados de pesquisas a respeito da obesidade infantil, enfocando principalmente os aspectos psicológicos inerentes a obesidade infanto juvenil. Procurou-se evidenciar quais os fatores psicológicos subjacentes a obesidade descritos nestes estudos, buscando estabelecer se existe um consenso entre os pesquisadores a respeito de tais aspectos se constituírem causa da obesidade, ou se eles consistem em consequência. Tentou-se verificar os fundamentos que subsidiam a delimitação das afirmações dos autores sobre o assunto ora discutido. Constatou-se na literatura, que os resultados dos estudos mencionam as questões psicológicas mais como consequências da obesidade do que como causas e poucos estudos afirmam não haver correlação entre os aspectos psicológicos e a obesidade. Verificou-se também que existem muitos dados conflitantes; o difícil entendimento, devido ao emprego de diversas metodologias para o estudo do tema, favorece erros de interpretação quando se faz essa comparação entre o que é causa e consequência. Conclui-se que estes dados conflitantes demonstram a complexidade da obesidade infanto juvenil. Independentemente dos aspectos psicológicos ter conotação de causa ou consequência, os estudos que tangem a este respeito devem ser intensificados. Ressalta-se, porém no que diz respeito à psicologia, que deve-se levar em consideração o sofrimento individual e a partir deste referencial buscar amenizar os danos causados por tal sofrimento.

*Como da existência, tenho consciência do corpo mas, ao mesmo tempo, posso vê-lo com os olhos e tocá-lo com as mãos. O corpo é a única parte do mundo que se sente na superfície e se percebe por dentro...e eu sou este mesmo corpo (Karl Jaspers, apud Villanacci, 2005).*

*O corpo é um terreno de significados simbólicos. Mudanças no seu formato, tamanho e aparência tem uma importante função social (Mc Namara, 2002, apud Villanacci, 2005).*

## SUMÁRIO

<b>I – INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>II – REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>10</b>
1. Obesidade: conceituações e considerações.....	10
2. Critérios de avaliação da obesidade.....	12
3. Epidemiologia da obesidade .....	13
4. Classificação e fatores de risco da obesidade .....	14
5. Complicações clínicas ocasionadas pela obesidade.....	18
6. Obesidade e fatores psicológicos.....	19
7. Breve histórico da visão social da obesidade.....	21
8. Estudo e autores que consideram a correlação entre aspectos psicológicos como causa e consequência da obesidade infantil.....	22
9. Estudo e autores que não consideram a correlação entre aspectos psicológicos como causa e consequência da obesidade infantil.....	35
10. Estudos e autores que consideram os aspectos psicológicos como causa da obesidade.....	39
11. Estudos e autores que consideram os aspectos psicológicos como consequência da obesidade .....	40
<b>III – DISCUSSÃO</b> .....	<b>43</b>
<b>IV – CONCLUSÃO</b> .....	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>48</b>

## I – INTRODUÇÃO

Atualmente o aparecimento crescente de crianças e adolescentes obesos vem preocupando os profissionais e pesquisadores da área da saúde no que diz respeito à prevenção, causas e tratamento da obesidade infantil. A ocorrência da obesidade infantil na população brasileira de acordo com Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos (2005) tem merecido enorme atenção na área da saúde, especialmente devido ao impacto que causa na vida das crianças, ocasionando conseqüências físicas, sociais, econômicas e psicológicas.

Conforme Burrows (2000), a obesidade infantil tem sido mais evidente nas duas últimas décadas e é hoje considerado um problema de saúde pública nas sociedades industrializadas. Segundo Oliveira (2000), *apud* Cataneo, Carvalho & Galindo (2003), a taxa de obesidade nos EUA e no Brasil, na última década, cresceu em torno de 50%, sendo que cerca de ¼ desta população são crianças obesas ou com sobrepeso.

De acordo com Fisberg (1995), parte da população obesa desenvolve a obesidade na infância, visto que é nesta fase que se adquire a maior parte das células adiposas, (células responsáveis pelo armazenamento de gordura no corpo). Essas células são elásticas e, quando estimuladas pelo excesso de alimentos, armazenam gorduras em quantidade significativa. Quando tais células chegam aos seus limites de espessamento, elas se dividem e multiplicam-se.

Parece ser consenso na literatura (Fisberg, 1995; Ballone, 2003) que o excesso de peso na infância ocorre por uma infinidade de causas (multifatorial), ou como alguns autores acreditam, por uma combinação de fatores. Os mais comuns indicados na literatura incluem entre outros, hábitos alimentares considerados inadequados, propensão genética, estilo de vida familiar e condição sócia econômica.

A própria vida moderna, segundo Ballone (2003) se encarrega de originar outras causas como, por exemplo, a necessidade por economia e praticidade de consumir alimentos industrializados, contendo conservantes, que a mídia se encarrega de torná-los essenciais, o que favorece substituições errôneas ou não recomendáveis à comida caseira.

Além disso, alguns aspectos do desenvolvimento psicológico influenciam o consumo desmedido, constituindo-se em outro fator importante. Desde pequeno se aprende que comida é "prêmio", ou ainda, para os que não querem comer, a sobremesa é a recompensa por ter consumido o que os pais querem. Por outro lado, ou até mesmo em conseqüência, eventos importantes da vida são sempre comemorados com comida (Ballone, 2003).

Percebe-se que nos últimos estudos encontrados sobre obesidade infantil, a literatura tem privilegiado as complicações clínicas. Entretanto, a obesidade infantil e juvenil acompanha-se de transtornos que comprometem as áreas psicossociais (Ko, 2002). Os transtornos psicossociais afetam os obesos no que diz respeito à sociabilidade, rendimento escolar e auto-estima. Desta forma, por trás da obesidade infantil pode estar ocorrendo distúrbios psicológicos (Morgan *et al*, 2002). Conforme Ko (2002), um dos sintomas mais comuns da depressão infantil pode ser a obesidade como outros transtornos alimentares.

Neste sentido, a literatura aponta (Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos, 2005) a relação entre a obesidade infantil e aspectos psicológicos, tais como a depressão, ansiedade e déficits de competência social. Estes autores, entre outros, consideram que existem correlações entre estes aspectos psicológicos e a presença de obesidade em crianças, mesmo que não haja relação causal claramente estabelecida.

A correlação de obesidade e estas alterações psicológicas apontam para a necessidade de maiores pesquisas e estudos sistemáticos neste campo. Uma vez que ansiedade, depressão, competência social e problemas comportamentais são variáveis que estão sendo encontradas, cotidianamente nas observações clínicas, em concomitância à obesidade (Cataneo, Carvalho & Galindo, 2003; Fisberg, 1995).

Por conseguinte, a partir deste estudo, uma questão preponderante foi merecedora de interesse. Estes aspectos psicológicos ou psicossociais são denominados por alguns autores como causa; outros referem como consequência; outros dizem que são causa e consequência; e outros ainda afirmam que não existe relação significativa entre obesidade e aspectos psicológicos. Portanto, o objetivo desta monografia centra-se em discutir, a partir da literatura existente sobre o tema, tal problemática. Tentar-se-á buscar verificar os fundamentos que subsidiam a delimitação das afirmações dos autores sobre o assunto ora discutido.

Assim, no primeiro momento do referencial teórico, serão discutidas as conceituações e as considerações a respeito da obesidade de um modo geral e principalmente enfocando a obesidade infanto-juvenil. Após, será descrito uma pesquisa realizada em 2002/2003 (elaborada por Bicalho & Ramalho como Projeto de Iniciação Científica – PIC – UNICEUB), no qual teve como participantes da pesquisa crianças que apresentavam na época obesidade ou sobrepeso. Tal pesquisa utilizou como metodologia para coleta de dados desenhos e figuras feitas de massa de modelar, além de entrevistas com pais e professores. Os resultados desta pesquisa, como podem ser visto posteriormente, demonstraram que alguns aspectos psicológicos são considerados tanto causa como consequência.



Após a descrição desta pesquisa, serão descritos estudos que apresentam perspectivas semelhantes e outros que diferenciam, apontando os aspectos psicológicos somente como causas e os que assinalam serem consequência, além de alguns estudos que não consideram as questões psicológicas pertinentes à obesidade. Por último, os resultados destes estudos serão discutidos buscando verificar quais perspectivas poderiam construir um consenso.

## II – REFERENCIAL TEÓRICO

### 1. Obesidade: conceituações e considerações

A obesidade ou o sobrepeso infante juvenil tem sido considerado hoje por vários autores (Fisberg, 1995; Kottke, Lambert & Hoffman, 2003; Cataneo, Carvalho & Galindo, 2003; Triches & Giugliani, 2005; Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos, 2005) como uma epidemia global, sendo, portanto, um fator problemático considerável em se tratando de saúde, uma vez que a obesidade substituiu no *ranking* a desnutrição e as doenças infecciosas.

A obesidade é definida segundo alguns autores (Dâmaso, 1993, *apud* Fisberg, 1995; Costa & Biaggio, 1998; Pizzinatto, 1992), como acúmulo excessivo de gordura no corpo. Estes autores, entre outros, a consideram como um acúmulo de gordura corporal total, que representa uma porcentagem a mais de gordura armazenada em vários depósitos, ou seja, uma condição de excesso de gordura em relação à massa corporal magra. Já em relação ao sobrepeso, o mesmo pode ser definido como um peso ligeiramente acima do normal. Geralmente os autores definem o excesso de peso previsto para o sexo, altura e idade, de acordo com padrões populacionais de crescimento.

Nesta mesma perspectiva Leão, Araújo, Moraes & Assis (2003) mencionam que a Organização Mundial de Saúde utilizou em 1998, para definição da obesidade, o critério saúde, ou seja, a obesidade para esta entidade é uma doença que acumula excessivamente gordura a ponto de prejudicar enormemente a saúde de seu portador. Verifica-se que a OMS demonstra uma relevante preocupação com as possíveis conseqüências do acúmulo de tecido adiposo no organismo, os quais serão explanados mais adiante.

Entretanto, de acordo com Ballone (2003), a definição a respeito de obesidade, seja qual for, pode ser considerada arbitrária, uma vez que é difícil separar indivíduos obesos de não obesos. Ele acrescenta que mesmo que pesquisadores estudem a este respeito na tentativa de obter definições por meio de tabelas, cálculos e até considerando aspectos qualitativos, a dificuldade em separar gordura corporal de obesidade ainda persiste como um desafio.

De acordo com a literatura (Caetano, Carvalho & Galindo, 2005; Fisberg, 1995; Ballone, 2003; Pizzinatto, 1992), a obesidade tem uma etiologia multifatorial, que exige uma atenção profissional também multifatorial, especialmente dos profissionais de saúde mental: psiquiatria e psicologia. Entretanto, Vasques, Martins & Azevedo (2004), ressaltam que a obesidade não é um transtorno psiquiátrico. Ela não está enquadrada nem mesmo na categoria de transtornos alimentares do DSM-IV. Porém, Flaherty (1995), *apud* Vasques, Martins &

Azevedo (2004), menciona uma revisão sobre este tema, na qual ele ressalta que alguns estudiosos da área incluem a obesidade nesta categoria didaticamente por considerarem que indivíduos obesos apresentam perturbações no comportamento alimentar, que merecem intervenção psicológica e psiquiátrica.

## 2. Critérios de avaliação da obesidade

Conforme alguns autores (Fisberg, 1995; Ballone, 2003; Himes & Dietz, 1994), atualmente o Índice de Massa Corporal (IMC) é o padrão médico mais usado, considerando os critérios de avaliação da obesidade e sobrepeso. Estes autores dizem que o IMC pode ser usado para avaliar tanto sobrepeso como obesidade em adultos, acrescentando que consiste numa avaliação escolhida por muitos pesquisadores da obesidade e outros profissionais de saúde.

Entretanto, para Ballone (2003), embora o IMC seja um cálculo direto baseado na altura e peso, fornecendo a avaliação mais precisa de sobrepeso e obesidade do que confiar no peso somente, este autor observa que o IMC não avalia diretamente a percentagem de gordura do corpo. Portanto, a aplicação isolada deste índice, pode torna-se um instrumento imperfeito, pois, muitas pessoas musculosas, como, por exemplo, os atletas que possuem bastante massa muscular, podem cair na categoria do sobrepeso quando eles realmente estão saudáveis e com bom preparo físico, ressalta o autor.

Ballone (2003) destaca que para obter a porcentagem de gordura por meio do IMC é necessário seguir a fórmula: dividir o peso (em Kg) pela altura elevada ao quadrado (expressa em m<sup>2</sup>). Este autor divulga uma tabela para verificar em qual categoria o IMC se encontra.

CATEGORIA	IMC
Desnutrição	Abaixo de 14,5
Abaixo do Peso	Até 20
Peso Normal	20 – 24,9
Sobrepeso	25 – 29,9
Obeso	30 – 39,9
Obeso Mórbido	40 e acima

Fonte: <http://www.psiqweb.med.br/infantil/obesid.html>.

Com base neste índice, Ballone (2003) e outros autores (Fisberg, 1995; Triches & Giugliani, 2005; Santos & Sichieri 2005; Annovazzi, 2005) consideram obeso aqueles com IMC a partir de 30 kg/m<sup>2</sup>. As recomendações da porcentagem de gordura corporal para crianças do sexo feminino devem ser entre 15 e 25%. Para meninos, 10 a 20%. Acima destes valores é considerado “obeso”. Abaixo é considerado “desnutrido”. Estes autores ainda ressaltam que o IMC para crianças deve ser ajustado a idade e ao sexo, bem como, a dobra de pele do tríceps, visto que elas ainda estão em fase de crescimento.

### 3. Epidemiologia da obesidade

Fisberg (1995) cita um estudo encomendado pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), que teve como objetivo central a aferição do estado nutricional da população brasileira mediante a coleta de dados antropométricos. Trata-se de um estudo transversal, de base domiciliar, conduzido no período de junho a setembro de 1989 pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN, associado à Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – FIBGE, e Instituto de Política Econômica Aplicada – IPEA. Esse estudo é o mais recente e completo encontrado na literatura até o momento.

As entrevistas domiciliares foram realizadas entre julho e setembro de 1989, em uma amostra de 63.213 brasileiros de todas as idades, presentes em 14.455 domicílios. Neste estudo, verificou-se que existem no Brasil, em 1989, cerca de um milhão e meio de crianças obesas, sendo que a prevalência era maior entre meninas do que entre meninos. As prevalências da obesidade nas regiões Sul e Sudeste se aproximavam do dobro da observada na região Nordeste, ficando as regiões Norte e Centro-Oeste em situação intermediária. Entre as crianças pertencentes às famílias de renda maior a proporção de obesos era em torno de 8% comparado com 2,5% nas pertencentes às famílias de menor renda (Fisberg, 1995).

Como já foi dito, tem havido nos últimos anos, um avanço acelerado da obesidade em toda a população. Entre crianças e adolescentes a proporção deste aumento é ainda maior. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Sociedade Brasileira de Pediatria, no ano de 1975, 8% das mulheres eram obesas, 3% dos homens e 3% das crianças. Já no ano de 1997 estes números aumentaram para 13% entre mulheres, 7% entre homens e 15% entre crianças (Fisberg, 1995).

Estudos realizados na população atendida pelo hospital-escola da Escola Paulista de Medicina (São Paulo) mostram que aproximadamente 4 a 5% das crianças menores de 12 anos que chegavam para consulta em triagem médica, apresentavam sobrepeso ou obesidade. Em adultos, verificou-se que quase 34% das mães destas crianças apresentavam sobrepeso ou obesidade. De acordo com Fisberg (1995), o aumento de peso é em alguns casos apenas um sintoma emergente de outras alterações orgânicas, que juntos trazem enormes problemas de saúde para o indivíduo que a própria obesidade.

#### 4. Classificação e fatores de risco da obesidade

A obesidade pode ser classificada de acordo com: a intensidade, com a distribuição de gordura no corpo, e pela causa.

No que diz respeito a intensidade, a obesidade pode ser classificada como: leve, moderada e grave (Coutinho, 1998).

Conforme o critério de distribuição da gordura, a obesidade é dividida segundo a distribuição do tecido gorduroso predominante: central/andróide (forma de maçã) e periférica/ginecóide (forma de pêra), (Ballone, 2003).

Em relação ao terceiro critério, que classifica a obesidade pela causa, tem sido observado que apenas 1% tem causa secundária a alguma doença de ordem genética, endócrina ou ao uso de drogas. E cerca de 99% dos pacientes obesos têm causa primária, isto é, ingere-se maior quantidade de calorias do que se consegue gastar, decorrentes de hábitos nutricionais inadequados, inatividade física, fatores psicológicos, circunstanciais e tipos de alimentos ingeridos (Damiani, Carvalho & Oliveria, 2000; Fricker *et al*, 2001; Fisberg, 1995; Pizzinatto, 1992).

##### Obesidade Secundária (ou endógena):

Como obesidade secundária temos como resultado: a síndrome de obesidade congênita Prader Willi, que é caracterizado por baixa estatura, causada por apetite voraz de difícil controle, mãos e pés pequenos, deficiência mental, olhos amendoados e boca triangular (Fisberg, 1995); obesidade orgânica, ligada a fatores ambientais; hipotireoidismo, produção de pouco hormônio pela tireóide, fazendo com que o ritmo do corpo funcione lentamente, e uma das conseqüências é o excesso de peso; ovário policístico, caracterizado por um ovário que contém numerosos cistos ou pela presença de muitos cistos congênicos; e síndrome de Cushing (Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde, 1999). Além destas mencionadas acima, ainda pode-se citar a deficiência no hormônio de crescimento.

Existe ainda o caso de obesidade hipotalâmica resultante a qualquer doença afetando o hipotálamo e o núcleo ventro-medial. No trauma crânio-encefálico, uma das seqüelas pode ser responsável pela saciação. Outras causas podem advir de substâncias que induzem a obesidade, tais como o glicocorticóides (Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde, 1999); e os anticoncepcionais à base de phenothiazine, um composto orgânico empregado na manufatura de certa classe de tranqüilizantes (Dicionário médico enciclopédico Taber, 2000). Outra causa, que pode ser considerada é a cessação do tabagismo de acordo com alguns autores (Ballone, 2003; Krause & Mahan, 1998).

Em relação ao fator genético, a literatura aponta que eles podem contribuir de 25% a 40% para o desenvolvimento da obesidade. Infelizmente, não se sabe quais genes torna a pessoa gorda ou magra. Alguns genes afetariam partes do cérebro que controlam o apetite e a sensação de já ter comido o bastante; outros podem determinar como o corpo conserva ou queima calorias. Certos genes podem até mesmo incentivar efeitos externos, tais como uma dieta altamente gordurosa (Krause & Mahan, 1998).

Porém, segundo Stunkard (1991) *apud* Krause & Mahan (1998), a genética tem sido vista de modo crescente como a única causa da obesidade. No entanto, para a obesidade se manifestar é preciso um meio ambiente propício. Em outras palavras, a genética pode fornecer a um indivíduo a propensão à obesidade; mas é o ambiente que vai agir suprimindo ou expressando a carga genética.

Neste sentido, até o momento, as pesquisas na área não permitiram ainda a compreensão no que diz respeito ao papel dos fatores genéticos no desenvolvimento e na manutenção da obesidade. As conclusões até agora são apenas parcialmente compreendidas, pois o componente genético na variação da obesidade na população não explica a suscetibilidade individual de torna-se obeso (Krause & Mahan, 1998).

#### Obesidade Primária (ou exógena):

Diferentemente dos fatores genéticos, os fatores ambientais são abundantes e claros. Segundo Fisberg (1995), a existência de diferenças individuais é perceptível e observa-se na suscetibilidade hereditária para obesidade, que aparece sob determinadas condições ambientais. Tem sido constatado pelo autor em seus estudos, que em famílias obesas, existe maior possibilidade de ocorrer à obesidade infantil por conta dos hábitos cotidianos. Em uma família que tem os dois pais obesos, a chance de uma criança tornar-se obesa é de 80%, em família com um dos pais obesos a chance de obesidade é de 40%, e nenhum dos pais obesos a chance é de 15%.

Conforme Oliveira & Fisberg (2003), em relação a esses hábitos cotidianos, comidas com excesso de gorduras e açúcares estão cada vez mais nas alimentações das crianças. Para Krause & Mahan (1998), se as mesmas são obesas hoje, há uma probabilidade de se tornarem obesos amanhã. Porém, os pais ainda não acreditam nisso. A gordura nas crianças ainda é considerada pelos pais como sinônimo de saúde, uma idéia, que na opinião de Bicalho & Ramalho (2003); Fisberg (1995); Pizzinatto (1992) tem que ser mudada imediatamente.

Nas considerações de Triches & Giugliani (2005) ao correlacionar o consumo alimentar a obesidade, deve-se não somente considerar o volume da ingestão alimentar, mas também a composição e a qualidade da dieta. Além disso, eles observam que os padrões

alimentares mudaram, explicando parcialmente o contínuo aumento da adiposidade nas crianças, como o aumento no consumo de guloseimas e refrigerantes, bem como a omissão do café da manhã em detrimento do pouco consumo de frutas, hortaliças e leite.

De acordo com Fricker *et al* (2001), geralmente, são encontrados mais obesos entre as crianças que foram alimentadas com mamadeira do que entre as que receberam amamentação no seio. As crianças alimentadas precocemente com a colherzinha e com alimentos sólidos têm a tendência a serem mais gordas. Conforme este autor, os pais sempre insistem para que os filhos não deixem nada no prato. Essa ação dos pais pode ocultar a verdadeira fome da criança.

No que diz respeito a esta relação pais, criança e obesidade, Abreu (2002) refere que para muitos pais é natural a preferência por alimentos que eles próprios consideram saborosos, como uma taça de sorvete, em lugar de uma salada com agrião. Entretanto, de acordo com este autor, os pais se esquecem que o ser humano não nasce sabendo diferenciar entre os dois alimentos. O descontrole alimentar, acrescenta este autor, pode ser devido às escolhas erradas que são oferecidas às crianças pequenas.

Triches & Giugliani (2005) acrescentam que para promover hábitos alimentares mais saudáveis com o objetivo de diminuir os índices de obesidade, é necessário que se tenha conhecimento a respeito da alimentação e nutrição. Na opinião deles as pesquisas que utilizaram educação nutricional como uma das estratégias de intervenção, relataram melhora nos conhecimentos nutricionais, atitudes e comportamento alimentar, influenciando também nos hábitos alimentares da família.

Também com causa primária, deve-se considerar a condição sócio-econômica. Alguns autores (Fisberg, 1995; Ballone, 2003; Triches & Giugliani, 2005; Leão, Araújo, Moraes & Assis, 2003).mencionam que o maior índice encontra-se em indivíduos de classes mais elevadas, geralmente nas regiões mais desenvolvidas do país, pois é onde está mais adiantado o processo de modernização industrial e, portanto, as mudanças de hábitos que o acompanham

Porém, outros autores (Fricker *et al*, 2001; Lebow, 1986) já consideram que o índice mais alto, encontra-se em indivíduos de classe mais baixa, uma vez que a criança pertencente as famílias de classes sociais ditas desfavorecidas, são geralmente mais atingidas pela obesidade, pois elas supervalorizam o alimento que “sustenta o corpo”, possuindo uma dificuldade em obter informações adequadas sobre o equilíbrio alimentar, sobre os limites do orçamento destinado às compras referentes à alimentação e a um maior número de horas passadas frente à televisão. Conforme considera Pizzinatto (1992), perdas crescentes no poder



aquisitivo, afetam na diversificação do lazer da família, favorecendo a opção por programas de televisão e a ingestão calórica como formas de distração pessoal.

O estilo de vida sem dúvida é fundamental para o aparecimento e manutenção da obesidade. O sedentarismo como, por exemplo, assistir televisão por muito tempo, é um dos fatores que mais contribui para a incidência de obesidade, pois aumenta em torno de 2%, em jovens de 12 a 17 anos, a prevalência de obesidade para cada hora adicional em que se assiste TV (Dietz & Gortmaker, 1985). Conforme Fricker *et al* (2001), isso ocorre porque o tempo que se perde assistindo televisão, a criança poderia estar praticando algum esporte. Não é de se espantar que do número de crianças obesas nos países desenvolvidos, segundo este autor, esteja em parte relacionado a um modo de vida cada vez mais inativo.

Mas a baixa da atividade física para Oliveira & Fisberg (2003), não é a única causa nesta relação entre televisão e a corpulência. Associam-se a ela igualmente, os computadores e jogos de vídeo, além da publicidade, cada vez mais marcante no mundo atual, e o petiscar enquanto assiste à televisão. Conforme Fricker *et al* (2001), 45% das pessoas petiscam quando vêem televisão.

## 5. Complicações clínicas ocasionadas pela obesidade

Endócrino e metabólicos – tais distúrbios compreendem a hiperinsulinemia e a resistência à insulina (Leão, Araújo & Moraes, 2003). Da mesma forma pode levar a um perfil lipídico anormal. Outro distúrbio endócrino metabólico é a produção aumentada de cortisol. Além destas, ainda pode-se considerar a anormalidade menstrual e a hiperuricemia, que é um elevado nível de uratos no sangue, podendo resultar de defeitos de algumas enzimas (Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde, 1999).

Distúrbios Cardiovasculares – levando a doenças crônicas como a hipertensão arterial, ao aumento dos níveis de triglicérides e colesterol, além de diminuir o colesterol benigno (HDL), infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, conforme os autores (Ballone, 2003; Leão, Araújo & Moraes, 2003).

Distúrbios Pulmonares – tais como a hipoventilação, que é uma redução da frequência ou da profundidade inspiratória e a Síndrome da apnéia, suspensão dos movimentos respiratórios, como também as infecções respiratórias crônicas (Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde, 1999; Ballone, 2003).

Doenças Músculo-esqueléticos – como, por exemplo, a osteoartrite, processo degenerativo irreversível das articulações. É observada em articulações submetidas a peso excessivo ou a lesões de esforço, sobretudo em pessoas idosas e a alterações na articulação femoral (Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde, 1999).

Dermatológicos – que principalmente levam a infecções crônicas de pele e o hirsutismo, que é o crescimento excessivo dos pêlos, especialmente em mulheres e está relacionado com a disfunção endócrina (Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde, 1999).

Gravidez – na condição da mulher grávida, pode-se mencionar a pré-eclâmpsia e o aumento da mortalidade materna. Também observa-se na mulher um aumento de ovário policístico (Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde, 1999).

Cirurgias – em tratamento cirúrgico a obesidade aumenta o risco na anestesia geral (Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde, 1999).

## 6. Obesidade e fatores psicológicos

Fricker *et al* (2001), aponta um erro de interpretação das exigências afetivas por parte da mãe, o que na opinião deste autor pode impedir o organismo da criança de aprender a comer conforme as suas necessidades. Isso ocorre, porque os pais não percebem que a criança chora, por outros motivos, que não somente a fome. Com isso, para o autor, a criança, começa a associar uma frustração ou desconforto à ingestão alimentar, que pode persistir até a idade adulta, quando surgem dificuldades para o indivíduo encontrar seu estado de saciedade.

Fisberg (1995), considera que essa problemática pode se agravar quando, por ensinamento da mãe, o alimento, erroneamente, passa a ser o substituto da afetividade, bem como a solução de conflitos, ansiedades, angústia e frustrações. Diante deste fator aprendizagem, esta criança, que mais tarde tornar-se-á adulto, não saberá resolver suas questões emocionais de outra maneira que não se alimentando.

Neste sentido, para Pizzinatto (1992), os pais que querem proteger os seus filhos do sofrimento normal do dia-a-dia com balas, bombons, roupas novas, brinquedos e comportamentos não-frustrantes, dificultam o desenvolvimento da personalidade destas crianças, que crescem despreparadas para assumir um posicionamento autocrítico diante da vida.

Conforme Fisberg (1995), o comportamento de superproteção que se observa na conduta alimentar, é visto também em outras condutas maternas, quando as mães ansiosamente correm para atender ou fazer tudo pela criança, não lhe permitindo entrar em contato com a “falta”; condição imprescindível, na opinião deste autor, para que a criança possa exercer a própria criatividade, no sentido de resolver sozinha as suas necessidades. Talvez, por isso, passividade e dependência sejam características observadas nesses pacientes, ressalta o autor.

Em um estudo clássico de Ainsworth, Bell & Stayton (1977), *apud* Pizzinatto (1992), foram observadas 26 pares de mães e bebês de classe média americana, da terceira até a 54ª semana de vida, em visitas domiciliares de quatro horas de duração, três vezes por semana. Entre outras variáveis foi observado o choro do bebê, a rapidez e o estilo de resposta materna ao choro. Constatou-se com clareza que a resposta imediata ao choro do bebê o reforça para continuar a chorar. Esse estudo mostra o oposto do que pensam alguns pais.

Para Pizzinatto (1992), dentro deste comportamento de superproteção, existem famílias que para negar os problemas de auto-imagem trazidos pela obesidade criam desculpas para não enfrentar o problema (Ex: “ele é forte, não é gordo”). Conforme esta

autora, a família muitas vezes se refere a seus filhos obesos como sendo felizes e satisfeitos, vivendo uma infância livre de problemas.

De acordo com um estudo clássico, de Senise (1970), “sempre, que o fator psicológico se projeta no contexto da dosagem alimentar, há perigo”. As reações, mentais e motoras, da criança obesa ou com sobrepeso, conforme este autor, são retardadas. O raciocínio se exercita de forma lenta e penosa. No esporte, quando pratica, procura não fazer grandes esforços.

Fricker *et al* (2001) reflete que a criança obesa, muitas vezes, repete o ano escolar, por faltas, no intuito de evitar as constantes humilhações e apelidos depreciativos advindos deste ambiente. Para este autor, 40% das crianças gordas aos 7 anos, permanecerão gordas na idade adulta. O risco eleva-se ainda mais relativamente a um pré-adolescente: 60% das crianças gordas antes da puberdade conservarão o problema vinte anos mais tarde. Portanto, Fricker *et al* (2001) conclui que o excesso de peso na criança não se deve encarar levemente.

Senise (1970), considera que a obesidade pode acarretar na criança o desejo de consolidar uma personalidade forte, pois muitas vezes elas sentem medo de se tornarem pequenas e magras e, mesmo infelizes com a gordura, preferem-na por se sentirem mais seguras, mais amadas. No entanto, conclui o autor, que com o passar dos anos, essa criança que acreditava ter construído uma fortaleza através da gordura, percebe que na realidade o excesso de gordura é a sua maior fraqueza. Por outro lado, para Menezes (1998), há crianças que detestam seu corpo por ele ser corpulento demais. De acordo com este autor, elas agem desta forma porque acreditam que sendo gordas, não serão amadas ou admiradas.

Neste sentido, para Fisberg (1995); Bicalho & Ramalho (2003), dependendo das características do caso, a obesidade pode ser compreendida como sendo uma expressão, muito pessoal, da identidade da criança em formação. Ela pode estar comendo demais, sem orientação, ou por desejo de crescer, ser forte e admirada. Essa forma não indica, necessariamente, um prejuízo psíquico. Porém, com outras características, a obesidade pode ser vista como sintoma de grande ansiedade, apontando para dificuldades internas psicológicas que requerem intervenção psicoterápica.

## 7. Breve histórico da visão social da obesidade

Observa-se que hábitos e práticas alimentares são construídos com base em determinações socioculturais. Vê-se claramente em pinturas de épocas o fator sobrepeso como indicativo de beleza. A visão social que se tinha de uma mulher robusta representava que ela tinha fatura de comida, o que naquela época era fundamental, uma vez que as doenças dizimavam boa parte da população. Ademais um corpo corpulento era sinônimo de que a mulher poderia fornecer ao seu marido filhos saudáveis.

Todavia, Serra & Santos (2003) afirmam que no mundo contemporâneo, o discurso midiático generaliza, manipula, interpreta e descontextualiza o discurso científico. Desta maneira, a mídia tem o poder de desempenhar um papel estruturador na construção e desconstrução quando se considera a prática alimentar, bem como na idealização do corpo perfeito. Neste sentido, segundo muitos autores (Lebow,1992; Menezes,1998; Morgan *et al*, 2002; Barlow, 1999), a sociedade atual, na sua grande maioria, enfatiza a aparência física e freqüentemente iguala atratividade com magreza.

Haim (1999), em suas considerações a respeito da dinâmica cultural para crianças, afirma que antigamente os laboratórios famosos, que investiam em pesquisa, investiam também em concursos infantis, fornecendo prêmios para crianças que eram robustas. Atualmente, as mesmas crianças, que ganhariam prêmios tempos atrás, são consideradas hoje, doentes, com obesidade infantil.

Uma frase de Morrie Schwartz, *apud* Albom (1997), fala que se “a cultura que temos não contribui para que as pessoas se sintam felizes com elas mesmas. É preciso ser forte para dizer que, se a cultura não serve, não interessa ficar com ela”.

## **8. Estudo e autores que consideram a correlação entre aspectos psicológicos como causa e consequência da obesidade infantil**

### Apresentação da pesquisa Obesidade Infantil

Em 2002/2003 foi realizado um estudo, centrado na perspectiva da criança, por Bicalho & Ramalho, financiado pelo Projeto de Iniciação Científica (PIC), o qual teve como objetivo primordial estudar os aspectos psicológicos da obesidade infantil. Para isto procurou-se desenvolver um procedimento que avaliasse os aspectos psicológicos da obesidade ou sobrepeso infantil. Os resultados deste estudo apontaram que existem aspectos psicológicos que fazem parte dos multifatores da obesidade, como também foi observado que são várias as consequências psicológicas da obesidade interferindo no desenvolvimento da criança.

### Objetivos da pesquisa

O objetivo geral da pesquisa foi estudar os aspectos psicológicos da obesidade infantil. Os objetivos específicos foram: desenvolver um procedimento que avaliasse os aspectos psicológicos da obesidade ou sobrepeso infantil; estudar, através deste procedimento, os aspectos psicológicos que poderiam contribuir ou que fazem parte dos multifatores da obesidade ou sobrepeso infantil; e estudar quais as consequências psicológicas advindas da obesidade ou sobrepeso infantil.

### Participantes da pesquisa

Em relação aos participantes da pesquisa, foram selecionadas 41 crianças, sendo 15 do sexo masculino (8 deles eram de classe média e 7 de classe baixa) e 26 meninas (23 eram de classe baixa e 3 de classe média). As crianças foram escolhidas através do critério do Índice de Massa Corporal (IMC), recomendado pela Organização Mundial da Saúde, correlacionado com a tabela de peso padrão para a idade, em um levantamento nas escolas públicas e particulares, consultórios Endocrinológicos, psicológicos e de Nutrição de Brasília.

### Procedimento da pesquisa

O procedimento foi delimitado da seguinte maneira: para cada uma das 41 crianças, foi realizada uma entrevista semi-estruturada com a sua família, representada, na maioria, pela mãe. As questões da entrevista foram centradas nas opiniões da família sobre os hábitos alimentares da criança, sobre patologias anteriores ou atuais e sobre características psicossociais.

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada com o professor de cada criança. As questões da entrevista foram centradas sobre o comportamento delas na escola, no que diz

respeito ao relacionamento com seus colegas, seu desempenho escolar, atitudes na sala de aula e sobre o conhecimento de seus hábitos alimentares na escola.

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada (rapport) com cada criança. As questões foram centradas sobre seus amigos na escola e fora da escola, suas preferências por brincadeiras, atividades físicas e críticas recebidas.

Ainda foi solicitado as crianças, desenhos que representassem uma pessoa bonita e uma pessoa feia. Estes desenhos foram categorizados através de cada traço, tamanho e forma. Outro procedimento realizado com as crianças foi à representação dela mesma, isto é, a visão que ela tem de si mesma, utilizando para tanto massa de modelar de três cores distintas: azul, para as partes do corpo que ela mais gosta; amarelo, para as partes do corpo que lhe é indiferente; e vermelho, para partes do corpo que ela não gosta.

#### Resultados da pesquisa

As entrevistas dos familiares, dos professores e das crianças foram categorizadas, com o objetivo de extrair as categorias de hábitos alimentares em casa e na escola, características psicológicas das crianças, doenças que apresentam ou apresentaram, comportamento demonstrado em casa e na escola e sobre o relacionamento delas com outras crianças da sua faixa etária, na escola e na sua vizinhança.

Em relação aos resultados, no que diz respeito à busca para a solução da obesidade observou-se que apenas 51% das famílias tentaram tratamento nutricional para seus filhos. Foi perguntado aos pais qual seria o real motivo que os faria buscar por ajuda nutricional; sem hesitação responderam que o excesso de peso é o que incomoda mais, sendo então o motivo principal. Embora, a maioria tenha buscado por tratamento, 57% das crianças não aderiu ao mesmo, e apenas 43% teve boa adesão.

Cabe ressaltar que grande parte das mães relatou que o problema de seus filhos não é nutricional e sim psicológico. Mas as dificuldades em se conseguir tratamento psicológico é um fator de desistência por parte das famílias que optam pelo tratamento nutricional como solução para a obesidade.

Das crianças que efetivamente fizeram tratamento, algumas tiveram mudanças significativas em relação ao comportamento: mais segurança, independência, iniciativa, entusiasmo, vaidade, aumento da auto-estima, menos ansiedade e menos tempo gasto em frente a TV. Embora, algumas mães tenham relatado que num primeiro momento as crianças ficam mais agressivas, nervosas e ansiosas, pois não podem comer mais o que querem, passando a ter horários regulares para as alimentações e não mais a todo instante. A ansiedade também é encontrada nas crianças quando está próxima da visita ao nutricionista, que

segundo as mães, se sentem mais ansiosas e com medo de não terem alcançado a meta proposta para o emagrecimento.

Foi observado que a incidência de obesidade na família é maior nas mulheres (tias, avós, mães) maternas e paternas do que nos homens de ambas as famílias. Na maioria da amostra, pelo menos um dos pais tem o peso além do ideal. Ademais, muitos pais que hoje estão com peso estabilizado já tiveram sobrepeso em algum momento da vida, geralmente na adolescência.

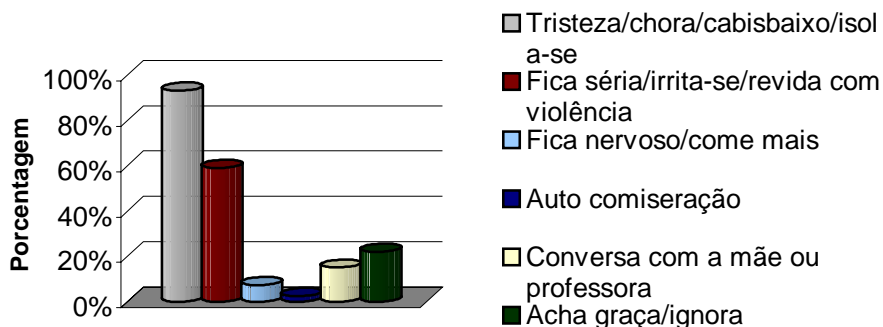
A obesidade acaba dificultando os relacionamentos interpessoais das crianças, embora os pais afirmaram que 64% de seus filhos têm muitos amigos e 36% têm poucos amigos. Porém este dado não corrobora com os relatos dos professores, pois, segundo os mesmos, 60% das crianças não têm muitos amigos, contra 40% que apontam uma boa interação com os colegas. A posição das crianças é semelhante a dos professores, já que 68% delas relataram sentirem dificuldades de se relacionar com colegas da escola, justamente pelo fato deles colocarem apelidos nelas.

Embora a obesidade dificulte as atividades esportistas, as crianças relataram que suas atividades preferidas envolvem corridas, tais como: pique-pega, queimada, vôlei e futebol. São atividades realizadas sem compromisso para emagrecer, pois somente 29% praticam atividades físicas efetivamente com o objetivo principal de reduzir medidas. Além deste fato, outro que influencia na obesidade é o tempo gasto em frente a TV. Quase toda a amostra (95%) passa bastante tempo assistindo televisão, sendo que 70% destes se alimentam diante da TV.

O comportamento dos pais é fundamental para o desenvolvimento da obesidade. Neste sentido, os dados indicam que os pais são passivos, ou seja, os filhos fazem o que querem, principalmente em relação à alimentação. Outro comportamento significativo é a preocupação e culpa da mãe, mais do que o pai, no que diz respeito ao excesso de peso do filho. Segundo elas, por algum motivo fez ou deixou de fazer algo que prejudicasse o filho neste sentido.

As críticas aos obesos são inevitáveis. As mães relataram que seus filhos recebem muitas críticas (apelidos depreciativos), vindas da escola e da família. As crianças relataram que as críticas vêm mais dos colegas da escola. Conforme a Figura 1, as reações das crianças às críticas, segundo as mães, são de muita tristeza, choro e isolamento, além disso, muitas revidam com agressão verbal e física. Esse tipo de reação também é encontrado nos relatos das crianças e dos professores. Outro dado encontrado é que quando a criança recebe as críticas elas ficam nervosas e ansiosas, como consequência, comem em demasia.





**Figura 1 - Reação às críticas (segundo os pais)**

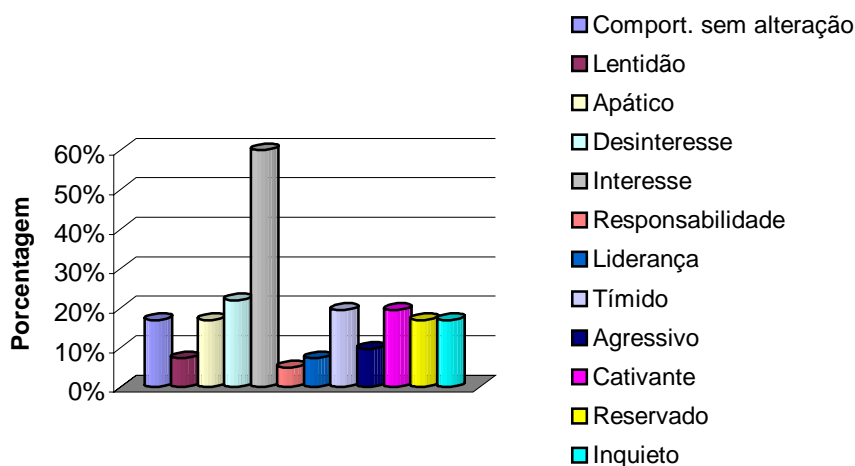
As constantes críticas contribuem para que estas crianças diminuam mais ainda a sua auto-estima. Pais e professores acham que as mesmas têm baixa auto-estima. 48% dos pais dizem que a auto-estima delas é baixa e 39% dos professores acham o mesmo. No momento em que recebem tais críticas, pais e professores relatam que as crianças se sentem inferiores aos demais e percebem um certo isolamento dos mesmos.

No que se refere à causa da obesidade das crianças, os pais relataram que os hábitos alimentares considerados inadequados foram fundamentais para o excesso de peso de seus filhos. As mudanças familiares tais como, nascimento de um irmão, separação dos pais, mudança de cidade ou estado, perda de um ente, mudança de escola, ausência de um dos pais, dificuldades financeiras e adoção, foram fatores determinantes para a causa da obesidade. Os pais notaram que após um destes fatos ou a combinação com outros, as crianças começaram a adquirir peso em demasia. Algumas drogas como, cortisol, vitaminas e soro fisiológico, foram citadas por alguns pais que asseguram serem a causa da obesidade.

A hereditariedade foi citada por apenas quatro famílias como sendo a causa principal. Várias famílias não citaram apenas uma, mas duas ou mais causas para a obesidade, ou seja, a combinação de alguns desses fatores concomitantes. De toda a amostra, apenas 24% das crianças nasceram acima do peso e permaneceram assim até o fechamento desta pesquisa. Os outros 76% adquiriram peso durante o desenvolvimento por alguma causa ou várias das causas acima citadas.

Conforme a Figura 2, os professores citaram vários comportamentos concomitantes num mesmo indivíduo, sendo assim, uma criança, por exemplo, pode ser interessada, agressiva e tímida. Apesar de serem interessados nos estudos, grande parte da amostra, são

classificados pelos professores como tendo um desempenho regular. Certos comportamentos, tais como, agressividade, preguiça e inquietude foram verificadas com mais frequência em alguns momentos ou períodos como resposta a um problema familiar, por exemplo, perda de um ente, nascimento de um irmão e outros.



**Figura 2 - Comportamento dos sujeitos em sala de aula**

De acordo com os professores, a procedência do lance escolar das crianças na grande maioria vem de casa, geralmente são bolos, pipocas, sucos, refrigerantes, sanduíches e outros. 24% das crianças compram na escola e 12% lancham o que a escola oferece, frequentemente, comida. O tipo de alimentação comprado na escola é super calórico e rico em gorduras (salgados, refrigerante, doces...). Apenas 5% compram um lanche à base de frutas e com baixo teor de gordura.

Em relação ao comportamento das crianças obesas, os pais relataram que são ansiosas, bem como agressivas. Parece que a obesidade, porém, não prejudica a espontaneidade da criança, pois metade das crianças foi considerada pelos familiares e professores como extrovertidas. Uma outra característica bastante relatada sobre a criança obesa é a de ser carinhosa.

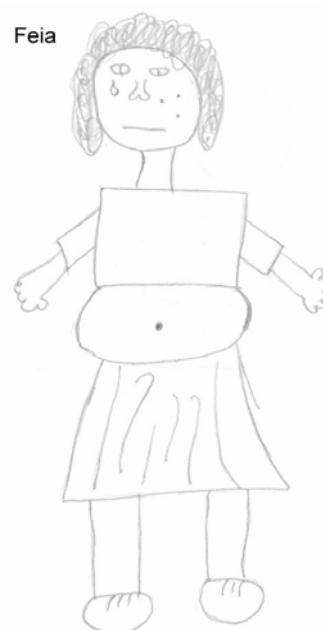
No que diz respeito aos desenhos das crianças, representando uma pessoa bonita e uma pessoa feia, alguns deles, os mais significativos serão apresentados e discutidos a seguir. Cabe ressaltar que os tamanhos originais dos desenhos foram alterados.



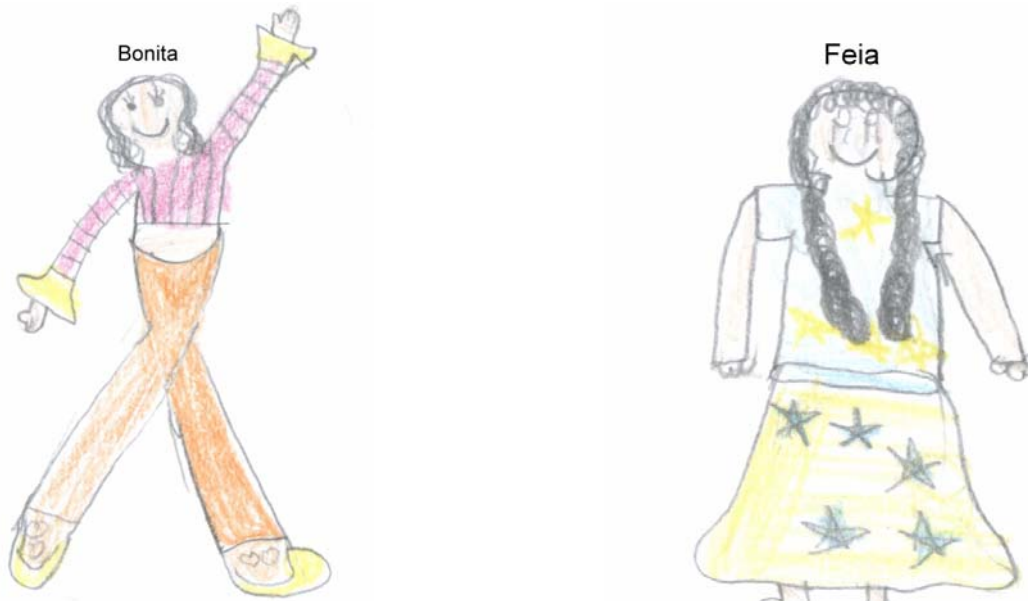
Nome: R  
Idade: 9 anos  
IMC: 21  
Classe: média  
Escolaridade: 4<sup>a</sup> série (particular)  
Posição familiar: filha mais velha numa prole de três



Nome: L  
 Idade: 9 anos  
 IMC: 29  
 Classe: Média  
 Escolaridade: 2ª série (particular)  
 Posição familiar: filha mais nova numa prole de dois

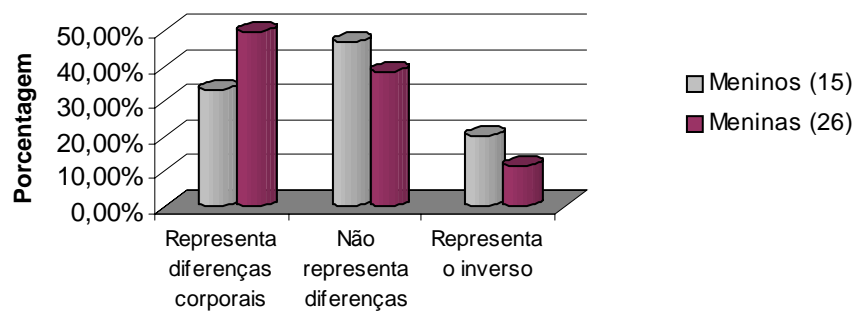


Nome: C – Idade: 13 anos  
 IMC: 23 – Classe: Média baixa  
 Escolaridade: 6ª série (particular)  
 Posição familiar: é a filha do meio numa prole de três



Nome: M – Idade: 9 anos  
 IMC: 25 – Classe: Média baixa  
 Escolaridade: 3ª série (particular)  
 Posição familiar: é a filha mais nova numa prole de dois

De acordo com os desenhos e a Figura 3 (abaixo), os resultados indicam que a pessoa bonita é representada pela pessoa magra e a pessoa feia é representada pelo excesso de peso. Tal representação ocorre a partir dos 12 anos nos meninos e a partir dos 8 anos nas meninas.



**Figura 3 - Diferenças corporais nas representações da pessoa bonita e feia**

Ainda de acordo com a figura 3, das 26 meninas, apenas 3 estão abaixo dos 8 anos. Dos 15 meninos, apenas 6 estão abaixo dos 12 anos. Os desenhos que não representaram tais

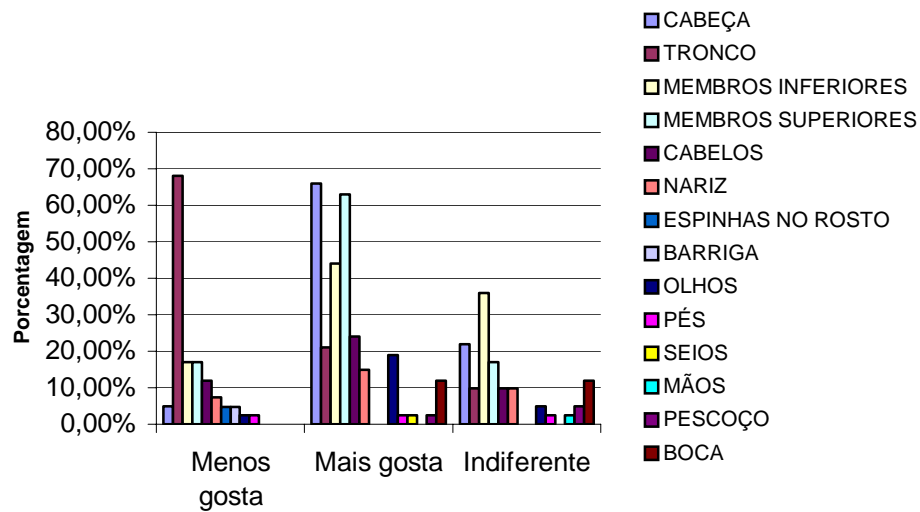
diferenças corporais, 7 meninas tinham idades acima dos 8 anos e apenas 1 menino acima de 12 anos. Algumas crianças representaram o inverso, isto é, representaram pessoa feia como magra e a pessoa bonita como gorda.

No que diz respeito ao sexo dos desenhos, 7 meninos desenharam ambas as pessoas, bonita e feia, do sexo masculino e 1 desenhou do sexo feminino. Já as meninas, 16 delas representaram ambos os desenhos do sexo feminino. Quando o sexo é diferente ocorre um fato interessante, 6 meninos e 10 meninas representam as pessoas bonitas do sexo feminino e as pessoas feias do sexo masculino, ou seja, para ambos os participantes, sempre a pessoa bonita é do sexo feminino e a pessoa feia do sexo masculino.

Em relação aos bonecos feitos com massa de modelar, os quais deveriam expressar as partes do corpo que gostam, as que não gostam e as partes que lhes são indiferentes, foram categorizados e as categorias, mais gosta, menos gosta e é indiferente foram descritas na Tabela 1 e representadas na Figura 4.

**Tabela 1 – Categorização dos bonecos**

MENOS GOSTA	Nº	MAIS GOSTA	Nº	INDIFERENTE	Nº
CABEÇA	02	CABEÇA	27	CABEÇA	09
TRONCO	28	TRONCO	09	TRONCO	04
MEMBROS	07	MEMBROS	18	MEMBROS	15
INFERIORES	07	INFERIORES	26	INFERIORES	07
MEMBROS	05	MEMBROS	10	MEMBROS	04
SUPERIORES	03	SUPERIORES	01	SUPERIORES	01
CABELOS	02	CABELOS	08	CABELOS	05
NARIZ	02	SEIOS	06	MÃOS	04
ESPINHAS NO	01	OLHOS	05	BOCA	02
ROSTO	01	NARIZ	01	NARIZ	01
BARRIGA		BOCA	01	OLHOS	02
OLHOS		PESCOÇO		PÉS	
PÉS		PÉS		PESCOÇO	

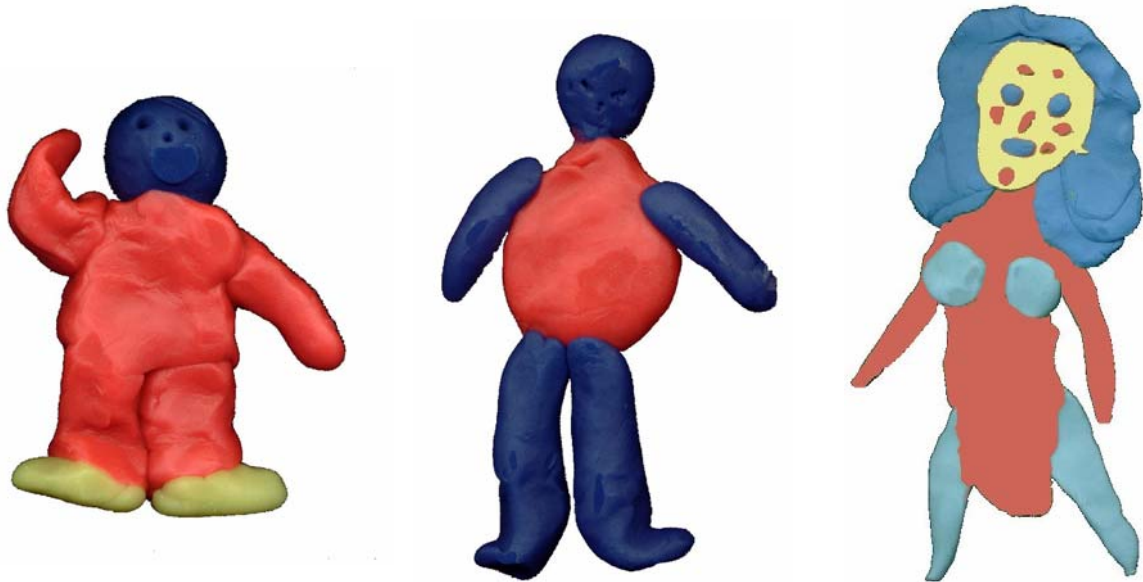


**Figura 4 - Categorias extraídas dos bonecos em massa de modelar**

Na Figura 4, o gráfico mostra que 68% das crianças não gostam do seu tronco, sendo que pelo menos 2 das crianças mencionaram especificamente a barriga. Foi mencionado que espinhas no rosto como algo não desejado. A parte escolhida como preferida por 66% das crianças é a cabeça e a segunda preferência relatada consiste dos membros superiores (63%). Estes resultados sugerem que as crianças da amostra podem ter baixo nível de auto-estima, já que muitos demonstraram descontentamento com a parte mais representativa do corpo, que é o tronco.

Serão apresentados alguns bonecos mais significativos para melhor visualização e uma posterior discussão. Os três primeiros bonecos são respectivos das crianças que fizeram os desenhos apresentados acima. Assim como nos desenhos, o tamanho original dos bonecos foram alterados.





### Discussão da pesquisa

Tendo como base às análises dos procedimentos, os resultados demonstraram que existem causas psicológicas na obesidade infantil, bem como aspectos psicológicos que estão presentes como conseqüência da mesma. Encontrou-se uma correspondência com os estudos de Pizzinato (1992) e Fisberg (1995), onde estes afirmam que a obesidade infantil é uma doença de conseqüências graves que se instala em múltiplos órgãos, acarretando inúmeros prejuízos, tanto físicos como psíquicos.

Neste estudo, foi observado que as condições sócio-afetivas da criança, acarretam comportamentos que se tornam mais relevantes para fins prognósticos do que os fatores físicos, pois nenhum caso de obesidade desta amostra, aparentemente, não tem como causa distúrbios glandulares, endócrinos ou hipotalâmicos. O que foi relatado nas entrevistas com a família, parece que na grande maioria a causa advém de comprometimentos emocionais, tais como as dificuldades de se adaptarem as dinâmicas familiares (nascimento de um irmão, separação dos pais, mudança de estado ou cidade), e a ansiedade. E fatores ambientais e sociais como, a alimentação desregrada e o sedentarismo.

Em relação a tais dificuldades sócio-afetivas parece que a ansiedade é uma causa importante, pois ela é descrita em boa parte da amostra e sem dúvida o seu controle é de fundamental relevância para um bom resultado nutricional e psicológico. No que diz respeito à dinâmica familiar foi encontrado muitas crianças de classe baixa, com dificuldades financeiras, pais separados, ciúmes ao nascimento dos irmãos, além do que, muitas das famílias desta amostra relatam inúmeras experiências de vida, as quais apresentam conflitos familiares, sociais e afetivos, que são citados como fatores desencadeantes da obesidade ou do sobrepeso da criança. Este resultado corrobora com os achados de Fricker *et al* (2001);



Fisberg (1995); Pizzinatto (1992) e Senise (1970). Algumas das crianças desta pesquisa parecem ter como causa da obesidade a combinação de vários fatores: genéticos; nutricionais; inatividade física e em poucos participantes usos de drogas, tais como, cortisol, vitaminas e soros fisiológicos.

As principais causas da obesidade relatadas nas entrevistas foram à inatividade física e a superalimentação. No que diz respeito à inatividade física, os relatos confirmaram que o sedentarismo se faz presente em grande parte da amostra, sendo poucas as crianças que fazem exercícios efetivos. A superalimentação foi constatada através de relatos que as crianças comem com o consentimento ou pelo estímulo dos pais.

Além deste fato e do sedentarismo já citado, quase todas as crianças desta amostra passam horas assistindo televisão e na maioria das vezes, petiscam enquanto assistem. Além da televisão contribuir para aumentar o risco de obesidade por desviar a criança das atividades físicas, induzem à ingestão de alimentos altamente calóricos, já que o número de comerciais que anunciam doces, balas, chocolates e outros alimentos de conteúdo energético são muitos.

As conseqüências da obesidade são inúmeras: diabetes, hipertensão, elevação dos níveis de colesterol e triglicérides, maior produção de insulina distúrbios cardiovasculares alterações ortopédicas, dermatológicas e respiratórias, problemas psicossociais, a não aceitação social, com conseqüente isolamento social, e baixo nível auto-estima. Na maioria da amostra as crianças não estão satisfeitos com seus corpos, portanto, supõe-se baixa auto-estima como conseqüência do sobrepeso.

Em geral a família da criança é obesa ou já possui antecedentes familiares obesos o que contribui para um outro padrão e a criança é melhor aceita. Quando isso não ocorre, ou seja, ela não é bem aceita pela família, além da criança ser hostilizada dentro de casa, o é também fora dela. Como visto nos resultados, as maiores críticas vêm dos amigos e em segundo lugar dos próprios parentes, mas as críticas dos colegas possuem um peso maior do que as vindas da família. Entretanto, as críticas que sofrem as crianças e os obesos em geral, não partem apenas da família e dos colegas, mas também da sociedade e da mídia.

As famílias acreditam que o ser gordo pode também significar falta de controle de impulsos, preguiça, desleixo e relacionam com baixos níveis de auto-estima. A transmissão destes conceitos, até mesmo por parte da família é um fator de sofrimento para as crianças. Além disso, as famílias consideram que a gordura é sinônimo de feiúra. Porém, até certa idade o ser gordo é admirado pela família. Portanto, de acordo com os desenhos das crianças, o conceito de beleza é inexistente para as meninas abaixo dos nove e oito anos, e para os meninos, abaixo dos doze anos. Os meninos não se incomodam tanto no que diz respeito ao

conceito de beleza predominante na cultura e seus desenhos não retratam a obesidade da mesma forma que as meninas.

Ainda de acordo com o conceito de beleza, os relatos nos indicam que as famílias só buscaram tratamento nutricional porque seus filhos estavam bem acima do peso, isto é, a primeira visão que se tem da obesidade é a feiúra (externo) e não as complicações de saúde dela decorrentes (interno). As famílias verificaram que estes quilos a mais estavam prejudicando a criança em algum momento, principalmente, em relação à auto-estima e a interação. Entretanto, das poucas crianças que foram inseridos num tratamento nutricional, menos ainda, aderiram ao mesmo.

#### Conclusão da pesquisa

Verifica-se que as pessoas são programadas para absorver calorias adicionais e as armazenar em forma de gordura. O que se pode concluir, que corresponde com outros estudos, é que no mundo de hoje, em que todos estão cercados por alimentos super calóricos, essa qualidade de proteger o organismo de situações inesperadas, torna-se um desafio. É preciso prevenir a obesidade para o desenvolvimento saudável da criança. Deixá-la chegar à vida adulta com excesso de gordura no corpo é aumentar enormemente os riscos de várias doenças associadas, bem como travar uma luta constante e dolorida contra o excesso de peso e as complicações psicológicas que ela acarreta.

O objetivo deste estudo foi o de verificar as causas e conseqüências psicológicas da obesidade. Foi demonstrado, por meio dos relatos tanto dos pais quanto dos professores, que a ansiedade e tristeza são características relacionadas a obesidade. Entretanto, em estudos futuros, estes relatos devem ser confirmados pela aplicação de escalas de ansiedade e de depressão nas crianças, para a verificação da genuinidade de tais relatos.

## **9. Estudo e autores que não consideram a correlação entre aspectos psicológicos como causa e consequência da obesidade infantil**

### Apresentação e objetivos da pesquisa

Esta pesquisa realizada por Cataneo, Carvalho & Galindo (2003), investigou características psicológicas como *locus* de controle, auto-conceito, ansiedade, maturação cognitiva e emocional, além de desajustes comportamentais em crianças obesas e não obesas. Os resultados demonstraram que não há relação significativa entre os dois grupos estudados e as características psicológicas. Os pesquisadores focalizaram a criança a partir dela mesma, bem como de informações de quem convive diretamente com ela, como os pais e professores.

### Participantes da pesquisa

Os dois grupos foram assim distribuídos: 27 crianças obesas, sendo 14 meninas e 13 meninos, com idades entre 10 e 12 anos (percentil acima de 85), alunos do ensino fundamental (4<sup>a</sup> a 7<sup>a</sup> série) da rede pública de Ribeirão Preto. O critério de escolha, além do percentil, indicativo de obesidade, era que tais crianças não apresentassem problemas orgânicos ou de desenvolvimento. O grupo de não obesos (percentis 5 a 85) foi composto também por 27 crianças, sendo 15 meninas e 12 meninos, alunos da 4<sup>a</sup> a 7<sup>a</sup> séries e de mesma idade do grupo de obesos. Os pesquisadores não citam se o grupo de não obesos são alunos da rede pública ou particular de ensino.

### Procedimento da pesquisa

Os pesquisadores aplicaram coletivamente 4 instrumentos em 3 sessões com duração de 40 minutos. Na primeira sessão foi aplicado o DFH, com padronização proposta por Hutz & Antoniazzi (1995), com base no esquema de Koppitz (1968). A instrução era que os participantes desenhassem uma pessoa inteira. Após, numa nova folha, era pedido que desenhassem uma pessoa do sexo oposto a do primeiro desenho, sendo somente analisado o desenho do mesmo sexo da criança que desenhou.

Na segunda sessão foram aplicados a Escala de Auto-conceito para crianças e a Escala de Ansiedade. A primeira escala foi construída por *Piers-Harris (1984)*: “O que penso e sinto sobre mim mesmo”, traduzida e adaptada por Jacob & Loureiro (1999). A Escala contém frases que devem ser assinaladas de forma objetiva (sim ou não) e não possui padronização para o Brasil. A Escala de Ansiedade (*RCMAS*), desenvolvida por Reynolds & Richmond (1978) e padronizado por Gorayeb (1994), cujo nome intitula-se “O que penso e Sinto”, mede a ansiedade como traço de personalidade em crianças, baseado em respostas de sim ou não em relação a 28 frases que compõe a escala.

Posteriormente, foi aplicada a Escala de *Locus* de Controle, composta por 24 itens de múltipla escolha que abarcam situações de fracassos e sucessos onde o participante deve atribuir para si ou para os outros tais situações. Embora a pesquisadora principal fosse enfermeira, houve um acompanhamento, aplicação e análise dos instrumentos por uma psicóloga. Em relação ao instrumento destinado aos pais ou responsáveis pelas crianças, foi aplicado a Escala Comportamental de Rutter A2, traduzida, adaptada e padronizada por Graminha (1994).

#### Resultados da pesquisa

Os pesquisadores optaram pelo teste não-paramétrico para comparar os dois grupos: o Teste U de Mann-Whitney, por consideraram que as variáveis estudadas têm nível de mensuração ordinal.

*Locus* de controle: A comparação dos dois grupos mostrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre eles ( $p=0,391$ ), estando os participantes de ambos os grupos compatíveis com a média.

Auto conceito: A comparação do 2 grupos demonstrou que não há diferenças significativas entre eles no escore total ( $p=0,703$ ), na aparência física e atributos ( $p=0,814$ ), na popularidade ( $p=0,391$ ), na felicidade e satisfação ( $p=0,550$ ), no comportamento ( $p=0,567$ ), e no *status* intelectual ( $p=0,576$ ).

Ansiedade: A comparação dos 2 grupos mostrou que não há diferenças estatisticamente significantes entre eles ( $p=0,986$ ), estando a maior parte situados dentro dos valores médios.

Desenho da Figura Humana: A comparação dos 2 grupos mostrou que não há diferenças estatisticamente significantes entre eles em relação aos índices de maturidade mental ( $p=0,348$ ) e indicadores emocionais ( $p=0,410$ ). Comparativamente aos percentis das normas de padronização do Teste do DFH, também estando os participantes na média.

Escala comportamental de Rutter: A comparação dos 2 grupos mostrou que não há diferenças estatisticamente significantes entre eles em relação ao escore total ( $p=0,755$ ), ao escore na sub-escala de saúde ( $p=0,164$ ), ao escore na sub-escala de hábito ( $p=0,270$ ), e ao escore na sub-escala de comportamento ( $p=0,688$ ).

#### Discussão da pesquisa

De acordo com esta pesquisa e com achados de outros autores como Gormanous & Lowe (1975); Carvalho & colaboradores (2001), *apud* Cataneo, Carvalho & Galindo (2003), não foi verificado diferenças entre crianças obesas e não obesas em relação à externalidade ou internalidade apontada pela variável *Locus* de controle.

Da mesma forma, não houve diferenças na avaliação do auto-conceito. Os pesquisadores admitiram esperar por diferenças entre os dois grupos, uma vez que estudos anteriores de Braet & colaboradores (1997), *apud* Cataneo, Carvalho & Galindo (2003), encontraram tal diferença. Embora o instrumento não fosse o mesmo, ambos eram bem parecidos. Cataneo, Carvalho & Galindo (2003) levantam a hipótese, para responder a divergência nos resultados, no critério de inclusão dos participantes nas categorias obesos e não obesos (percentil do IMC). Outra hipótese que pode ser considerada é que ser obeso pode não ser um fator que interfira no auto-conceito global e nem na percepção da aparência física das crianças no momento que foi realizada a presente pesquisa.

Os pesquisadores afirmam que deveria haver mais estudos enfatizando o auto-conceito, uma vez que este instrumento abarca os atributos físicos, *status* intelectual, comportamento, felicidade e satisfação. Tal crítica surge dos resultados divergentes da pesquisa em questão que demonstraram que pessoas obesas não apreciam seus corpos ou distorcem a percepção sobre eles ou ainda que apresentam sentimento de menos valia (Candy & Fee, 1998; Venturini, 2000; Dechen, Cano & Ribeiro, 2000, *apud* Cataneo, Carvalho & Galindo, 2003).

Por outro lado, os pesquisadores citam o estudo de Galindo & colaboradores (2002) que investigaram 23 crianças adolescentes obesos com idades entre 10 e 13 anos. Ao se submeterem a Escala de Auto-Conceito de Piers Harris, e da Imagem Corporal, do *Eating Behavior and Body Image Test* –EBBIT (ou TCAIC, sigla da tradução), foi verificado que as crianças nem sempre apresentaram uma imagem negativa de seus corpos, embora a maior parte das crianças manifestassem sentimentos de insatisfação com seus corpos.

Os pesquisadores também não encontraram diferenças em ambos os grupos em se tratando de ansiedade. Tal estudo é corroborado pelos achados de Carvalho *et al* (2001). No entanto, foi verificado pelas informações dos responsáveis pelas crianças que as mesmas eram ansiosas e que por isso comiam em demasia. Os pesquisadores afirmam que essa fala pode está relacionada com o fato das crianças preencherem seu tempo comendo, principalmente em frente a TV, além de outras variáveis como a predisposição genética e os estímulos aos produtos alimentícios anunciados na TV.

Por fim, não houve diferenças também em relação ao DFH nas amostras estudadas, bem como da avaliação comportamental feita pelos pais das crianças, diferentemente dos trabalhos de Azevedo (1996); Braet & colaboradores (1997), *apud* Cataneo, Carvalho & Galindo (2003).

### Conclusão da pesquisa

Com base nos resultados, os pesquisadores concluem que não há problemas emocionais em crianças obesas que justifique uma assistência psicológica de maneira generalizada. Isto quer dizer que os pesquisadores colocam em xeque a crença que ser gordo não necessariamente traz prejuízos psicológicos. De acordo os autores da pesquisa, os pais se escudam na idéia de que o excesso de peso é decorrente de problemas emocionais, diante da incapacidade dos mesmos em administrarem uma alimentação saudável para seus filhos.

Os próprios pesquisadores apontam limites na pesquisa que devem ser ressaltados, como o tamanho da amostra, a escolha dos participantes que não foi aleatória, o critério para inclusão na categoria obesidade, uma vez que não foram consideradas as medidas de pregas tricípital e subescapular e ainda os fatores relacionados à maturação sexual.

Os pesquisadores finalizam enfatizando o cuidado que se deve ter com generalizações em relação ao perfil do obeso e os traços de personalidade. Todavia, os pesquisadores reconhecem que alguns indivíduos apresentam sofrimento por conta da obesidade, mas que os profissionais da psicologia deve ter atenção e criar condições para promover a mudança de hábitos alimentares. “Esta não é uma tarefa simples que se impõe ao profissional. Cumpre buscar entender que fatores individuais, além dos ambientais, promovem esta mudança” (Cataneo, Carvalho & Galindo, 2003).

## **10. Estudos e autores que consideram os aspectos psicológicos como causa da obesidade**

Conforme estudo realizado por Andrade (1995), *apud* Cataneo, Carvalho & Galindo (2003), em um ambulatório de obesidade infantil da Universidade Federal de São Paulo foi constatado, numa amostra de 134 crianças, que cerca de 76,8% das crianças apresentavam razões emocionais associadas à causa e desenvolvimento da obesidade. No entanto, os autores não citam quais foram os critérios para tais constatações.

A obesidade também pode ser desencadeada, conforme Fricker *et al* (2001), devido a alguns acontecimentos na vida da criança como: uma mudança de casa, uma separação dos pais, o nascimento de um irmãozinho ou irmãzinha, o falecimento de um membro da família, etc. A alimentação pode, neste caso, ser um reconforto a tais acontecimentos. Por outro lado, a tristeza pode conduzir a um desinteresse pelos jogos ativos, o que também favorece o aparecimento da obesidade.

Neste sentido, Oliveira & Fisberg (2003), ressaltam que são vários os fatores para o desencadeamento da obesidade (genéticos, fisiológicos e metabólicos...), porém, dentre eles, o responsável pelo o grande número de crianças obesas parece estar relacionado às mudanças no estilo de vida e aos hábitos alimentares considerados inadequados.

Oliveira *et al* (2003), encontrou em seus estudos distúrbios alimentares que foram gerados por condições psicológicas como, sensação de angústia, de ansiedade, de depressão e de desprazer, os quais alteraram o comportamento alimentar da criança. Para esta autora, o ato de alimentar-se acompanha a condição emocional da criança.

## **11. Estudos e autores que consideram os aspectos psicológicos como consequência da obesidade**

Muitas das consequências psicológicas da obesidade são decorrentes do preconceito e da discriminação social. Estudos anteriores (Wadden & Stunkard, 1985, *apud* Costa & Biaggio, 1998), via-se distúrbios emocionais como causas da obesidade, mas estudos recentes sugerem que estes distúrbios parecem mais ser consequências desta, sendo que o prejuízo social, a discriminação direcionada aos obesos e os efeitos de se submeter a dietas seriam as principais causas destes distúrbios.

O obeso é objeto de grave discriminação nas sociedades consumistas. Segundo Krause & Mahan (1998) curiosamente, eles são punidos em uma sociedade que encoraja em demasia a alimentação. Tendências da moda e oportunidades de emprego, por exemplo, discriminam o obeso. Segundo pesquisas, os empregadores preferem contratar funcionários com deficiência física a contratar obesos (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Cabe ressaltar, e que está estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, que o sobrepeso ou obesidade precoce pode gerar problemas sociais e econômicos posteriores. De acordo com um estudo realizado nos Estados Unidos, descrito pela OMS (2004), os resultados demonstraram que mulheres com sobrepeso durante a adolescência e início da idade adulta tendiam a ter menores rendas familiares, maiores taxas de pobreza e menos taxas de casamento do que as mulheres com incapacidades físicas crônicas também durante a adolescência.

Assim, Krause & Mahan (1998) acredita que os obesos por tudo isso aprendem respostas sociais autodefensivas e autodegradantes. A pessoa obesa acredita que a gordura é repugnante, o que favorece a sua entrada num círculo vicioso de baixa auto-estima, insegurança, depressão, superalimentação para o consolo, aumento de peso e rejeição social.

Barlow (1999), fala da injusta cobrança da sociedade, uma vez que alcançar o “corpo perfeito” representa controle de impulsos, adiamento da gratificação, preocupação com a própria aparência e outras qualidades pessoais. Segundo o autor, não alcançar o corpo perfeito para aquelas pessoas que já tem baixa auto-estima e tendência a sintomas de depressão, significa que ela é preguiçosa e incapaz, o que desencadeia inevitavelmente muita dor e sofrimento.

Neste sentido, conforme estudo da Organização Mundial da Saúde (2004), verificou-se que a sociedade tem preconceito a respeito da personalidade do obeso, pois se supõe que a obesidade indica defeito de caráter. Grande parte da população pensa assim, inclusive



profissionais da área da saúde que deveriam fornecer apoio, mas que na prática clínica mostram-se inclinados a atitudes negativas. Segundos tais profissionais da saúde, os obesos têm pouca força de vontade e menos chances de se beneficiar dos aconselhamentos. Estudos apontados pela OMS demonstraram que mesmo crianças, desde cedo, apreendem tais preconceitos. Os pequenos de seis anos de idade descrevem os obesos como preguiçosos, sujos e mentirosos.

Verifica-se desta forma, diante do já exposto, que a auto-imagem do obeso está baseada apenas no seu peso (Stunkard & Wadden, 1992, *apud* Costa & Biaggio, 1998). Estudos (Cormillot, 1977, *apud* Costa & Biaggio, 1998) verificaram que problemas com a imagem corporal ocorrem, principalmente, em indivíduos que se tornaram obesos durante a infância ou adolescência.

O obeso, em que idade for, já sofre com todas as suas limitações recheadas de preconceitos. As crianças sofrem muito mais que os adultos, pois ainda não sabem agir diante das críticas destrutivas e degradantes, em forma de apelidos. Neste sentido, temos as considerações de Fisberg (1995), para este autor, a criança obesa sofre muito com o preconceito e, conseqüentemente adquire baixa auto-estima, que pode ficar comprometida pelos apelidos impostos: “batatinha”, “bolo fofo”, “baleia assassina” e outros mais. Estes aspectos mantêm as crianças obesas emocionalmente regredidas, o que na opinião deste autor, acarretaria não permitir que estas crianças possam lidar com suas experiências de forma mais simbólica do que somente corporal.

Fisberg (1995), ainda acrescenta que algumas crianças se consideram infelizes com a sua corpulência. Quando são rejeitadas pelos colegas, elas agem de maneira agressiva, sendo que tais atitudes fazem com elas sejam ainda mais hostilizadas. Outras crianças por esta razão se isolam em atividades solitárias, nutrindo na realidade o sentimento de muita fragilidade afetiva.

Neste sentido, em decorrência do que já foi explanado, Campos (1993), encontrou as seguintes características psicológicas em crianças como conseqüência da obesidade: elas são regredidas e infantilizadas; possuem sérias dificuldades em lidar com as experiências de forma mais simbólica; sentem dificuldades em adiar suas satisfações; além de prejuízos nas interações sociais; na sexualidade; problemas de baixa auto-estima; e dependência materna. Este autor ainda aponta que indivíduos apresentando obesidade primária (exógena), têm como conseqüência, além do excesso de alimentação e do sedentarismo, dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

Dentre estas características psicológicas, Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos (2005) ressaltam que para avaliar a depressão infantil (07 a 17 anos) são utilizados, entre outros instrumentos o Inventário de Depressão Infantil (*Children's Depression Inventory - CDI*), constituído por uma escala que detecta sintomas depressivos como tristeza, perda de interesse, choro freqüente, desesperança, culpa, baixa auto-estima..., além de avaliar sinais cognitivos, afetivos e comportamentais. Por meio deste instrumento, Csabi, Tenyi & Molnar (2000), *apud* Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos (2005), realizaram um estudo para avaliar sintomas depressivos em 30 crianças obesas em tratamento ambulatorial comparadas com um grupo de 30 crianças não obesas. Os resultados demonstraram uma incidência maior de sintomas depressivos em crianças obesas.

Outro estudo que aponta tal correlação, em pré-adolescentes de 4 a 8 anos com percentil 85, foi realizado em escolas no norte da Califórnia. Os resultados não foram diferentes dos encontrados pelos autores do parágrafo anterior. Foi constatado um aumento significativo da freqüência de sintomas depressivos, especialmente entre as meninas, o que pode supor a preocupação das garotas com o excesso de peso (Erickson, Robinson, Haydel & Killen, 2000, *apud* Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos, 2005). De acordo com o estudo de Bicalho & Ramalho (2003), as meninas sentem incômodo mais intenso do que os meninos, em se tratando do excesso de peso.

A depressão muitas vezes vem em conjunto com outro aspecto psicológico como a ansiedade. Foi constatado por Kahtalian (1992), *apud* Cataneo, Carvalho & Galindo (2003) que comer funciona como tranqüilizador para cessar momentaneamente a ansiedade e a angústia do corpo, bem como para obeso lidar com as frustrações e as limitações impostas.

Neste sentido, segundo um estudo realizado numa clínica infantil, foi observado que 15% de crianças, encaminhadas para tratamento da ansiedade, quando realmente avaliadas foi constatado diagnóstico de depressão maior com sintomas secundários de ansiedade (Flaherty, Channon, & Davis, 1990; Kovacs *et al.*, 1989; Last, Strauss & Francis, 1987), todos citados em Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos (2005).

Conforme já discutido, os obesos têm como consequência, quase que inevitavelmente, sofrimentos decorrentes das discriminações e estigmatizações sociais, o que no mínimo influencia negativamente na sua qualidade de vida como comprar roupa e ir ao cinema (Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos, 2005). No que diz respeito as crianças, elas são preteridas numa fase em que é importante o grupo social de identificação. Por tudo isso, os autores ressaltam a relevância de mais estudos com o objetivo de elucidar aspectos relativos ao funcionamento psicológico.

### III – DISCUSSÃO

Ao se fazer análise da literatura, essa monografia corrobora com Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos (2005), os quais afirmam existir uma forte correlação entre fatores psicológicos e obesidade. A depressão, ansiedade e déficits de competência social são os mais encontrados nessa relação considerada tão complexa.

Autores como Damiani, Carvalho & Oliveira (2000), observaram em seus estudos características psicológicas tais como a depressão, ansiedade e dificuldade de ajustamento social em obesos, independente de a obesidade ser primária ou secundária. Esses autores atuam neste momento tentando demonstrar se são causa ou consequência da obesidade.

Também seguindo a mesma direção, autores (Carpenter, Hasin, & Allison, 2000, *apud* Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos, 2005), percebem em suas observações clínicas, as quais tem recebido suporte epidemiológico, a existência da correlação entre obesidade e problemas psicológicos e psiquiátricos.

Curatolo & Friedrich (2000), *apud* Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos (2005), partem do pressuposto que sentimentos de tristeza, irritabilidade e agressividade, dependendo da intensidade e frequência, podem ser indícios de quadros depressivos em crianças. Mudanças repentinas e drásticas de comportamentos na vida das crianças, que não são justificadas por fatores estressantes, são indicativos relevantes para justificar um diagnóstico de transtorno depressivo. Tal diagnóstico é de fundamental importância para o direcionamento do tratamento, já que os sintomas depressivos podem interferir na qualidade de vida da criança, prejudicando o rendimento escolar, bem como o relacionamento familiar e social.

Bicalho & Ramalho (2003), encontraram uma correlação entre estes aspectos psicológicos e obesidade. No entanto, tal conclusão é limitada, pois a pesquisa teve um caráter restrito e transversal. Ademais, os dados colhidos foram baseados nas informações dos pais e professores, o que pode realmente trazer distorções, uma vez que as categorias não foram operacionalizadas, isto é, para os pais, por exemplo, a ansiedade pode ser representada pelo comportamento do filho em petiscar somente enquanto assiste TV.

Outros limites que devem ser apontados e que não foram diferentes dos limites ressaltados pelo estudo, que diz o oposto, de Cataneo, Carvalho & Galindo (2003) ao de Bicalho & Ramalho (2003) são o tamanho da amostra, o critério para inclusão na categoria obesidade (medidas de pregas tricípital e subescapular) e ainda os fatores relacionados à

maturação sexual. No entanto, verifica-se que a amostra do segundo estudo foi aleatória, em várias regiões do Distrito Federal, diferentemente do primeiro estudo.

Bicalho & Ramalho (2003), levaram em especial consideração os desenhos e bonecos construídos por massa de modelar feitos pelas crianças. Isto porque as instruções foram dadas sem o menor viés de sugestão. As crianças puderem se expressar tal como a sua percepção. E o que foi observado são crianças insatisfeitas e inseguras com a sua situação, acarretando baixa auto-estima. Esse dado foi muito claro, já que crianças abaixo dos oito anos de idade para meninas e doze anos para meninos não apresentaram tal incômodo. As autoras lançam a hipótese, baseada nos dados da pesquisa, que o ser gordo é admirado pela família até as idades acima citadas. A partir daí, a gordura é sinônimo de feiúra.

Conhecer as demandas, partindo do referencial de quem sofre, que neste caso são as crianças, constituem para as autoras (Bicalho & Ramalho, 2003) de maior importância no que tange a assistência e ao tratamento clínico. Neste sentido, cabe ressaltar que nesta pesquisa, grande parte das mães relatou que o problema de seus filhos não era nutricional e sim psicológico. Mas as dificuldades em se conseguir tratamento psicológico é um fator de desistência por parte das famílias que optavam pelo tratamento nutricional como solução para a obesidade.

Diferentemente, Cataneo, Carvalho & Galindo (2003), afirma que não há problemas emocionais em crianças obesas que justifique uma assistência psicológica. De acordo com Cataneo, Carvalho & Galindo (2003), os pais se escudam na idéia de que o excesso de peso é decorrente de problemas emocionais, diante da incapacidade dos mesmos em administrarem uma alimentação saudável para seus filhos. De fato não reconhecer o real motivo da obesidade – se é psicológico ou incapacidade dos pais – somente dificulta qualquer mudança proposta.

Cataneo, Carvalho & Galindo (2003), ressaltam ainda o cuidado que se deve ter com generalizações em relação ao perfil do obeso e os traços de personalidade. Todavia, para Marchesini (2005) o perfil psicológico retrata apenas uma parcela do indivíduo, isto quer dizer que falar em aspectos psicológicos de uma dada doença não é afirmar ou estabelecer um perfil psicológico.

Corroborando com os achados de Cataneo, Carvalho & Galindo (2003), o psiquiatra José Carlos Appolinário, Doutor em Psiquiatria pela UFRJ, *apud* Marchesini (2005), afirma, baseado em estudos comparados, que os obesos não apresentam problemas emocionais graves como determinantes da obesidade. Este psiquiatra aponta que não existem diferenças significativas entre obesos e não obesos em se tratando de morbidades psiquiátricas.

Em outra perspectiva, porém, Marchesini (2005) pergunta por que os obesos enchem seus corpos exageradamente a ponto de aumentá-lo em dimensões inimagináveis? Ela continua a pergunta: não haveria neste caso um vazio de outra ordem que explicasse tal comportamento? Para tentar responder sua própria indagação a autora cita as palavras de Jung, quando este faz considerações a respeito da psicossomática:

*Um funcionamento inadequado da psique pode causar tremendos prejuízos ao corpo, da mesma forma que, inversamente um sofrimento corporal pode afetar a psique, pois a psique e o corpo não estão separados, mas animados por uma mesma vida. Assim sendo, é rara a doença corporal que não revele complicações psíquicas, mesmo quando não seja psiquicamente causada (Jung apud Marchesini, 2005).*

Vários autores, independente de considerarem os aspectos psicológicos como causa ou consequência, (Dâmaso, 1993, *apud* Fisberg, 1995; Costa & Biaggio, 1998; Pizzinatto, 1992) mencionam a etiologia multifatorial da obesidade. Eles acreditam que a mesma pode se constituir em produto da vulnerabilidade genética e de condições ambientais. Dentre as condições ambientais, estes autores têm aludido os hábitos alimentares errôneos, o estilo de vida familiar, a condição sócio-econômica, alguns fatores psicológicos e culturais. No que dizem respeito aos fatores genéticos, eles tem apontado a etnia, condições genéticas individuais e familiares.

Os fatores culturais, conforme Costa & Biaggio (1998) e Pizzinatto (1992) têm constituído o significado da obesidade ao longo da História da Humanidade como inerente a distintas qualificações e interpretações psicossociais, de acordo com as regiões, período histórico das civilizações, culturas diversas e suas condições sócio-econômicas e antropoculturais.

Em uma análise para o futuro da humanidade, em se tratando da obesidade, Kottke, Lambert & Hoffman (2003), afirmam que os indivíduos que desenvolvem as doenças crônicas e inaptidões associados com a obesidade, experimentarão ansiedade e depressão. Todavia as consequências psicológicas negativas, para estes autores, se estenderão além, como a dependência por amigos e parentes para resolver seus próprios problemas. Neste sentido, o mínimo de consenso a que chegam todos os autores é que tal problemática não deve ser encarada levianamente

#### IV – CONCLUSÃO

As pesquisas referente a obesidade infanto juvenil apresenta um corpo significativo indicando causas múltiplas, conseqüências em vários aspectos e apontando intervenções clínicas. Porém foi constatado neste estudo, a partir da análise dos resultados das pesquisas realizadas sobre o tema, que existem muitos dados conflitantes em relação aos aspectos psicológicos e obesidade. Tais aspectos são apontados pelos autores mais como conseqüência da obesidade do que como causa. Ou seja, somente alguns estudos referem que características da personalidade ou problemas psicológicos, como insegurança, ansiedade e depressão levam a obesidade.

A literatura a respeito do estudo da depressão aponta que um dos sintomas da depressão infantil consiste no distúrbio alimentar, na anorexia e na obesidade, como os estudos de Ballone (2003) e Calderaro & Carvalho (2005). Poucos são estudos que afirmam não haver correlação entre comprometimento psicológico e obesidade, como o já mencionado anteriormente (Cataneo, Carvalho & Galindo, 2003), concluindo, portanto, que a obesidade é apenas uma questão da área médica.

Esses dados conflitantes demonstram mais uma vez a complexidade inerente a obesidade infanto juvenil. Estabelecer se os aspectos ou fatores psicológicos constituem causa ou conseqüência e ainda instituir quais poderiam ser considerados como causa e quais acarretariam conseqüências, torna-se uma tarefa complexa. O difícil entendimento, devido ao emprego de diversos objetivos e metodologias para o estudo da obesidade, favorece erros de interpretação quando se faz essa comparação entre o que é causa e conseqüência. Todavia, considerando o que aponta a literatura, principalmente da área médica, que a causa da obesidade pode ser sopesada como multifatorial. Além do que, por outro lado, a obesidade pode se constituir em sintoma de diversas patologias psicológicas.

Neste sentido, generalizar que todas as crianças e jovens obesos têm problemas psicológicos é arbitrário. O que se pode inferir é que a obesidade é uma doença de difícil compreensão e que necessita, portanto, de uma abordagem multidisciplinar. É válido destacar que independentemente da obesidade ter questões psicológicas como causa ou conseqüência, os estudos que tangem a este respeito devem ser intensificados. Ressalta-se, porém no que diz respeito ao campo da psicologia, é que se a obesidade intanto-juvenil compromete o desenvolvimento psicológico, a saúde psicológica, ou causa o sofrimento individual, a obesidade torna-se uma questão que merece ser estudada na perspectiva psicológica para uma intervenção efetiva. Conseqüentemente outros estudos devem ser realizados, buscando a

interface multifatorial das causas, além de procurar estabelecer quais as conseqüências psicológicas que podem advir da obesidade com a perspectiva de formular e promover uma intervenção psicológica eficaz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, G. J. (2002). Obesidade Infantil. Capturado em setembro de 2002 no site: <http://www.geocities.com/Broadway/Wing/4993/obesinf.htm>.
- ALBOM, M. (1997). *A Última Grande Lição: O Sentido da Vida*. Trad: Veiga, J. J. 4ª ed. Rio de Janeiro: GMT.
- ANNOVAZI, R. (2005). Índice de Massa Corporal. Capturado em maio de 2006 no site: <http://www.annovazzi.com>.
- BALLONE, G. J. (2003). Obesidade Infantil. Capturado em janeiro de 2003 no site: <http://www.psiqweb.med.br/infantil/obesid.html>.
- BALLONE, G. J. (2003). Depressão infantil. Capturado em maio de 2006 do site: <http://www.psiqweb.med.br/infantil/depinfantil.html>
- BARLOW, D. I. (1999). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Trad: Osório, M. R. B. Porto Alegre: Ed.artmed.
- BICALHO, R. N. M. & RAMALHO, C. M. (2003). Obesidade Infantil: Aspectos psicológicos envolvidos na causa e suas conseqüências. *Universitas Ciências da Saúde: Revista da Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília*. Vol.2, nº. 1 jan./jun. 2004.
- BURROWS, A. R. (2000). Childhood and Juvenil Obesity: Health and Quality Life Consequence. *Revista. Chil. Nutr.* 27 (sup 1): 141-8.
- CALDERARO, R. S. S. & CARVALHO, C. V. (2005). Depressão na infância: um estudo exploratório. *Psicol. estud.* Vol. 10 nº. 2 maio/ago (Maringá).
- CAMPOS, A. L. R. (1995). Aspectos Psicológicos da Obesidade. *Obesidade na Infância e Adolescência*. Org: Mauro Fisberg. São Paulo: BYK.
- CATANEO, C.; CARVALHO, A. M. P. & GALINDO, E. M. C. (2003). Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, *Lócus* de Controle e Ansiedade. *Psicol. Reflex. Crit.* Vol. 18 nº. 1 (Porto Alegre).
- CARVALHO, A. M. P.; BUGLIANI, M. A. P.; NETO, J. R. da C.; BORGES, C. D.; MARIANO, F. N.; BRANCALEONI, A. P. & GORAYEB, R. (2001). Maturidade Emocional, *Lócus* de Controle e Ansiedade em Pré-adolescentes Obesos. *Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação*, 11, 39-47.
- COSTA & BIAGGIO (1998). Aspectos Emocionais da Obesidade: Ansiedade e Raiva. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, vol. 50 nº. 3, pág. 30-33.



- COUTINHO, W. (1998). Obesidade: Conceitos e Classificação. Cap. 20. *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Org: Nunes, Maria Angélica e outros. Porto Alegre: Artmed.
- DAMIANI, D., CARVALHO, D. P., & OLIVEIRA, R. G. (2000). Obesidade na Infância – Um Grande Desafio. *Pediatria Moderna*, 36(8), 489-528.
- DICIONÁRIO MÉDICO ENCICLOPÉDICO TABER*. (2000). 17º edição. Trad: Fernando Gomes. Rio de Janeiro: Manole.
- DIETZ, W.H. & GORTMAKER, S.L. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 75: 807-12.
- FISBERG, M. (1995). Obesidade na Infância e na Adolescência. *Obesidade na Infância e Adolescência*. Org: Mauro Fisberg. São Paulo: Fundação BYK.
- FRICKER, J. *et al.* (2001). Guia da Alimentação das Crianças da Concepção à Adolescência. *Coleção: Medicina e Saúde*. Instituto Piaget.
- HAIM, G. (1999). *Crianças e Adolescentes Com Transtornos Psicológicos e do Desenvolvimento*. São Paulo: Ed. Atheneu.
- HIMES, J. H. & DIETZ, W. H. (1994). Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee. *Am. J. Clin. Nutr.*, 59: 307-16.
- LEÃO, L. S. C.; ARAÚJO, L. M. B.; MORAES, L. T. L. P. & ASSIS, A. M. (2003). Prevalência de Obesidade em Escolares de Salvador, Bahia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*. Vol.47 nº.2 abril (São Paulo).
- LEBOW, M. D. (1992). *Obesidad Infantil: Una Nueva Frontera de La Terapia Conductual*. Buenos Aires: Paidós.
- LUIZ, A. M. A. G.; GORAYEB, R.; LIBERATORE JÚNIOR, R. D. R. & DOMINGOS, N. A. M. (2005). Depressão, Ansiedade e Competência Social em Crianças Obesas. *Estudos de Psicologia*. Vol.10, nº.1 jan/abr (Natal).
- KO, M. (2002). A Spreading Crisis. *Report News Magazine* 4/1/2002, Vol. 29 Issue 7, p34.
- KOTTKE, T. E.; LAMBERT, A. & HOFFMAN, R. S. (2003). Economic and Psychological Implications of the Obesity Epidemic. *Mayo Clin. Proc.* Foundation for Medical and Research. Vol. 78 january. Pág. 92-94.
- KRAUSE, M.V & MAHAN, L. K. (1998). *Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. (Food, nutrition and dietterapy)* Trad: André Luís Montagnini et alii, 9ª edição, São Paulo: Livraria Roca.
- MARCHESINI, S. (2005). Aspectos Psicológicos da Obesidade Mórbida. Symbolon Artigos. Capturado em maio de 2006 no site: <http://www.symbolon.com.br/artigos/aspectospsico.htm>

- MENEZES, O. A. (1998). *Obesidade: Motivações Inconscientes*. São Paulo: Paulus.
- MORGAN, C. M.; YANOVSKI, S. Z; NGUYEN, T. T; MCDUFFIE, J; SEBRING, N. G; JORGE, M. R; KEIL, M. & YANOVSKI, J. A. (2002). Loss of Control Over Eating, Adiposity, and Psychopathology in Overweight Children. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 31 Issue 4, p430–442 may.
- OLIVEIRA, A. M. A.; CERQUEIRA, E. M. M.; SOUZA, J. S. & OLIVEIRA, A. C. (2003). Sobrepeso e Obesidade Infantil: Influência de Fatores Biológicos e Ambientais em Feira de Santana, BA. *Arq. Bras. Endocrinol Metab*. Vol. 47 n° 2 abril.
- OLIVIERA, C. L. & FISBERG, M. (2003). Obesidade na Infância e Adolescência – Uma Verdadeira Epidemia. *Arq. Bras. Endocrinol Metab*. Vol. 47 n° 2 abril.
- PIZZINATTO, V. T. (1992). *Obesidade Infantil: Processo Psicossomático Evolutivo*. São Paulo: Sarvier.
- RELATÓRIO DA CONSULTORIA DA OMS (2004)*. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. Trad: Andréa Favano. Revisão científica: Sérgio Setsuo Maeda. São Paulo: Roca.
- SANTOS, D. M. & SICHIERI, R. (2005). Índice de Massa Corporal e Indicadores Antropométricos de Adiposidade em Idosos. *Revista de Saúde Pública*. Vol.39 n°2 abril (São Paulo).
- SENISE, N. (1970). *Pare de Engordar: Obesidade um Problema Psicológico*. 2° ed. Rio de Janeiro: Record.
- SERRA, G. M. A. & SANTOS, E. M. (2003). Saúde e Mídia na Construção da Obesidade e do Corpo Perfeito. *Ciência saúde coletiva*. Vol. 8 n° 3 (Rio de Janeiro).
- VÁSQUES, F.; MARTINS, F. C. & AZEVEDO, A. P. (2004). Aspectos Psiquiátricos do Tratamento da Obesidade. *Revista de psiquiatria clínica*. Vol. 31 n°4. (São Paulo).
- VILLANACCI, R. (2005). Distorção da Imagem Corporal.Vol. 8. Mesa Redonda: Transtornos alimentares e aspectos cognitivos. *VI Encontro Brasileiro de Transtornos Alimentares (2005)*.
- TRICHES, R. M. & GIUGLIANI, E. R. J. (2005). Obesidade, Práticas Alimentares e Conhecimentos de Nutrição em Escolares. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 39 n°4 agosto (São Paulo).