



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Luana Valera Bombarda**

**OBESIDADE INFANTIL: Aspectos comportamentais,  
sintomas psicológicos e percepção corporal de mães e  
crianças**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Professora Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Co-orientadora: Professora Doutora Flávia Helena Pereira Padovani

**Botucatu  
2016**

**LUANA VALERA BOMBARDA**

**OBESIDADE INFANTIL: Aspectos comportamentais,  
sintomas psicológicos e percepção corporal de mães e  
crianças**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

**Co-Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Flávia Helena Pereira Padovani

**BOTUCATU  
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Bombarda, Luana Valera.

Obesidade infantil : aspectos comportamentais, sintomas psicológicos e percepção corporal de mães e crianças /  
Luana Valera Bombarda. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista  
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de  
Botucatu

Orientador: Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Coorientador: Flávia Helena Pereira Padovani

Capes: 40600009

1. Obesidade nas crianças. 2. Obesidade - Aspectos psicológicos. 3. Mães - Saúde mental. 4. Criança - Saúde mental. 5. Autopercepção.

Palavras-chave: Obesidade infantil; Percepção corporal; Saúde mental materna.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**LUANA VALERA BOMBARDA**

### **OBESIDADE INFANTIL: Aspectos comportamentais, sintomas psicológicos e percepção corporal de mães e crianças**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

APROVADA POR:

---

Profa. Dra. Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira (orientadora)  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

---

Profa. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

---

Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Botucatu  
2016

---

*Dedicatória e  
Agradecimentos*

---

*Dedico aos meus pais **Ronaldo** e **Neusa** e ao meu  
irmão **Marcel**, pelo amor que me mostraram a  
direção correta e o incentivo constante em meus  
sonhos!*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço a Deus pela minha vida, pela Sua presença constante mesmo nos momentos de tristeza e solidão. Agradeço ao Pai celeste por me amparar e por todo cuidado comigo. Também agradeço a presença de Nossa Senhora em minha vida, com seus inúmeros ensinamentos, por sentir o abraço de mãe e por todas as intercessões feita ao seu filho Jesus.*

*Em especial, meu agradecimento a Professora Ana Teresa, por todo ensinamento, paciência, dedicação e cuidado na arte do ensinar, por todo seu conhecimento, companheirismo e atenção comigo desde o aprimoramento e agora durante o mestrado. Obrigada por tudo o que me ensinou, obrigada por ter me ajudado diante das minhas dificuldades e acima de tudo pela dedicação. Tenho muito orgulho em ter você como orientadora e em trabalhar contigo.*

*É com muito carinho que agradeço a Professora Flávia Padovani pela co-orientação em meu trabalho de mestrado. Obrigada pela parceria, dedicação, amizade, risadas; obrigada por me escutar e por seu acolhimento. De modo especial quero agradecer todas as contribuições feitas durante meu trabalho, por ter sido uma excelente professora e por me aceitar para realizar o estágio docência em sua disciplina. Com certeza sua forma de ensinar me motivou.*

*Agradeço à Dra. Miriam pelo acolhimento durante minha fase da coleta de dados, por aceitar que eu realizasse o trabalho no Ambulatório de Obesidade Infantil. Por todo aprendizado e suas contribuições.*

*Às professoras Dra. Neneca e Cristiane Chilloff por aceitarem participar de minha banca e por toda colaboração em meu trabalho no exame de Qualificação que com certeza contribuiu valiosamente para esse trabalho que foi desenvolvido. Também agradeço ao Professor Dr. Jair que prontamente aceitou participar de minha defesa.*

*Agradeço aos meus pais Ronaldo e Neusa pelo cuidado, dedicação, por abrir mão de seus sonhos para que eu e meu irmão pudéssemos realizar os nossos. Por toda dificuldade enfrentada durante a nossa graduação, por serem exemplo de honestidade, amor e cuidado. Qualquer palavra se torna pequena quando é para agradecer a vocês. Amo vocês!!!*

*Ao meu irmão **Marcel** pelo carinho, amizade, cumplicidade desde quando eu nasci! Por me defender sempre; por toda ajuda com o inglês e por participar da minha vida!*

*Aos meus especiais amigos **Nayara, Laíla, Mirís, Emili e Junior** pela parceria desde a adolescência, pelas risadas que fazem doer a barriga, por aguentarem meus momentos de stress, por comemorarem junto comigo minhas vitórias e pelos momentos que eu não soube compreender a vida, vocês vieram compreender por mim. Obrigada!*

*Às amigas e irmãs **Eloísa e Layla** por tudo o que construímos com a nossa vida para Botucatu. Pela convivência diária e a família que formamos.*

*Aos meus avós **Jandira, José Valera, Aparecida e Olívio** (in memoriam) pelas orações em minhas viagens, pelo carinho envolvido e por participarem de minha vida!*

*Às minhas tias **Angela, Sueli e Silvana** pela amizade, carinho e por terem cuidado de mim como verdadeiras mães.*

*Aos amigos e parceiros profissionais **Gímol Perosa, Geni Gentil Gisele Merlin, Gabriela Calille, Leticia Negrísoli, Luciana Carnier, Paula Ranalli, Vanessa Paduan, Regina Calille, Renata Dalaqua, Vania Novelo, Cintia Oliveira, Juliana Marchette, Laura Keiko, Marcos Corse, Guilherme Lopes, Ana Claudia Zerbínatti, Júlia Paiva e Flávia Arantes** por me ensinarem a amar ainda mais a psicologia!*

*Aos amigos **Juliana, Peixe, Gabi Rosa, Miguel, Ronnie, Renan e Matheus** pela amizade de tantos anos, confiança e por incentivarem meu trabalho!*

*Com muita alegria agradeço as crianças e responsáveis por aceitarem participar do estudo. Sem eles esse trabalho não teria sido possível!*

*À **CAPES** pelo auxílio financeiro durante meu trabalho de pesquisa e por incentivar a pesquisa em nosso país!*

*O maior apetite do  
homem é desejar ser.  
Se os olhos vêem com  
amor o que não é, tem  
ser.  
(Manoel de Barros)*

*Resumo e Abstract*

---

---

## RESUMO

BOMBARDA, L.V. **Obesidade Infantil: Aspectos comportamentais, sintomas psicológicos e percepção corporal de mães e crianças.** 2016. Dissertação, Pós Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, UNESP. Botucatu, SP, Brasil, 2016.

**Introdução:** A obesidade infantil teve considerável aumento em sua prevalência nos últimos anos, acarretando prejuízos físicos, emocionais e sociais, caracterizando-se como um problema de saúde pública. Seu tratamento demanda ações e cuidados em todos os níveis da atenção à saúde, porém ainda são escassos os estudos que caracterizem as variáveis sociais e psicológicas presentes em crianças com diferentes graus de obesidade, estudos estes, que possam contribuir para o desenvolvimento de intervenções voltadas para este grave problema de saúde.

**Objetivos:** Caracterizar, em relação a parâmetros sociodemográficos, clínicos e psicológicos, uma amostra clínica de crianças obesas, classificadas como obesas e super obesas, em tratamento para obesidade em um serviço de referência, de um hospital universitário do interior do estado de São Paulo; comparar os aspectos sociodemográficos, clínicos e psicológicos em relação ao sexo da criança e à gravidade da obesidade e ainda caracterizar e comparar o estilo parental, a percepção corporal e saúde mental materna ou de outros responsáveis pela criança e estudar a associação dessas características com indicadores da gravidade da obesidade da criança. **Método:** Foi realizado um estudo observacional, de corte transversal, descritivo e analítico, que avaliou 77 crianças com diagnóstico de obesidade e seus responsáveis. Essas crianças foram provenientes do Ambulatório de Obesidade Infantil do HCFMB/Unesp. Foram aplicados aos responsáveis pela criança um formulário que investigou características sociodemográficas e clínicas da criança, o SDQ (Questionário de Capacidades e Dificuldades - *Strengths and Difficulties Questionnaire*) que visou rastrear a saúde mental da criança (características emocionais e comportamentais), o IEP (Inventário de Estilos Parentais) para avaliar práticas educativas, o IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) e o BDI (Inventário de Depressão de Beck) que medem, respectivamente, sintomas de ansiedade e de depressão do cuidador, e a Escala de Silhuetas, para avaliar a percepção corporal, a insatisfação corporal da crianças e de seus responsáveis em relação ao corpo da criança e ainda a percepção ideal das crianças e de seus responsáveis em relação às crianças da mesma idade do sujeito. Dados clínicos foram obtidos do prontuário médico das crianças (peso, altura, IMC, percentil, escore z, comorbidades e tempo de tratamento). A análise estatística foi efetuada pelo programa STATA 12.0, tendo sido efetuadas análises descritivas, frequências absolutas e porcentagens, médias e respectivos desvios-padrão, mediana e suas faixas de variação; na análise bivariada, utilizou-se o teste de qui-quadrado para as variáveis qualitativas e os testes de Mann-Whitney e Kruskal Wallis para as variáveis quantitativas e, por fim, foi realizada análise multivariada utilizando-se a regressão múltipla. **Resultados:** As crianças avaliadas apresentaram idade média de 9,1 (DP±1,9) e seus cuidadores idade média de 38,1 (DP±9,6). Os responsáveis eram predominantemente do sexo feminino (96,1%) e mães (88,3%). Segundo o SDQ, 53,2% das crianças apresentaram sintomas emocionais e comportamentais. Na avaliação de estilos parentais, 35,1% apresentaram práticas educativas classificadas como regular ou de risco. Com relação à ansiedade e

sintomas depressivos dos responsáveis, constatou-se que 48,1% apresentaram sintomas de ansiedade-estado, e 41,6% ansiedade-traço, 39,0% apresentaram sintomas depressivos. A Escala de Silhuetas indicou que 44,2% possuíam percepção corporal adequada, 48,0% subestimaram o tamanho corporal e 7,8% superestimaram, 94,8% desejavam diminuir o tamanho da silhueta e 51,9% não reconheceram qual seria o tamanho corporal ideal de acordo com a faixa etária. Entre os cuidadores, 53,2% reconheceram adequadamente o tamanho corporal de seus filhos, 94,8% desejavam que seus filhos diminuíssem o tamanho da silhueta e 59,7% reconheceram o tamanho corporal ideal de acordo com a idade de seu filho. Comparando-se as características das crianças em relação ao sexo, constatou-se que meninos e meninas diferiram de forma estatisticamente significativa em relação à renda *per capita* familiar ( $p=0,002$ ), percentil do IMC ( $p=0,01$ ), escore z do IMC ( $p=0,006$ ), gravidade da obesidade ( $p=0,02$ ) e percepção do peso ideal da criança ( $p=0,02$ ). Estudando-se a associação entre o escore z e as variáveis explanatórias deste estudo, constatou-se que foram significativas as associações do escore z, apenas com a faixa etária da criança ( $p=0,003$ ), situação conjugal do cuidador ( $p=0,04$ ), SDQ- sintomas emocionais ( $p=0,02$ ), percepção corporal da criança ( $p=0,03$ ) e percepção do peso ideal da criança de acordo com a sua faixa etária ( $p=0,03$ ), embora as médias e medianas do escore z tenham sido quase sistematicamente mais elevadas nas categorias que indicavam risco. O modelo final da regressão múltipla mostrou associação livre de confusão com sexo (masculino), faixa etária (crianças mais novas), ocupação dos pais (trabalha) e situação conjugal do responsável (sem companheiro). **Conclusões:** O presente estudo indicou que as crianças participantes apresentaram várias características que podem ser consideradas características indicativas de vulnerabilidade social e psicológica: elevadas prevalências de problemas psicológicos, alteração na imagem corporal da criança e dos responsáveis; cuidadores com altas prevalências de dificuldades emocionais e com práticas parentais regulares ou de risco, independentemente da gravidade da obesidade. Esses dados são indicativos da importância de se analisar essas características e desenvolver intervenções que abordem também os aspectos sociais e psicológicos às crianças e seus familiares, visando a integralidade do cuidado no tratamento da criança com obesidade.

Palavras-chave: Obesidade Infantil, Percepção Corporal, Saúde Mental Materna

---

**ABSTRACT**

BOMBARDA, L.V. **Childhood Obesity: Behavioural aspects, psychological symptoms and body perception of mothers and children. 2016.** Dissertação, Pós Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, UNESP. Botucatu, SP, Brasil, 2016.

**Introduction:** Childhood obesity has considerable increase in its prevalence in recent years, leading to physical, emotional and social damage, characterized as a public health problem. Treatment demand actions and care at all levels of health care, but there are still few studies that characterize the social and psychological variables present in children with different degrees of obesity, studies these, which can contribute to the development of interventions aimed this serious health problem.

**Objectives:** Characterize in relation to sociodemographic, clinical and psychological parameters, a clinical sample of obese children classified as obese and super obese, undergoing treatment for obesity in a reference service of a university hospital in the state of São Paulo; compare sociodemographic, clinical and psychological aspects in relation to the sex of the child and the severity of obesity and further characterize and compare the parenting style, body perception and maternal mental health or others responsible for the child and to study the association of these characteristics with indicators child obesity gravity. **Method:** An observational study was conducted, cross sectional, descriptive and analytical, which evaluated 77 children diagnosed with obesity and their parents. These children were from the Childhood Obesity Clinic of HCFMB/Unesp. They were applied to those responsible for child a form that investigated sociodemographic and clinical characteristics of the child, the SDQ - Strengths and Difficulties Questionnaire) which aimed to track the child's mental health (emotional and behavioral characteristics), the IEP (Inventory Parental Styles) to evaluate educational practices, the IDATE (Trait anxiety Inventory-State) and the BDI (Beck depression Inventory) that measure, respectively, anxiety symptoms and caregiver depression, and the Silhouette Scale to assess body perception, body dissatisfaction of children and their guardians regarding the child's body and also the ideal perception of children and their caregivers in relation to children of the same age of the subject. Clinical data were obtained from medical records of children (weight, height, BMI, percentile, z score, comorbidities and treatment time). Statistical analysis was performed using STATA 12.0 software, having been made descriptive analysis, absolute frequencies and percentages, averages and standard deviations, median and their variation ranges; in the bivariate analysis, we used the chi-square test for qualitative variables and the Mann-Whitney and Kruskal Wallis test for quantitative variables and, finally, multiple regression analysis was performed.

**Results:** The evaluated children had a mean age of 9,1 (SD±1,9) and their average age caregivers of 38,1 (SD±9,6). Those responsible were predominantly female (96,1%) and mothers (88,3%). According to the SDQ, 53,2% of children had emotional and behavioral symptoms. In the evaluation of parenting styles, 35,1% were classified as regular educational practices or risk. With regard to anxiety and depressive symptoms of those responsible, it was found that 48,1% had symptoms of anxiety-state and 41,6% trait anxiety, 39,0% had depressive symptoms. The Silhouette Scale indicated that 44,2% had adequate body awareness, 48,0% underestimated their body size and 7,8% overestimated, 94,8% wanted to reduce the size of the silhouette and 51,9% did not recognize what the ideal body size according

to age. Among the caregivers, 53,2% adequately recognized body size of their children, 94,8% wanted their children reduced the size of the silhouette and 59,7% recognized the ideal body size according to the age of your child. Comparing the characteristics of children about sex, it was found that boys and girls differ statistically significantly in relation to per capita family income ( $p = 0,002$ ), BMI percentile ( $p = 0,01$ ), z score BMI ( $p = 0,006$ ), severity of obesity ( $p = 0,02$ ) and perceived ideal child's weight ( $p = 0,02$ ). Studying the association between the score z and the explanatory variables of this study, it was found that the associations of the z score were significant only with the age of the child ( $p = 0,003$ ), marital caregiver status ( $p = 0,04$ ) SDQ- emotional symptoms ( $p = 0,02$ ), child's body perception ( $p = 0,03$ ) and perception of the child's ideal weight according to your age ( $p = 0,03$ ), although average and medians of the z score were almost systematically higher in categories indicating risk. The final multiple regression model showed free association of confusion with sex (male), age (younger children), parents' occupation (does work) and marital status of the head (without partner). **Conclusions:** The present study indicated that the participating children showed several features that can be considered indicative features of social and psychological vulnerability: high prevalence of psychological problems, changes in the child's body image and responsible; caregivers with high prevalence of emotional difficulties and with regular or risk parenting, regardless of the severity of obesity. These data are indicative of the importance of analyzing these features and develop interventions that also address the social and psychological aspects of children and their families, aiming at comprehensive care in the treatment of children with obesity.

**Keywords:** Childhood Obesity, Body Perception, Maternal Mental Health

*Lista de Tabelas e  
Quadro*

---

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição de números e porcentagens de características sociodemográficas das crianças e cuidadores, segundo sexo.....	49
Tabela 2.	Médias e desvios padrão dos dados antropométricos das crianças, segundo o sexo .....	50
Tabela 3.	Distribuição de números e porcentagens das características clínicas das crianças, segundo sexo .....	51
Tabela 4.	Distribuição de números e porcentagens das características psicológicas das crianças, segundo sexo. ....	54
Tabela 5.	Distribuição de números e porcentagens dos estilos parentais dos responsáveis, segundo sexo da criança .....	55
Tabela 6.	Distribuição de números e porcentagens da percepção, insatisfação e percepção ideal das crianças e das mães em relação ao tamanho corporal das crianças, segundo sexo da criança.....	57
Tabela 7.	Distribuição de números e porcentagens dos sintomas de ansiedade e de depressão dos responsáveis, segundo sexo das crianças.....	58
Tabela 8.	Associação entre o escore z e variáveis sociodemográficas .....	59
Tabela 9.	Distribuição e associação das variáveis sociodemográficas em relação à classificação da obesidade segundo o escore z** .....	61
Tabela 10.	Associação entre as variáveis clínicas e o escore z.....	62
Tabela 11.	Distribuição e associação das variáveis clínicas em relação ao escore z** .....	63
Tabela 12.	Associação entre o escore z e as variáveis psicológicas dos responsáveis .....	64
Tabela 13.	Distribuição e associação das variáveis psicológicas dos responsáveis em relação ao escore z** .....	65
Tabela 14.	Associação entre o escore z e estilos parentais segundo o IEP .....	66
Tabela 15.	Distribuição e associação dos estilos parentais, medido pelo IEP, em relação ao escore z. ....	67
Tabela 16.	Associação entre o escore z e variáveis psicológicas da criança .....	69
Tabela 17.	Distribuição e associação das variáveis psicológicas da criança em relação ao escore z. ....	71
Tabela 18.	Modelo final de Regressão Múltipla dos valores do escore z em relação às características sociodemográficas, clínicas e psicológicas...	73

## LISTA DE QUADRO

Quadro 1.	Lista de variáveis que participaram do modelo de regressão múltipla. ..	72
-----------	---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS

BDI	Inventário de Depressão de Beck
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
HCFMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
IEP	Inventário de Estilos Parentais
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial de Saúde
SDQ	(Strengths and Difficulties Questionnaire) – Questionário de Capacidades e Dificuldades
UNESP	Universidade Estadual Paulista

---

**SUMÁRIO**

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
1.1	Definição, Etiologia e Conceitos Gerais da Obesidade .....	19
1.2	Aspectos Epidemiológicos .....	20
1.3	Fatores Sociais e Econômicos Associados a Obesidade Infantil .....	21
1.4	Hábitos Alimentares e Estilo Parental .....	22
1.5	Saúde Mental Materna .....	24
1.6	Aspectos Comportamentais e Psicológicos da Obesidade Infantil .....	25
1.7	Imagem Corporal .....	27
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>33</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>35</b>
3.1	Objetivo Geral .....	35
3.2	Objetivos específicos .....	35
<b>4</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>37</b>
4.1	Desenho .....	37
4.2	Participantes da pesquisa .....	37
4.2.1	<i>Critérios de inclusão</i> .....	37
4.2.2	<i>Critérios de exclusão</i> .....	38
4.3	Contexto da pesquisa .....	38
4.4	Aspectos éticos .....	39
4.5	Procedimento .....	39
4.6	Instrumentos .....	39
4.7	Análise de dados .....	45
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>7</b>	<b>SÍNTESE DOS RESULTADOS e CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>110</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>121</b>

# *Introdução*

---

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Definição, Etiologia e Conceitos Gerais da Obesidade

Obesidade é considerada uma alteração do metabolismo energético, caracterizada pelo aumento do peso corporal e de tecido adiposo, resultante da relação do balanço positivo de energia ingerida e do gasto calórico, o que frequentemente leva a prejuízos na saúde (FABRIS, 2006; FEFERBAUM; ROMALDINI; SOUZA, 2013). Em relação à etiologia, a obesidade pode ser dividida em endógena e exógena (FISBERG, 2004; CARVALHO et al., 2013). A primeira é decorrente de uma doença de base e o tratamento deve dirigir-se a essa doença, e a segunda é consequência do desequilíbrio entre ingestão e o gasto calórico, determinado por fatores genéticos, ambientais e comportamentais (FISBERG, 2004; FEFERBAUM; ROMALDINI; SOUZA, 2013; CARVALHO et al., 2013). Vitolo (2008) destaca também o aspecto hereditário da obesidade, indicando que indivíduos com genes suscetíveis para a obesidade apresentam maior risco para o seu desenvolvimento.

É consenso na literatura (SOARES; PETROSKI, 2003; CARVALHO et al., 2013; PULGARÓN, 2013) que a obesidade pode trazer consequências importantes para a saúde física e mental, associando-se ao aumento de prevalência de algumas doenças, à níveis mais altos de dor, ao aumento da mortalidade e à morbidade somática e psicológica. Além disso, crianças obesas tendem a se tornarem adultos obesos (LLOYD et al.; 2012).

Lobstein et al. (2015) acrescentam que, a médio e longo prazo, a obesidade pode associar-se à outras doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, as quais exigem apoio contínuo dos serviços de saúde. Tem-se observado, no Brasil e no mundo, que o aumento da prevalência de obesos no país associou-se ao aumento do número de doenças crônicas não transmissíveis, trazendo também como consequência, o aumento dos gastos públicos nos serviços de saúde. (MAZZOCANTE; MORAES; CAMPBELL, 2012).

O tratamento da obesidade demanda ações e procedimentos dos serviços de saúde, devendo seu portador receber cuidados em todos os níveis de atenção, ou seja, da atenção básica à atenção hospitalar, caracterizando-se como um crescente problema de saúde pública (BRASIL, 2014; LIMA-VERDE, 2014). Neste contexto, as

ações de saúde precisam ocorrer de forma integrada e contínua, sendo necessária a atenção das políticas públicas para o ambiente em que ocorre o desenvolvimento da doença, para o seu tratamento e para as formas de prevenção (BRASIL, 2014; LOBSTEIN et al., 2015).

Em 2009, a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde propôs que se adotasse como critério para o diagnóstico de obesidade e sobrepeso em crianças (desde o lactente) e adolescentes (até 19 anos de idade) as curvas de distribuição dos Índices de Massa Corpórea (IMC)<sup>1</sup>, desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2007, cuja construção levou em conta dados de estudo multicêntrico que envolveu crianças que viviam em condições socioeconômicas desfavoráveis de seis diferentes países e regiões entre eles o Brasil (LEONE; SILVA, 2013). Essas curvas podem estar apresentadas em percentis, tendo como pontos de corte para sobrepeso e obesidade, respectivamente, os percentis 85 e 97. Portanto, o valor do IMC maior ou igual ao percentil 97 e menor ou igual a 99,9 indica obesidade e valores acima de 99,9 são indicativos de obesidade grave (WHO, 2007). Curvas em escores z dos IMC, também desenvolvidas pela OMS, podem ser também utilizadas para avaliação e diagnóstico dos pacientes (WHO, 2007).

## 1.2 Aspectos Epidemiológicos

Segundo o *International Obesity Task Force* (WHO, 2012), estima-se que cerca de 40 a 50 milhões de crianças que vivem em países desenvolvidos e em desenvolvimento apresentam sobrepeso ou obesidade. Kleinert e Horton (2015) assinalam que a prevalência da obesidade é crescente em todo o mundo e analisam que poucas mudanças têm acontecido no que se refere a sua prevenção e tratamento em todas as faixas etárias da população.

Estudos mostram que as prevalências de obesidade infantil, variam segundo as características de desenvolvimento social e econômico de cada país.

Assim, observa-se que a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças varia de 2,8% a 31,8%, de acordo com os estudos internacionais (HÉROUX et al., 2013; OGDEN et al., 2014).

---

<sup>1</sup> Índice de Massa Corporal (IMC) valor obtido dividindo-se o peso (kg) do indivíduo por sua estatura (em metros) elevada ao quadrado (WHO, 2012).

No Brasil, o aumento de crianças e adolescentes com excesso de peso tem sido significativo (MAZZOCCANTE; MORAES; CAMPBELL, 2012). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) dos anos 2008-2009, mostrou que o Brasil é considerado um país em transição nutricional, devido à diminuição da desnutrição, diminuição do déficit de altura e o aumento da obesidade (BRASIL, 2010).

Segundo aqueles dados, 16,6% de meninos e 11,8% de meninas entre cinco e nove anos apresentam obesidade (BRASIL, 2010). Entre adolescentes, observou-se que 5,9% dos adolescentes do sexo masculino e 4,0% do sexo feminino estavam obesos (BRASIL, 2010). Outros estudos brasileiros apontam que o excesso de peso varia conforme a região estudada (PELEGRINI et al., 2010; SILVA et al., 2010; NOBRE et al., 2014). Tais trabalhos indicam que a prevalência de obesidade varia de 7,8% a 56%, estando na região nordeste os menores índices.

### **1.3 Fatores Sociais e Econômicos Associados a Obesidade Infantil**

Segundo Contreras e Gracia (2011), o ato de alimentar-se é extremamente complexo, sendo reconhecido como um fenômeno social e cultural. Assim sendo, estudar a obesidade, considerando o contexto socioeconômico e cultural da sociedade contemporânea, é de extrema relevância.

Sobrepeso e obesidade infantil têm se mostrado associado a indicadores de aspectos sociais e econômicos, tais como sexo (GUIMARÃES et al. 2012; HÉROUX et al., 2013), faixa etária (ASSUNÇÃO et al., 2012; OLAYA et al., 2015;), número de irmãos (OLAYA et al., 2015), situação conjugal materna (GIBSON et al., 2007; HUFFMAN et al., 2010), grau de instrução parental (GIBSON et al., 2007; BROWN et al., 2008; ROSANELI et al. 2012; CARVALHO et al., 2013; OLAYA et al., 2015; EL-BEHALDLI et al., 2015), renda (SALDIVA et al., 2004; GIBSON, et al., 2007; ROSANELI et al., 2012; ASSUNÇÃO et al., 2012; GUIMARÃES et al., 2012).

Foi identificada em estudo feito no Canadá (HÉROUX et al., 2013; OLAYA et al., 2015) maior prevalência de sobrepeso/obesidade entre os meninos. Já nos EUA, pesquisa realizada por Witherspoon et al. (2013) apresentou maior prevalência entre as meninas, sendo observado que os resultados são divergentes, segundo a região estudada.

Foram observados nos estudos realizados por Assunção et al. (2012) e Olaya et al. (2015) maior prevalência de excesso de peso em crianças mais novas e em crianças que não possuíam irmãos (SANTOS; RABINOVICH, 2011; OLAYA et al., 2015). Nessas situações, Santos e Rabinovich (2011), salientam que muitas vezes a comida aparece como forma de recompensa para as crianças, diante das atividades realizadas.

De acordo com a literatura pesquisada observou-se que quanto menor grau de instrução familiar, maior as chances de crianças obesas (GIBSON et al., 2007; BROWN et al., 2008; CARVALHO et al., 2013; OLAYA et al., 2015; EL-BEHALDLI et al., 2015). No entanto, diferentes resultados em relação à obesidade e à renda foram encontrados. Saldiva et al. (2004), em estudo realizado no estado de São Paulo, verificaram maior prevalência da obesidade entre crianças em cujas famílias havia renda *per capita* mais elevada. Rosaneli et al. (2012) também encontraram associação de excesso de peso em crianças com famílias de maiores rendas. Em contraposição a estes dados, Gibson et al. (2007) e Guimarães et al. (2012) encontraram associação entre sobrepeso/obesidade com baixa renda ( $p < 0,05$ ) e no trabalho de Fagundes et al. (2008), realizado na região de Parelheiros (SP), região de baixo desenvolvimento econômico, observou-se, em crianças de baixa renda a prevalência de 16,5% de sobrepeso e 14,7% de crianças obesas, alta prevalência, característica do processo de transição nutricional, considerando-se a região estudada.

#### **1.4 Hábitos Alimentares e Estilo Parental**

Há dados que evidenciam a influência social e cultural na formação do hábito alimentar, na maneira de comer, na rotina das refeições, na escolha dos alimentos, na satisfação e percepção da fome, e ainda na relação afetiva que se pode estabelecer com a comida (FONSECA et al., 2001; LAMOUNIER et al., 2007).

O alto consumo de carboidratos e baixo consumo de fibras têm importante papel na determinação da obesidade, principalmente, por ser a infância o período em que se estabelece o padrão alimentar (SILVA; ZURITA, 2012). Além disso, atualmente as crianças almoçam mais na escola do que em casa, frequentam redes de alimentação no padrão *fast-food* e, com frequência, comem menos verduras e

legumes, o que também contribui para o aumento do peso (PEREIRA; LOPES, 2012).

Revisão de literatura de Nunes (2011) refere que o estilo parental é uma das características que constituem o contexto ambiental e emocional para educação e socialização da criança e estudos na área de obesidade infantil e estilos parentais (NUNES, 2011; SANTOS; RABINOVICH, 2011; CAMARGO et al., 2013; COELHO; PIRES, 2014; EL-BEHALDLI et al., 2015) indicam que os cuidados parentais associam-se fortemente à obesidade infantil. Os autores citados (NUNES, 2011; SANTOS; RABINOVICH, 2011; CAMARGO et al., 2013; COELHO; PIRES, 2014) consideram que os contextos envolvidos na dinâmica familiar, como conflitos entre os pais, interferência de avós e de outros cuidadores vão configurando o desenvolvimento emocional da criança e podem interferir também na dieta, nos hábitos alimentares e na prática de atividades físicas praticadas pela criança. Coelho e Pires (2014), ao avaliarem 147 crianças entre oito e 12 anos utilizando as escalas *“Child Eating Behaviour Questionnaire”* e *“Family Environment Scale”* salientam que a relação familiar interfere no IMC da criança. Os autores indicam que quanto menos funcional for a relação familiar, maior será o impacto sobre o aumento do IMC da criança (COELHO; PIRES, 2014). Na revisão de El-Behdli et al. (2015) foi observado que o estilo parental, ou muito autoritário ou muito permissivo associa-se a obesidade infantil.

Lobstein et al. (2015) acrescentam que, embora o estilo parental não esteja diretamente associado com a obesidade infantil, pode interferir diretamente na definição do padrão alimentar da criança, bem como na realização ou não de atividades físicas. Um possível estilo parental, adequado à prevenção do sobrepeso e obesidade, seria aquele que propicia um ambiente onde a criança pudesse encontrar condições emocionais saudáveis e práticas de controle adequadas (NUNES, 2011).

Revisão de literatura, realizada por Camargo et al. (2013), indica que embora os pais tenham informações sobre o que deve ser a dieta saudável e adequada para os filhos, os próprios pais podem apresentar dificuldades para aderir a esses tipos de dieta, devido a crenças culturais, como exemplo a crença de que a dieta hipocalórica pode causar danos à saúde e à autoestima dos filhos.

## 1.5 Saúde Mental Materna

A mãe é a primeira referência para a criança no meio extrauterino, é ela quem irá, ou não, responder aos estímulos do bebê, reconhecer suas demandas e desejos, fazendo com que este se desenvolva emocional e cognitivamente (FARIA, 2010).

Transtornos mentais, de qualquer ordem, em mães podem afetar o desenvolvimento da criança e a relação mãe-criança (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008; PIZETA et al., 2013). Assim sendo, as mães podem ser fatores de risco para o surgimento de alterações no comportamento, no desenvolvimento neuropsicomotor, na aprendizagem e nas relações sociais (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008; PIZETA et al., 2013).

Mendes, Loureiro e Crippa (2008) apontam que mães que apresentam sintomas depressivos podem ter filhos como mais problemas de comportamento, tanto internalizantes, como externalizantes, sem diferença de gênero. Consideram esses autores (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008) que é importante identificar em qual período do desenvolvimento está a criança quando se diagnostica uma mãe com sintomas depressivos. As autoras salientam que a presença de transtorno mental na mãe afeta a família como um todo, sendo agravante potencial para a insegurança emocional da criança.

A depressão materna pode estar associada à problemas emocionais e comportamentais especialmente quando associada a um ambiente familiar de pobre interação e negativo, como a ausência de figura paterna, apego infantil inseguro, conflitos familiares e estilo parental inadequado (PIZETA et al., 2013).

Portanto, quando se constata prejuízo na saúde mental da mãe ou cuidador, e quando esses apresentam, por exemplo, sintomas de depressão, é necessária atenção às práticas de cuidados desenvolvidas (GROSS et al., 2013).

De acordo com Goulding et al. (2014), mães que apresentam sintomas depressivos maiores possuem práticas alimentares diferentes de mães sem comprometimento emocional. Essas mães apresentam maior pressão para que as crianças se alimentem e apresentam também maior restrição de alguns alimentos. Também foi observado naquele estudo, que diferenças nas práticas de cuidados, como falta de limite para comer, pouca exigência para se comer na mesa, televisão

alta durante as refeições e mães menos propensas a comer no mesmo horário que seus filhos são fatores que podem influenciar no padrão alimentar das crianças. Além disso, mães depressivas podem apresentar menor responsividade ao estilo alimentar da criança. Assim sendo, mães com sintomas depressivos podem contribuir para que as crianças não desenvolvam um estilo alimentar saudável (GOULDING et al., 2014).

Revisão sistemática de Lampard et al. (2014) verificou associação entre depressão materna e sobrepeso e obesidade infantil. Nesse estudo, as autoras identificaram que a depressão crônica estava associada ao aumento de risco de sobrepeso e obesidade e que quanto maior a duração desses sintomas, maiores poderiam ser os efeitos sobre o comportamento das crianças. Gross et al. (2013) salientaram que mães com sintomas depressivos moderados e graves são mais propensas a terem filhos com sobrepeso ou obesidade e que esses sintomas influenciam as práticas de cuidados alimentares, como falta de oferta do café da manhã regular, constantes almoços em restaurantes, além de falta de limites em torno do comer, sendo, com frequência, a comida utilizada de forma compensatória. Gross et al. (2013) salientam a necessidade de se realizarem novos estudos, pois vários comportamentos promotores de obesidade estão relacionados à saúde mental materna.

## **1.6 Aspectos Comportamentais e Psicológicos da Obesidade Infantil**

A criação de vínculo conflituoso e/ou inseguro entre pais e filhos pode, tanto desencadear, bem como, em longo prazo, agravar a obesidade infantil (LEMES, 2004; MISHIMA; BARBIERI, 2009; COPPINS et al., 2011; COELHO; PIRES, 2014). Dessa forma, é fundamental compreender também os aspectos emocionais implicados no desenvolvimento da obesidade, pois há evidências de que a obesidade está fortemente associada aos aspectos emocionais e vivências psicológicas dos indivíduos (ALMEIDA et al., 2002; SPADA et al., 2011; MIGUEL et al., 2011).

SIMON et al. (2009) e TONIAL (2001) referem que, gradativamente, a criança desenvolve a percepção da saciedade emocional através da comida, ou seja, passa a reconhecer que suas necessidades emocionais podem ser supridas por meio da alimentação, desencadeando comportamentos compensatórios. A criança, quando

não diferencia fome de necessidades emocionais, tende a consumir alimentos como forma de compensação, segundo aqueles autores.

Observam-se em pessoas com obesidade, a diminuição da autoestima, a alteração da autoimagem, isolamento e afastamento de atividades sociais, além de dificuldades relacionadas à escolaridade e ao relacionamento familiar (LUIZ et al., 2005).

Witherspoon et al. (2013), em estudo realizado com adolescentes americanos, encontrou presença de problemas comportamentais entre aqueles que eram obesos. Griffiths et al. (2011) investigou, na Inglaterra, problemas comportamentais em crianças obesas, utilizando o Questionário de Capacidade e Dificuldades (GOODMAN et al., 1997). Neste trabalho, foi observado que a obesidade infantil associa-se a maiores chances para problemas de relacionamento e que há maiores chances de problemas comportamentais gerais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e dificuldades pró sociais, entre os meninos obesos. Revisão bibliográfica realizada por Pulgarón, 2013, identificou associação do excesso de peso em crianças e adolescentes com transtornos de sono, hiperatividade e problemas comportamentais (internalizantes e externalizantes).

Crianças com excesso de peso apresentam menores índices de qualidade de vida e sofrem discriminação social, contribuindo para sua baixa autoestima, depressão, dificuldades no desenvolvimento acadêmico e baixa produtividade. (GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012; LATZER; STEIN, 2013; LOBSTEIN et al., 2015). Estudando crianças obesas, Luiz et al. (2010) verificaram que estas apresentam mais sintomas de depressão, déficit da competência social de forma global e problemas de comportamento, quando comparadas com crianças não obesas, o que pode interferir diretamente no relacionamento social, familiar e acadêmico.

Santos e Rabinovich (2011) sugerem que crianças obesas apresentam dificuldades para realizar diversas atividades por medo do olhar do outro, por medo de sofrerem agressões verbais, pela discriminação social em relação à obesidade e por apresentarem sentimentos de incapacidade em realizar atividades físicas, pela rejeição de seu corpo, o que acarreta prejuízos psicológicos e quanto ao estabelecimento de vínculos.

No entanto, Carvalho et al. (2005) afirmam que a obesidade nem sempre é indicativa de problemas psicológicos. A criança pode utilizar mecanismos compensatórios para se destacar em outras atividades, como habilidades escolares, relacionamento com amigos, valorização de determinadas partes do corpo, como o rosto e a cor dos olhos (SIMÕES; MENESES, 2006).

Desse modo, segundo Lopes (2007), os estudos sobre a associação entre problemas psicológicos e obesidade em crianças e adolescentes ainda apresentam resultados inconsistentes, não havendo consenso na literatura. O autor salienta a necessidade de mais estudos na área a fim de se conhecerem os aspectos psicológicos das crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade infantil.

Na literatura pesquisada, foram encontrados dois estudos que investigaram a associação entre eventos traumáticos e obesidade (TOUNIAN, 2008; LUMENG et al., 2013). Lumeng e colaboradores (2013) procuraram analisar se a vivência de situações traumáticas poderia ser fator de risco para o ganho de peso. Os autores verificaram, em estudo de coorte, realizado com crianças americanas que a presença de algum tipo de evento traumático contribui para alteração no desenvolvimento da criança, porém o impacto do evento não obteve associação com o excesso de peso. Por outro lado, Tounian (2008) relata que a vivência de situações traumáticas (divórcio dos pais, morte na família, mudanças nos hábitos de vida e conflitos escolares) poderia facilitar o início ou a piora do ganho de peso, por contribuírem para o aumento do apetite e a desmotivação para atividade física.

## **1.7 Imagem Corporal**

Schilder (1999) define imagem corporal como o modo que o corpo é percebido pelo sujeito e internalizado de forma cognitiva, emocional e social. Em 1981, Collins apresentou um conceito dinâmico de imagem corporal, referindo-a como a representação mental ou como um conjunto de representações do próprio corpo, que se altera ao longo da vida, de acordo com o desenvolvimento e interação ambiental do indivíduo.

Outros autores referem que a imagem corporal é definida pela relação do comportamento do indivíduo e o ambiente, e por processos cognitivos, afetivos e físicos, tendo início na infância e relacionando-se às experiências individuais e de identificação com o ambiente (PEREIRA et al., 2011; RIBEIRO et al., 2012; LAUS et

al., 2013). A percepção que o sujeito tem de seu corpo influencia comportamentos de forma interna (desenvolvimento da autoestima e autoconfiança), e externa (prática de atividades físicas e comportamento alimentar) (LAUS et al., 2013). Ao longo do desenvolvimento humano, há mudanças na forma de como as pessoas se percebem, pois o corpo assimila suas vivências, bem como passa por mudanças (CAMPOS, 2007).

Estudos de Mello, Luft e Meyer. (2004); Macedo, Festas e Vieira. (2012); Sarafrazi et al. (2014) e Vliet et al. (2015) apontam a importância da percepção corporal no estudo da obesidade, uma vez que conhecer a percepção corporal que crianças possuem de seus corpos pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de intervenção em saúde pública.

Na literatura pesquisada (PEREIRA et al., 2011; MACEDO; FESTAS; VIEIRA, 2012; LAUS et al., 2013; SARAFRAZI et al., 2014; VLIET et al., 2015), evidenciam-se influências sociais e culturais atreladas à imagem corporal na criança. A família, a comparação social entre pares e a mídia exercem forte influência na percepção corporal. Influências sobre o ideal de magreza para as mulheres e corpos definidos para os homens estabelecem os estereótipos de beleza na cultura atual, de forma que se o indivíduo não corresponder a esses padrões, uma percepção corporal equivocada pode surgir, prejudicando o reconhecimento do corpo de forma adequada (PEREIRA et al., 2011; LAUS et al., 2013).

Dessa forma, Sarafrazi et al. (2014) apontam que a percepção corporal da criança e do adolescente pode estar equivocada quando eles não conseguem diferenciar o tamanho real de seu corpo, ou seja, não conseguem se perceber de forma adequada, de acordo com seu peso e sua altura real.

Diversos estudos procuraram avaliar a percepção da imagem corporal e sua associação a fatores sociodemográficos e à medidas antropométricas (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006; PEREIRA et al., 2011; HAYWARD et al., 2014; SARAFRAZI et al., 2014; VLIET et al., 2015), verificando que questões como renda, valor do IMC e idade das crianças estão associados à percepção corporal distorcida.

Algumas pesquisas identificaram diferenças entre meninos e meninas com relação à percepção da imagem corporal. Nos trabalhos de Pinheiro e Jiménez (2010) e Vliet et al. (2015) meninas apresentaram imagem corporal mais adequada que meninos em relação ao IMC. Em estudo brasileiro, realizado por Assunção et al.

(2012) foi identificado que meninas se percebem mais gordas, quando comparada aos meninos.

Simões e Meneses (2006) verificaram que crianças obesas percebem-se corporalmente de forma negativa. No estudo de Carvalho et al. (2005), em que foram avaliadas 27 crianças obesas e 27 crianças não obesas, os autores observaram, por meio da Escala EBBIT "*Eating Behaviours na Body Image Test*" e pela Escala Infantil Piers-Harris de Auto Conceito "*o que penso e sinto sobre mim mesmo*", que as crianças obesas apresentaram incômodos com relação à aparência física e também dificuldades com atividades físicas.

Santos (2009), Harriger e Thompson (2012) e Hayward et al. (2014) observaram que as crianças obesas, em geral, apresentam a percepção corporal distorcida. No estudo de Sarafrazi et al. (2014), que avaliou a percepção corporal de crianças americanas, foi identificado que 48% dos meninos e 36% das meninas com excesso de peso apresentavam distorção da imagem corporal, acreditando estar com o peso adequado para o sexo e idade. Da mesma forma, no estudo de Guimarães et al. (2012) com escolares sobrepesos e obesos, observou-se que a maioria se percebeu com peso adequado para seu tamanho.

Entretanto, Freire (2012), ao avaliar a percepção da imagem corporal por meio da Escala de Silhuetas (STUNKARD et al. 1983) em crianças e adolescentes entre dez e 18 anos, identificou que crianças e adolescentes obesos apresentaram percepção corporal adequada ao seu físico, e que pertencer a um grupo com poder socioeconômico atuava como fator de proteção no reconhecimento do tamanho corporal, associação encontrada também por Sarafrazi et al. (2014).

Pinheiro e Jiménez (2010) avaliaram a percepção e a insatisfação corporal em estudo com crianças brasileiras eutróficas e com excesso de peso. As autoras utilizaram a Escala infantil de Imagem Corporal (CBIS) em 347 crianças de oito a 12 anos e concluíram que a maioria das crianças subestimava o tamanho corporal, percebendo-se mais magras do que de fato eram. As autoras salientam que tal achado pode ser causado pela influência dos padrões estéticos de magreza que promovem o desejo de possuir corpos magros. Além disso, Souza et al. (2012) e Vliet et al. (2015) apontam que o período puberal pode interferir na percepção da imagem corporal de crianças e adolescentes.

No que se refere à insatisfação corporal, Carvalho et al. (2005); Pereira et al. (2011); Assunção et al. (2012) e Souza et al. (2012) afirmam que a maioria das crianças e adolescentes estão insatisfeitos.

Pinheiro e Jiménez (2010), ao analisarem a insatisfação corporal em crianças de oito a 12 anos, constataram que 64% das crianças estavam insatisfeitas com seus corpos, e que 100% das crianças obesas e 75% das crianças com sobrepeso gostariam de ser mais magras, o que mostra associação entre o Índice de Massa Corporal e a satisfação com sua imagem, pois quanto maior o IMC, maior a insatisfação corporal.

Todavia, a prevalência de crianças eutróficas insatisfeitas com seus corpos também é alta, sugerindo que a exposição ao ideal de magreza e a internalização deste conceito atinge a população infantil e compromete sua avaliação perceptiva, sendo visto desde cedo a preocupação com o corpo e não com a saúde do indivíduo (PINHEIRO; JIMENÉZ, 2010; SOUZA et al., 2012).

A percepção parental em relação ao peso corporal da criança pode também ser um fator de risco para a obesidade, principalmente no que diz respeito à prevenção, prognóstico e tratamento (BOA-SORTE et al., 2007; TENORIO; COBAYASHI, 2011; MACEDO; FESTAS; VIEIRA, 2012). Mareno (2013) refere que a percepção parental sobre o peso corporal da criança influencia na motivação para o tratamento da obesidade, realização de planos e estilo de vida saudável. Por outro lado, a percepção alterada da mãe sobre o estado nutricional do filho pode dificultar as práticas terapêuticas para obesidade, levando os pais a não aderirem às propostas de tratamento (CAMARGO et al., 2013).

Estudo, realizado em Portugal por Macedo, Festas e Vieira. (2012), avaliou a percepção parental sobre o estado nutricional de crianças ao pedir para os pais completarem a frase *“Eu sinto que meu filho está...”*, com respostas pré definidas *“muito gordo, gordo, peso adequado, magro ou muito magro”* e identificou que 49,9% dos responsáveis pelas crianças apresentavam distorção da imagem corporal de seu filho e que essa distorção era maior quando os filhos apresentaram excesso de peso. Na revisão de El Behaldli et al. (2015) identificou associação entre grau de escolaridade materna e percepção corporal sobre o peso da criança, em que mães, com maior nível de instrução, apresentavam melhor percepção do corpo de seu filho.

Boa-Sorte et al. (2007) referem que mães, principalmente de crianças entre seis a nove anos, apresentam mais dificuldades em reconhecer o excesso de peso em seus filhos, por acreditarem que esses estão em fase de crescimento, não sendo necessário o cuidado rigoroso com o peso e a alimentação. Além disso, Warschburger e Kroller (2009) afirmam que mães subestimam o peso corporal de suas crianças, concluindo que o sexo da criança, idade e influências sociodemográficas estão associados à percepção materna equivocada.

*Justificativa*

---

## 2 JUSTIFICATIVA

É imperativo o estudo da obesidade infantil e dos fatores a ela associados tendo em vista sua importância epidemiológica neste momento de transição nutricional da sociedade brasileira. Constata-se a dificuldade de seu controle e a necessidade de ampliar o conhecimento sobre suas associações com aspectos psicológicos das mães e crianças, que possibilitem investir em práticas terapêuticas e na prevenção e controle da obesidade. Além disso, poucos estudos avaliaram a associação de tais aspectos em crianças obesas, e em diferentes graus da obesidade.

Este estudo é ainda especialmente importante tendo em vista a escassez de estudos brasileiros com o foco da presente pesquisa.

*Objetivos*

---

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Caracterizar, em relação a parâmetros sociodemográficos, clínicos, e psicológicos, uma amostra clínica de crianças obesas, classificadas como obesas e super obesas, em tratamento para obesidade, em um serviço de referência, em hospital universitário do interior do estado de São Paulo

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Descrever características sociodemográficas, clínicas e psicológicas (problemas comportamentais, percepção da imagem corporal, insatisfação corporal e percepção ideal sobre o tamanho corporal) de crianças em tratamento para obesidade;
- Comparar características sociodemográficas, clínicas e psicológicas das crianças em relação ao sexo e à gravidade da obesidade;
- Caracterizar a saúde mental da mãe ou responsável pela criança, seu estilo parental de práticas educativas, sua percepção, insatisfação e percepção ideal em relação ao corpo da criança e comparar essas características em relação ao sexo e à gravidade da obesidade da criança

*Método*

---

## 4 MÉTODO

### 4.1 Desenho

Estudo observacional, descritivo, analítico de corte transversal.

### 4.2 Participantes da pesquisa

A casuística do presente estudo foi composta por 77 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de seis a 12 anos e onze meses em tratamento no Ambulatório de Obesidade Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB). Todas as crianças tinham diagnóstico de obesidade e foram posteriormente classificadas como obesas ou super obesas, segundo critérios definidos pela OMS. Participaram também desta pesquisa os responsáveis que acompanhavam as crianças no dia da consulta em que foram avaliadas. Estabeleceu-se como período para obtenção dos dados desta investigação, as consultas realizadas entre agosto/2014 e dezembro/2015.

A casuística prevista para esta pesquisa (n=115) foi estabelecida considerando-se como parâmetro o número de crianças entre seis e 12 anos e onze meses agendadas para atendimento no referido ambulatório no ano de 2013. Não foi prevista a possibilidade de faltas às consultas, o comparecimento de crianças com escore  $z < 2$  e a presença de comprometimento cognitivo, o que inviabilizou que se atingisse a casuística prevista. Todas as crianças agendadas para a consulta, que preencheram os critérios de inclusão, no período em que foi realizada a coleta de dados foram convidadas a participar. Dentre essas, ocorreram apenas três recusas. No entanto, ocorreram 38,3% de faltas entre os pacientes agendados, o que não permitiu que se atingisse o número previsto de participantes.

#### 4.2.1 Critérios de inclusão

Participaram da pesquisa crianças com diagnóstico de obesidade confirmado (IMC igual ou superior ao percentil 97 e escore  $z$  maior ou igual a dois), entre seis e 12 anos e onze meses de idade, de ambos os sexos, que compareceram à consulta acompanhadas do responsável pelos cuidados.

A faixa etária escolhida para esta pesquisa foi previamente definida para garantir a possibilidade do uso dos instrumentos previstos para investigar os fatores a serem aqui focalizados.

#### **4.2.2 Critérios de exclusão**

Foram critérios de exclusão: apresentar limitações físicas e/ou mentais que impedissem os possíveis participantes de responderem aos instrumentos a serem aplicados (n= 4) e crianças classificadas abaixo do percentil 97 e escore  $z < 2$  (n=8).

### **4.3 Contexto da pesquisa**

O presente estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Obesidade Infantil do HCFMB. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu atua em nível terciário e corresponde a DRS-VI da região de Bauru. O HCFMB é considerado serviço de referência para diversas especialidades clínicas e abrange diversos municípios da região de Botucatu. A entrada dos pacientes no serviço de obesidade infantil é realizada via encaminhamentos de outras especialidades da pediatria do HC, da unidade de internação hospitalar ou do Pronto Socorro do HCFMB. Este ambulatório iniciou suas atividades em 2012 e tem como objetivo o cuidado de crianças e adolescentes com excesso de peso. Atua neste ambulatório equipe multidisciplinar composta por pediatra, psicóloga e nutricionista. Participam do atendimento, em esquema de rodízio: alunos do internato do quinto ano médico da FMB, médicos residentes do primeiro ano em Pediatria do HCFMB. Também, de forma optativa, é oferecido estágio aos alunos de graduação em Nutrição do Instituto de Biociências de Botucatu (Unesp). As consultas médicas ocorrem em abordagem individual juntamente com o responsável pela criança/adolescente, procurando-se identificar os principais fatores associados à obesidade e consequentes morbidades. O enfoque terapêutico visa a mudança de estilo de vida com orientações quanto à alimentação, atividade física e tratamento medicamentoso, se necessário.

#### **4.4 Aspectos éticos**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP e aprovado pelo mesmo com o parecer nº 712.335.

Para o desenvolvimento do projeto foram atendidas rigorosamente as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

#### **4.5 Procedimento**

No dia da consulta, crianças e mães ou responsáveis foram esclarecidos a respeito dos objetivos do estudo e convidados a participar do mesmo. Após o aceite, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Apêndice 1). Para crianças acima de 11 anos foi elaborado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE; Apêndice 2), que foram assinados por elas, concordando em participar do estudo. Responsáveis e crianças foram alertados de que poderiam desistir de sua participação a qualquer momento e que, caso surgisse risco ou desconforto durante a coleta de dados, seria oferecido suporte emocional e, ainda, caso necessário, encaminhamento para o serviço de psicologia aos envolvidos.

A pesquisadora deste estudo aplicou todos os instrumentos (formulário sociodemográfico e clínico, SDQ, IEP, IDATE, BDI e Escala de Silhuetas), tendo sido a coleta de dados realizada em sala privada do referido ambulatório, estando presentes apenas a pesquisadora, a criança e seu responsável.

#### **4.6 Instrumentos**

Para a presente pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

##### **Formulário sociodemográfico e clínico**

Este formulário foi elaborado especialmente para o presente estudo, visando obter dados relativos à: (Apêndice 3):

- características sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, arranjo familiar, renda familiar, ocupação e posição na ocupação dos pais ou responsáveis pela criança;
- características clínicas: tempo de tratamento, histórico familiar de obesidade, peso, altura, IMC, percentil do IMC, escore z do IMC, presença de comorbidade (Hipercolesterolemia, Hipertriglicemia, Resistência Insulínica, Hipertensão, Esteatose Hepática e Síndrome Metabólica) (dados obtidos do prontuário do paciente), referência à realização de tratamento na área de saúde mental (neuropediatria, psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional);
- Características psicológicas: presença ou ausência de apoio social durante o tratamento, informado pela criança e ocorrência de evento, segundo relato do responsável possivelmente traumático no último ano (morte de familiar, doença grave na família, reprovação escolar).

Variáveis psicológicas foram investigadas pelos seguintes instrumentos:

- **SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) – Questionário de Capacidades e Dificuldades (Anexo 1)**

O SDQ é um questionário que avalia a saúde mental de crianças e adolescentes, e é aplicado aos pais e professores. Além de avaliar os sintomas emocionais, o questionário investiga impactos dos mesmos no ambiente familiar e escolar. O SDQ foi desenvolvido no Reino Unido por Robert Goodman (1997) e validado no Brasil por Fleitlich et al. (2000). Estudo de fidedignidade no Brasil apontou adequada consistência interna, com alfa de Cronbach com valor próximo de 0,80 e teste reteste, correlação de 0,79. É constituído por 25 itens distribuídos uniformemente em cinco subescalas, sendo as quatro primeiras relacionadas a problemas de comportamento e emocionais (sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento com os colegas), e a última, ao comportamento pró-social, definido como habilidades sociais positivas. As respostas podem ser classificadas em “falso”, “mais ou menos verdadeiro” ou “verdadeiro”, e cada subescala recebe uma pontuação que varia de zero a 10. As

crianças podem ser classificadas nas categorias “normal”, “limítrofe” ou “anormal”, e também podem ser classificadas nessas três categorias de acordo com a pontuação total de dificuldades. O resultado total é obtido a partir da soma da pontuação das quatro primeiras subescalas, portanto variando entre zero e 40. Nas escalas de problemas de comportamento e no total de dificuldades, quanto maior a pontuação, pior é considerado o comportamento da criança. A correção do instrumento ocorre de acordo com as regras do manual. Neste estudo utilizaram-se, tanto para a pontuação total, como para a pontuação das subescalas a dicotomização em categorias caso e não caso, utilizando-se como critério para caso a pontuação classificada como anormal, de acordo com as instruções do instrumento.

No presente estudo, foi aplicada a versão para pais, disponível em [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org).

- **Escala de Silhueta (Anexo 2)**

A Escala de Silhuetas tem como objetivo avaliar a percepção da imagem corporal, a insatisfação em relação ao tamanho do corpo e a percepção sobre o tamanho corporal ideal em relação a faixa etária (KAKESHITA et al., 2009). A adaptação da Escala foi realizada por Kakeshita et al. (2009) e a Escala de Silhuetas é constituída por escalas intervalares, com a diferença entre as figuras adjacentes minimamente perceptíveis. Para garantir as qualidades psicométricas do instrumento foram utilizados em sua construção o incremento constante dos intervalos do IMC estabelecidos para a sequência de figuras, número suficiente de figuras para abranger o máximo de possibilidades, magnitude da diferença constante entre os desenhos das figuras adjacentes, eliminação de possíveis elementos de distração da percepção visual, apresentação das figuras em cartões individuais, identificadas numericamente no verso. Na validação do teste houve correlação positiva de 0,61, para ambos os sexos, entre o IMC da figura apontada pela criança e o IMC real que ela possuía, bem como os IMCs na avaliação da insatisfação corporal (0,64) e ideal (0,74). O padrão de fidedignidade da escala foi atendido, apresentando coeficientes de correlação positivos e significativos e corroborados com o teste *t* pareado, que não mostraram diferenças significativas entre os dados do teste e do reteste.

A versão para crianças é composta por 11 cartões para cada sexo, com IMC médio correspondente a cada figura variando de 12 a 29 kg/m<sup>2</sup>. Os traços das

figuras foram adequados a partir do modelo adulto, para melhor caracterização da faixa etária infantil (KAKESHITA et al., 2009). Cada figura é apresentada em cartão separado, sem detalhes faciais ou desproporções na forma corporal.

Durante a aplicação são apresentados onze cartões para a criança, de acordo com o sexo, e solicitado que ela aponte “qual a figura que melhor representa seu corpo hoje”, “qual a figura que mostra o corpo que você gostaria de ter” e “qual a figura que tem o corpo que você acha que seria o ideal para as (os) meninas (os) do seu tamanho. As respostas são anotadas no protocolo de avaliação e a correção é realizada de acordo com as regras do manual.

Para a correção dos dados, no presente estudo, foi necessário obter do prontuário médico das crianças a medida de IMC. Na presente pesquisa, as categorias foram classificadas em alterada, quando a percepção do tamanho corporal não correspondia ao tamanho real, adequada, quando a percepção do tamanho corporal correspondia ao real, subestimada, quando a percepção estava abaixo do tamanho real e superestimada, quando o sujeito considerou ter um tamanho corporal acima do tamanho real. Além disso, em relação a satisfação corporal, as respostas foram categorizadas em satisfeito e insatisfeito.

- **Inventário de Estilos Parentais – (IEP) (Anexo 3)**

O Inventário de Estilos Parentais (IEP) foi criado por Gomide (2006), e tem parecer favorável do Conselho Federal de Psicologia (2005). Tem como objetivo avaliar sete práticas educativas envolvendo a interação pais e filhos. O estudo de validação foi realizado utilizando duas amostras, uma de risco, com crianças institucionalizadas e não risco, com crianças não institucionalizadas. Os dados obtidos foram submetidos ao teste *t* de Student e verificou-se, com exceção do comportamento moral do pai, diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos amostrais ( $p < 0,0001$ ), o que indica que o IEP pode detectar práticas educativas de risco em diferentes grupos. A validação do instrumento também constatou que pais e filhos respondem de maneira similar, o que permite que o Inventário seja aplicado às crianças **ou** a seus pais (SAMPAIO; GOMIDE, 2007).

O instrumento é composto de 42 questões que engloba duas práticas positivas (monitoria positiva, que envolve o uso adequado da atenção, regras, limites e afetos, e comportamento moral, que implica promover condições favoráveis ao

desenvolvimento de virtudes) e cinco práticas negativas (negligência, que significa a ausência de afetos e atenção; punição inconsistente, no qual os pais se orientam pelo seu humor na punição do filho e não no ato em si; monitoria negativa, que implica no uso inadequado de instruções, o que pode gerar um ambiente de convivência hostil; disciplina relaxada, caracterizado no relaxamento das regras estabelecidas em casa; e abuso físico e psicológico, compreendido por disciplina através de práticas corporais negativas, ameaça, chantagem, humilhação da criança) (SAMPAIO; GOMIDE, 2007). Para cada prática educativa há seis questões distribuídas de forma aleatória no instrumento (GOMIDE et al., 2014). As questões são compostas por afirmativas que apontam a frequência com que a figura materna/paterna (que atuava como cuidador principal) age conforme a situação descrita (“nunca”, “às vezes” ou “sempre”). Para correção do instrumento, os dados são tabulados na folha de resposta apropriada. Para resposta “nunca” “às vezes” e “sempre”, são atribuídos os valores zero, um e dois, respectivamente. O IEP poderá variar de -60, quando há ausência total de práticas parentais positivas e presença total de práticas negativas, a +24, quando há apenas a presença total de práticas parentais positivas. Nesse estudo optou-se por aplicar o Inventário somente aos pais ou responsável pela criança. A correção foi realizada de acordo com as regras do manual, e os resultados foram dicotomizados em duas categorias (ótimo/bom) e (regular/de risco) para pontuação de práticas adequadas e inadequadas, respectivamente.

- **Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) (Anexo 4)**

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), desenvolvido por Spielberger et al. (1970) é um instrumento utilizado para avaliar ansiedade. No Brasil o instrumento foi traduzido e adaptado por Biaggio et al. (1977).

Composto por 40 questões, o IDATE está dividido em duas escalas distintas para medir os dois conceitos de ansiedade: a Ansiedade-Estado e a Ansiedade Traço. Cada escala apresenta 20 afirmações, sendo que a Ansiedade-Estado avalia os estados transitórios de ansiedade, isto é, sentimentos subjetivos percebidos de apreensão, tensão e preocupação que variam em intensidade e flutuam no tempo. O escore varia de acordo com a intensidade do perigo percebido (SPIELBERGER, 1979). A avaliação de Ansiedade-Traço, também composta de 20 afirmações,

descreve como os sujeitos se sentem normalmente, as diferenças individuais, estáveis, avaliando como o sujeito usualmente reage a situações percebidas como ameaçadoras. Os escores desta escala são menos sensíveis às mudanças em decorrência de situações ambientais, permanecendo relativamente constante no tempo (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

O sujeito deve se auto avaliar, segundo uma escala tipo *likert*, que varia de 1 "absolutamente não" a 4 "muitíssimo" para o IDATE estado. Na avaliação do IDATE traço varia entre 1 "nunca" e 4 "quase sempre". Tanto para a escala de ansiedade-estado, como para a escala de ansiedade-traço é possível uma variação de 20 a 80 pontos. Considera-se que quanto menor a pontuação, menor será o nível de ansiedade. Neste estudo foi estabelecida uma variável categórica para caso e não caso de ansiedade, utilizando-se o ponto de corte 39/40 (MOREIRA et al., 2006; MATOS et al., 2002).

- **BDI II – Inventário de Depressão de Beck (Anexo 5)**

O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*) foi proposto primeiramente por Beck et al. (1961) e, revisado por Beck et al. (1979/1982), segundo CUNHA (2001). É um instrumento muito utilizado na avaliação da intensidade da depressão em pacientes psiquiátricos e na população geral, apresentando satisfatória consistência interna em grupos clínicos e não clínicos.

O instrumento compõe-se de uma escala autoaplicativa que contém 21 itens, cada um com quatro alternativas que subentende graus crescentes de gravidade de depressão. O escore total é o resultado da soma de todos os itens, podendo variar de zero, quando há ausência total de sintomas depressivos a 63, quando há presença de sintomas depressivos graves, e sua aplicação ocorre de acordo com as regras do manual. Considera-se que quanto menor a pontuação, menor será a gravidade dos sintomas depressivos. Para o presente estudo foi estabelecida uma variável categórica caso/não caso para sintomas depressivos com ponto de corte 15 (GORENSTEIN et al., 2011).

- **Prontuário médico**

O prontuário médico da criança foi utilizado para obtenção de dados sobre o peso, altura, Índice de Massa Corpórea (IMC) da criança com os respectivos percentis e escore z, avaliados no dia de sua inclusão no estudo. O prontuário também possibilitou a obtenção de dados da criança sobre o tempo de tratamento no serviço e presença ou não de comorbidades.

#### 4.7 Análise de dados

Os instrumentos foram corrigidos segundo as recomendações da literatura especializada e os dados obtidos foram digitados no programa Excel e posteriormente transferidos para o STATA 12.0 (*Stata Corporation, 2011*), no qual a análise estatística foi realizada.

Primeiramente foi efetuada a análise descritiva dos dados, através da análise de frequências, e medidas de tendência central, quando adequado. Foram desfechos deste estudo o valor do escore z do IMC, tomado como variável quantitativa e o escore z, como variável qualitativa, dicotomizado em **obeso**, quando a pontuação do escore z foi de dois até três e **super obeso**, quando a pontuação do escore z foi três ou acima, conforme orientação constante de referência da OMS (WHO, 2007).

Foram variáveis explanatórias: imagem corporal da criança (escala de silhuetas); saúde mental da criança (SDQ), saúde mental materna (presença ou ausência de sintomas de ansiedade e depressão, segundo o IDATE e BDI, respectivamente), percepção materna do peso da criança (escala de silhuetas), estilo parental de práticas educativas (IEP) e ainda as características sociodemográficas e clínicas.

Para se estudar essas associações foram utilizadas, na análise bivariada, os testes: qui-quadrado para variáveis categóricas e os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal–Wallis para se compararem as distribuições do Escore z, como variável contínua. Posteriormente, foi feita a análise multivariada utilizando-se a regressão múltipla. Foram inseridos no modelo de regressão múltipla as variáveis que apresentaram na regressão linear associação ( $p < 0,20$ ) entre as variáveis explicativas e o desfecho deste estudo (gravidade da obesidade medida pelo escore z), com o procedimento *stepwise backward*.

O valor padrão de significância estatístico adotado foi  $p = 0,05$ .

*Resultados*

---

## 5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados primeiramente descrevendo-se a casuística em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicológicos das crianças e de seus responsáveis.

Foram avaliadas 77 crianças, 42 meninas (54,5%) e 35 (45,5%) meninos com idade média de 9,1 (DP±1,9) anos, variando entre seis e 12 anos e onze meses. Verificaram-se algumas diferenças, porém sem significância estatística, entre meninos e meninas na sua distribuição nas diferentes faixas etárias, chamando atenção que mais meninas tinham entre 10 e 12 anos (54,8%). Na descrição da escolaridade, predominaram crianças cursando do primeiro ano ao quinto ano do Ensino Fundamental, sendo 59,5% entre esses, meninas e 77,1% de meninos.

Em relação ao número de irmãos, foi observado que, embora sem significância estatística na comparação entre os sexos, 79,2% das crianças possuíam ao menos um irmão e identificou-se maior número crianças sem irmãos entre as meninas (23,8%).

Os responsáveis pelas crianças que participaram deste estudo eram predominantemente do sexo feminino (96,1%), sendo 88,3% as mães. Entre eles, a média de idade foi de 38,1 anos (DP±9,6), sendo 41,6% com até 35 anos, 49,3% na faixa de 36 a 49 anos e apenas 9,1% tinham acima de 50 anos. Com relação à escolaridade, foi possível observar que 46,7% desses participantes possuíam até oito anos de escola e 53,3% nove anos ou mais, sendo os responsáveis pelas meninas com maior grau de escolaridade (61,9%).

Foi observado, em relação à ocupação, que a maioria dos responsáveis (51,9%) realizava atividade remunerada e, entre os que não exerciam ocupações remuneradas, 35,1% referiram serem donas-de-casa. Dentre as ocupações relatadas por eles, constatou-se que predominaram ocupações aqui classificadas como qualificadas<sup>2</sup>. Também foi verificado que a maioria dos responsáveis que afirmaram trabalhar, apresentava maior escolaridade (68,3%).

A média da renda *per capita* dos participantes foi de R\$561,54 (DP±275,62). Verificou-se que 26,0% referiram renda *per capita* familiar de até meio salário

---

<sup>2</sup> Foram consideradas ocupações qualificadas aquelas que necessitam de treinamento prévio para seu exercício, e não qualificadas, aquelas que o treinamento não se faz necessário para o seu exercício.

mínimo e 49,3% e entre meio e um salário mínimo. Foi significativa a diferença da renda *per capita* familiar, em relação ao sexo das crianças, sendo mais elevada na família das meninas (40,5%). No entanto, considerando-se que as famílias das meninas eram menos numerosas, comparativamente à dos meninos, isto pode ter interferido na renda *per capita* familiar.

Em relação à situação conjugal do cuidador, observou-se que 79,2% dos responsáveis estavam em união consensual e dentre esses a maioria era responsável pelos meninos (82,9%).

De acordo com os resultados da tabela 1, que apresenta a distribuição de características sociodemográficas das crianças e seus responsáveis, segundo o sexo das crianças, foi estatisticamente significativa apenas a diferença em relação à renda *per capita* familiar.

**Tabela 1. Distribuição de números e porcentagens de características sociodemográficas das crianças e cuidadores, segundo sexo**

VARIÁVEL	TOTAL (N=77)		MENINAS (N=42)		MENINOS (N=35)		p*
	N	%	N	%	N	%	
<b>FAIXA ETÁRIA</b>							0,45
6 - 7 anos	19	24,7	11	26,2	8	22,9	
8 - 9 anos	19	24,7	8	19,0	11	31,4	
10 -12 anos	39	50,6	23	54,8	16	45,7	
<b>ESCOLARIDADE</b>							0,10
0 - 5 anos	52	67,5	25	59,5	27	77,1	
6 - 9 anos	25	32,5	17	40,5	8	22,9	
<b>IRMÃOS</b>							0,47
Não	16	20,8	10	23,8	6	17,1	
Sim	61	79,2	32	76,2	29	82,9	
<b>NÚMERO DE IRMÃOS</b>							0,58
Não possui	16	20,8	10	23,8	6	17,1	
1	24	31,2	14	33,3	10	28,6	
2 ou mais	37	48,0	18	42,9	19	54,3	
<b>CUIDADOR PRINCIPAL</b>							0,51
Mãe	68	88,3	38	90,5	30	85,7	
Outros	9	11,7	4	9,5	5	14,3	
<b>FAIXA ETÁRIA DO CUIDADOR</b>							0,14
Até 35 anos	32	41,6	14	33,3	18	51,4	
36 - 49 anos	38	49,3	25	59,5	13	37,2	
50 anos ou mais	7	9,1	3	7,1	4	11,4	
<b>ESCOLARIDADE DO CUIDADOR</b>							0,09
Até 8 anos	36	46,7	16	38,1	20	57,1	
9 anos ou mais	41	53,3	26	61,9	15	42,9	
<b>OCUPAÇÃO DO CUIDADOR</b>							0,06
Não trabalha	37	48,1	16	38,1	21	60,0	
Trabalha	40	51,9	26	61,9	14	40,0	
<b>RENDA PER CAPITA DA FAMÍLIA</b>							0,002
Até ½ S.M.	20	26,0	9	21,4	11	31,4	
½ - 1 S.M.	38	49,3	16	38,1	22	62,9	
1 ou mais S.M.	19	24,7	17	40,5	2	5,7	
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL DO CUIDADOR</b>							0,47
Sem companheiro	16	20,8	10	23,8	6	17,1	
União Consensual	61	79,2	32	76,2	29	82,9	

\* Teste  $\chi^2$  Legenda: S.M.=Salário Mínimo

A tabela 2 apresenta as médias e desvios padrão dos dados antropométricos das crianças, comparando-se meninas e meninos.

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os sexos apenas entre o percentil do IMC ( $p=0,01$ ) e escore z do IMC ( $p=0,006$ ). Constatou-se que meninos apresentaram médias mais elevadas do percentil e escore z do IMC quando comparados às meninas. O percentil médio do IMC foi de 98,8 ( $DP\pm 0,4$ ), e ao se compararem as médias de percentil obtidas para meninos (98,9;  $DP\pm 0,05$ ) e meninas (98,7;  $DP\pm 0,5$ ;  $p=0,01$ ), verificaram-se médias ligeiramente mais elevadas no sexo masculino. Observando-se os resultados do escore z, verificou-se que a média obtida foi de 3,0 ( $DP\pm 0,8$ ), sendo também identificadas maiores médias de escore z para os meninos.

Nas demais medidas antropométricas não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos. A média do IMC para as meninas foi de 26,7 ( $DP\pm 3,6$ ), bastante semelhante à média obtida para os meninos 27,6 ( $DP\pm 5,3$ ). A média de peso na casuística estudada foi de 57,4 ( $DP\pm 18,0$ ) quilos e a média de altura 144,2 ( $DP\pm 13,1$ ) centímetros.

**Tabela 2. Médias e desvios padrão dos dados antropométricos das crianças, segundo o sexo**

VARIÁVEL	TOTAL		MENINAS	MENINOS	p*
	MÉDIA	DP**	MÉDIA (DP)	MÉDIA (DP)	
Peso	57,4	18,0	57,5(16,0)	57,4 (20,4)	0,41
Altura	144,2	13,1	145,1(14,5)	143,0 (11,3)	0,32
IMC <sup>1</sup>	27,1	4,4	26,7(3,6)	27,6 (5,3)	0,73
Percentil	98,8	0,4	98,7(0,5)	98,9 (0,05)	<b>0,01</b>
Escore z	3,0	0,8	2,8(0,7)	3,2 (0,8)	<b>0,006</b>

\**Teste Mann Whitney* \*\*DP=Desvio Padrão Legenda: <sup>1</sup>IMC=Índice de Massa Corpórea

A tabela 3 apresenta os dados sobre a condição clínica das crianças com diagnóstico de obesidade, comparando-se meninas e meninos.

No presente estudo, foi observado que 34,7% das crianças avaliadas realizavam tratamento em serviços de saúde mental (neuropediatria (9,1%), psicologia (9,1%), psiquiatria (1,3%) e mais de uma especialidade (6,5%)). Dentre esses, embora sem diferença estatística significativa, foi maior o número de meninos (25,7%) em tratamento.

Nota-se que a porcentagem de comorbidades relacionadas à obesidade (hipercolesterolemia (18,2%), hipertrigliceremia (2,6%), resistência insulínica (3,9%), hipertensão arterial sistêmica (HAS) (2,6%), esteatose hepática, síndrome metabólica (7,8%)) foi ligeiramente maior no sexo masculino (34,3%), sem

significância estatística na comparação com as meninas (30,9%). Ainda foram observadas que 10,4% dos sujeitos avaliados já apresentavam mais de uma doença em decorrência da obesidade.

Ao avaliar a presença de histórico familiar de obesidade, observou-se que a maioria dos participantes apresentava pelo menos um membro da família com obesidade (80,5%). Dentre esses, 17,7%, 33,9% e 74,2% citaram pai, mãe e outros familiares, respectivamente (dados não mostrados em tabelas).

Segundo dados dos prontuários médicos examinados, 63,6% dos pacientes avaliados estavam em tratamento há mais de um mês. A média do tempo de tratamento dos pacientes era de 9,8 (DP±10,4) meses. Entre as meninas, a média foi de 10,8 meses (DP±10,9) e entre os meninos 8,6 (DP±9,7) meses (dados não mostrados em tabelas).

De acordo com a classificação do escore z, proposto pela OMS (WHO, 2007), 59,7% das crianças foram diagnosticadas como obesas e 40,3%, diagnosticadas como super obesas. Os meninos apresentaram maior prevalência na categoria super obeso (54,3%) quando comparados às meninas. De acordo com estes dados, na presente casuística, foi maior a prevalência de meninos com maior gravidade de obesidade, ( $p=0,02$ ).

**Tabela 3. Distribuição de números e porcentagens das características clínicas das crianças, segundo sexo**

VARIÁVEL	TOTAL		MENINAS		MENINOS		p*
	(N=77)		(N=42)		(N=35)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL</b>							0,84
Não	58	75,3	32	76,2	26	74,3	
Sim	19	34,7	10	23,8	9	25,7	
<b>COMORBIDADE<sup>1</sup></b>							0,75
Não	52	67,5	29	69,1	23	65,7	
Sim	25	32,5	13	30,9	12	34,3	
<b>HISTÓRICO FAMILIAR DE OBESIDADE</b>							0,49
Não	15	19,5	7	16,7	8	22,9	
Sim	62	80,5	35	83,3	27	77,1	
<b>ESCORE Z</b>							<b>0,02</b>
Obeso	46	59,7	30	71,4	16	45,7	
Super Obeso	31	40,3	12	28,6	19	54,3	

\* Teste  $\chi^2$  \*\*Teste Mann Whitney Legenda: <sup>1</sup>hipercolesterolemia, hipertriglicemia, Resistência Insulínica, HAS, Esteatose Hepática, Síndrome Metabólica.

A Tabela 4 apresenta os dados referentes às características psicológicas das crianças, comparadas em relação ao sexo.

Em relação à presença de apoio social, observou-se que 92,9% das meninas referiram ter apoio social para seu tratamento (em resposta à pergunta se consideravam que possuíam ajuda para o tratamento), comparativamente aos 82,9% dos meninos que relataram presença de apoio. Dentre as pessoas citadas como fornecedoras de ajuda para o tratamento, estavam a mãe (66,1%), a família toda (14,7%), a avó (11,8%), os médicos (8,8%) e outros (2,9%).

Verificou-se ainda que 41,6% dos responsáveis afirmaram que seus filhos passaram por alguma situação traumática no último ano. Dentre essas, foram citados, conflitos familiares (21,9%), morte de familiares (18,7%), doença grave na família (15,6%), terem sido submetidos a *bullying* (9,4%), doença/internação (9,4%), situações de violência (6,25%), dificuldade escolar (6,25%), abuso de álcool por familiares (6,25%), acidente de trânsito (3,1%) e mudança de cidade (3,1%). Segundo o relato das famílias, o número de meninos (51,4%), submetidos a essas situações traumáticas foi maior que o de meninas (33,3%). Tanto para presença de apoio social, como para vivência de eventos traumáticos não houve diferenças estatísticas significativas em relação ao sexo das crianças.

Também foi verificada a distribuição de características comportamentais e psicológicas, avaliadas pelo SDQ, segundo o sexo das crianças. Observaram-se 53,2% de casos de sintomas comportamentais, sendo 57,1% dos meninos avaliados e 50,0% entre as meninas, sem diferenças estatisticamente significativas entre eles. A pontuação média obtida no SDQ foi de 16,5 (DP $\pm$  7,8), lembrando-se que a pontuação neste instrumento pode variar de zero a 40 pontos.

Destaca-se que também não foram significativas as diferenças entre meninos e meninas em relação às porcentagens de casos e não casos de problemas comportamentais, em nenhuma das subescalas. No entanto, pode-se observar que a porcentagem de casos nas subescalas sintomas emocionais, problemas de conduta e hiperatividade foi mais alta entre os meninos, enquanto a avaliação dos problemas de relacionamento com os colegas foi ligeiramente mais alta entre as meninas. Em relação à subescala que avalia o comportamento pró-social, ou seja, os aspectos comportamentais positivos das crianças, constatou-se que a maioria das crianças apresentou comportamentos sociais adequados de acordo com as

situações descritas na escala (93,5%), chamando atenção que, entre as cinco crianças que não apresentavam esses comportamentos, três eram meninos.

**Tabela 4. Distribuição de números e porcentagens das características psicológicas das crianças, segundo sexo.**

VARIÁVEL	TOTAL		MENINAS		MENINOS		p*
	(N=77)		(N=42)		(N=35)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>APOIO SOCIAL</b>							0,17
Não	9	11,7	3	7,1	6	17,1	
Sim	68	88,3	39	92,9	29	82,9	
<b>EVENTO TRAUMÁTICO</b>							0,10
Não	45	58,4	28	66,7	17	48,6	
Sim	32	41,6	14	33,3	18	51,4	
<b>SDQ** TOTAL</b>							0,53
Não Caso	36	46,8	21	50,0	15	42,9	
Caso	41	53,2	21	50,0	20	57,1	
<b>SDQ – Sintomas Emocionais</b>							0,22
Não Caso	23	29,9	15	35,7	8	22,9	
Caso	54	70,1	27	64,3	27	77,1	
<b>SDQ – Problemas de Conduta</b>							0,54
Não Caso	49	63,7	28	66,7	21	60,0	
Caso	28	36,7	14	33,3	14	40,0	
<b>SDQ - Hiperatividade</b>							0,52
Não Caso	47	61,0	27	64,3	20	57,1	
Caso	30	39,0	15	35,7	15	42,9	
<b>SDQ – Problema de Relacionamento com os Colegas</b>							0,76
Não Caso	47	61,0	25	59,5	22	62,9	
Caso	30	39,0	17	40,5	13	37,1	
<b>SDQ- Comportamento Pró Social</b>							0,49
Não Caso	72	93,5	40	95,2	32	8,6	
Caso	5	6,5	2	4,8	3	91,4	

\* Teste  $\chi^2$  Legenda: \*\*SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades)

De acordo com os dados da tabela 5, observou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os estilos parentais de práticas educativas utilizados pelos responsáveis e o sexo das crianças. Em relação aos estilos parentais de práticas educativas positivas (monitoria positiva e comportamento moral), avaliadas pelo IEP, verificou-se predomínio do estilo parental classificado como ótimo/bom<sup>3</sup>. Já entre as categorias que avaliavam as práticas negativas, o abuso físico e monitoria negativa tiveram predomínio de comportamentos classificados como regulares/de risco. Os estilos parentais das práticas educativas

<sup>3</sup> Foram classificados como ótimo/bom os comportamentos parentais considerados adequados e em regular/de risco os comportamentos parentais considerados inadequados.

negativas de negligência, punição inconsistente e disciplina relaxada tiveram predomínio de comportamentos classificados como ótimo/bom, indicando práticas educativas adequadas em relação a estas subáreas. Em relação ao sexo da criança na avaliação pelo IEP, verificou-se maior predomínio de práticas parentais regulares ou de risco entre os cuidadores dos meninos nas categorias negligência (37,1%), disciplina relaxada (37,1%) e punição inconsistente (28,6%), enquanto que os responsáveis pelas meninas apresentaram predomínio de práticas regulares ou de risco nas categorias, abuso físico (66,7%), monitoria negativa (59,5%), monitoria positiva (9,5%) e comportamento moral (4,8%).

**Tabela 5. Distribuição de números e porcentagens dos estilos parentais dos responsáveis, segundo sexo da criança.**

VARIÁVEL	TOTAL		MENINAS		MENINOS		p*
	(N=77)		(N=42)		(N=35)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>ESTILOS PARENTAIS** -TOTAL</b>							0,72
Ótimo/Bom	50	64,9	28	66,7	22	62,9	
Regular/De Risco	27	35,1	14	33,3	13	37,1	
<b>MONITORIA POSITIVA</b>							0,53
Ótimo/Bom	71	92,2	38	90,5	33	94,3	
Regular/De Risco	6	7,8	4	9,5	2	5,7	
<b>COMPORTEAMENTO MORAL</b>							0,66
Ótimo/Bom	74	96,1	40	95,3	34	97,2	
Regular/De Risco	3	3,9	2	4,8	1	2,9	
<b>ABUSO FÍSICO</b>							0,39
Ótimo/Bom	29	37,7	14	33,3	15	42,9	
Regular/De Risco	48	62,3	28	66,7	20	57,1	
<b>NEGLIGÊNCIA</b>							0,56
Ótimo/Bom	51	66,2	29	69,1	22	62,9	
Regular/De Risco	26	33,8	13	30,9	13	37,1	
<b>MONITORIA NEGATIVA</b>							0,83
Ótimo/Bom	32	41,6	17	40,5	15	42,9	
Regular/De Risco	45	58,4	25	59,5	20	57,1	
<b>PUNIÇÃO INCONSISTENTE</b>							0,46
Ótimo/Bom	58	75,3	33	78,6	25	71,4	
Regular/De Risco	19	24,7	9	21,4	10	28,6	
<b>DISCIPLINA RELAXADA</b>							0,56
Ótimo/Bom	51	66,2	29	69,1	22	62,9	
Regular/De Risco	26	33,8	13	30,9	13	37,1	

\* Teste  $\chi^2$  \*\* Estilos parentais segundo o IEP (Inventário de Estilos Parentais; GOMIDE, 2007).

A tabela 6 descreve frequências e porcentagens de percepção corporal, insatisfação corporal e a percepção sobre o tamanho ideal que deveriam ter as crianças estudadas, segundo o sexo das crianças. Apresenta-se também a percepção sobre esses aspectos apresentadas pelos responsáveis pelas crianças. Essas percepções foram avaliadas pela Escala de Silhuetas (KAKESHITA et al. 2009). Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre percepção sobre o tamanho ideal, segundo a criança, e a variável sexo ( $p=0,02$ ). Identificou-se que os meninos apresentaram mais inadequação quanto à percepção ideal, ou seja, apresentaram maiores dificuldades em reconhecer qual seria o tamanho corporal adequado de acordo com sua altura, seu peso e sua faixa etária. As demais avaliações não apresentaram diferenças estatísticas em relação ao sexo. Chamou atenção que, apesar de a maioria dos meninos e meninas manifestarem desejo em diminuir de peso, o número de meninas (47,6%) que reconheceu o tamanho real de seus corpos foi maior que o número de meninos (40,0%), chamando atenção a baixa porcentagem daqueles que superestimaram seu tamanho corporal (7,8%).

Em relação à percepção parental sobre o corpo das crianças, também não foram encontradas diferenças estatísticas significativas segundo o sexo da criança. Verificou-se que a maioria dos responsáveis (53,2%) apresentou percepção adequada do tamanho corporal de seus filhos. No entanto, destaca-se que foi elevada a porcentagem daqueles que consideraram seus filhos mais magros (36,4%) do que eram, ou seja, que subestimaram o tamanho corporal. Além disso, responsáveis pelos meninos possuíram percepção mais adequada (57,1%) comparativamente aos responsáveis pelas meninas (50,0%). Foi elevado o número de responsáveis que desejavam que seus filhos diminuíssem o tamanho da silhueta (94,8%), porém chamou atenção que um dos responsáveis respondeu que gostaria que sua filha aumentasse o tamanho corporal (1,3%). Ao avaliar a percepção ideal sobre o tamanho do corpo das crianças, observou-se que 59,7% dos responsáveis reconheceram qual devia ser o tamanho da silhueta das crianças de acordo com a faixa etária de seus filhos.

**Tabela 6. Distribuição de números e porcentagens da percepção, insatisfação e percepção ideal das crianças e das mães em relação ao tamanho corporal das crianças, segundo sexo da criança**

VARIÁVEL	TOTAL		MENINAS		MENINOS		p*
	(N=77)		(N=42)		(N=35)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>PERCEPÇÃO CORPORAL da Criança **</b>							0,57
Adequada	34	44,2	20	47,6	14	40,0	
Superestimação	6	7,8	4	9,5	2	5,7	
Subestimação	37	48,0	18	42,9	19	54,3	
<b>INSATISFAÇÃO CORPORAL da criança</b>							0,40
Satisfeito	1	1,3	0	0,0	1	2,9	
Desejo em diminuir	73	94,8	41	97,6	32	91,4	
Desejo em aumentar	3	3,9	1	2,4	2	5,7	
<b>PERCEPÇÃO IDEAL da criança</b>							<b>0,02</b>
Adequada	37	48,1	25	59,5	12	34,3	
Alterada	40	51,9	17	40,5	23	65,7	
<b>PERCEPÇÃO CORPORAL da mãe</b>							0,79
Adequada	41	53,2	21	50,0	20	57,1	
Superestimação	8	10,4	5	11,9	3	8,6	
Subestimação	28	36,4	16	38,1	12	34,3	
<b>INSATISFAÇÃO CORPORAL da mãe</b>							0,59
Satisfeito	3	3,9	2	4,7	1	2,9	
Desejo em diminuir	73	94,8	39	92,9	34	97,1	
Desejo em aumentar	1	1,3	1	2,4	0	0,0	
<b>PERCEPÇÃO IDEAL da mãe</b>							0,67
Adequada	46	59,7	26	61,9	20	57,1	
Alterada	31	40,3	16	38,1	15	42,9	

\* Teste  $\chi^2$  Legenda: \*\* Escala de silhuetas (KAKESHITA et al. 2009)

A tabela 7 é referente à análise da saúde mental da mãe ou responsável (sintomas ansiosos e depressivos) em relação ao sexo da criança. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o sexo. Entretanto, verificou-se porcentagens elevadas entre os responsáveis que apresentaram sintomas de ansiedade estado (48,1%), ansiedade traço (41,6%) e sintomas depressivos (39,0%). Também foram observados, na comparação com o sexo, que os responsáveis pelos meninos apresentaram maior pontuação para ansiedade estado (51,4%), ansiedade traço (42,9%) e sintomas depressivos (42,9%).

**Tabela 7. Distribuição de números e porcentagens dos sintomas de ansiedade e de depressão dos responsáveis, segundo sexo das crianças.**

VARIÁVEL	TOTAL		MENINAS		MENINOS		p*
	(N=77)		(N=42)		(N=35)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>ANSIEDADE ESTADO</b>							0,58
Não	40	51,9	23	54,8	17	48,6	
Sim	37	48,1	19	45,2	18	51,4	
<b>ANSIEDADE TRAÇO</b>							0,83
Não	45	58,4	25	59,5	20	57,1	
Sim	32	41,6	17	40,5	15	42,9	
<b>SINTOMAS DEPRESSIVOS</b>							0,52
Não	47	61,0	27	64,3	20	57,1	
Sim	30	39,0	15	35,7	15	42,9	

\* Teste  $\chi^2$

Com as análises apresentadas a seguir, pretendeu-se investigar a associação do grau da obesidade das crianças em relação às variáveis sociodemográficas, clínicas, psicológicas, estilos parentais e percepção corporal. Para isso, optou-se em estudar o escore z do IMC tomado como variável contínua e o escore z dicotomizado, o que permitiu classificar as crianças segundo seu grau de obesidade (obesas e super obesas).

A tabela 8 descreve as médias e medianas do escore z, tomado como variável contínua e a comparação das distribuições dos escores z segundo as categorias das variáveis sociodemográficas. Verificou-se que diferiram significativamente apenas as distribuições do escore z das crianças quando essas foram comparadas em relação à faixa etária ( $p=0,003$ ). Observou-se que crianças entre seis e sete anos apresentavam escore z médio mais elevado (Médias 3,6;  $DP\pm 1,0$  X 3,0;  $DP\pm 0,8$  X 2,7  $DP\pm 0,5$ ) e mediana do escore z mais elevada (Md 3,5 X 2,8 X 2,6) em comparação às crianças mais velhas.

Para as demais variáveis sociodemográficas não foram encontradas associações estatísticas significativas. No entanto, cabe destacar que médias mais elevadas de escore z foram observadas entre os filhos únicos (3,1;  $DP\pm 0,7$ ), entre as crianças que tinham como cuidador principal os avós, tios ou pai (3,1;  $DP\pm 0,7$ ), cujos cuidadores tinham idades entre 36 e 49 anos (3,1;  $DP\pm 0,9$ ), com escolaridade acima de nove anos (3,1;  $DP\pm 0,8$ ), que realizavam atividade remunerada (3,2;  $DP\pm 0,9$ ) e possuíam renda *per capita* entre meio e um salário mínimo (3,2  $DP\pm 0,9$ ) e sem companheiro (3,3;  $DP\pm 0,9$ ).

Tabela 8. Associação entre o escore z e variáveis sociodemográficas

VARIÁVEL	ESCORE Z			p*
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA	
<b>FAIXA ETÁRIA**</b>				<b>0,003</b>
6-7 anos	3,6	1,0	3,5 (2,2-5,3)	
8-9 anos	3,0	0,8	2,8 (2,1-5,3)	
10-12 anos	2,7	0,5	2,6 (2,0-4,0)	
<b>IRMÃOS</b>				<b>0,33</b>
Não possui	3,1	0,7	3,3 (2,1-4,6)	
Possui	3,0	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
<b>CUIDADOR PRINCIPAL</b>				<b>0,42</b>
Mãe	3,0	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
Outros	3,1	0,7	3,2 (2,1-4,6)	
<b>FAIXA ETÁRIA DO CUIDADOR**</b>				<b>0,77</b>
Até 35 anos	2,9	0,6	2,8 (2,0-4,6)	
Entre 36 e 49 anos	3,1	0,9	2,7 (2,0-5,3)	
Acima de 50 anos	3,0	0,5	3,2 (2,1-3,4)	
<b>ESCOLARIDADE DO CUIDADOR</b>				<b>0,28</b>
Até 8 anos	2,9	0,8	2,7 (2,0-5,3)	
Acima de 9 anos	3,1	0,8	2,9 (2,1-5,3)	
<b>OCUPAÇÃO DO CUIDADOR</b>				<b>0,12</b>
Não trabalha	2,8	0,5	2,8 (2,0-4,2)	
Trabalha	3,2	0,9	2,8 (2,0-5,3)	
<b>RENDA PER CAPITA DA FAMÍLIA</b>				<b>0,25</b>
Até 1/2 S.M.	2,8	0,5	2,7 (2,0-4,2)	
1/2 - 1S.M.	3,2	0,9	3,2 (2,0-5,3)	
1 ou mais SM	3,0	0,8	2,8 (2,1-5,3)	
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL DO CUIDADOR</b>				<b>0,16</b>
Sem companheiro	3,3	0,9	3,3 (2,0-5,2)	
União Consensual	3,0	0,7	2,8 (2,0-5,3)	

\*\*TESTE DE KRUSKAL WALLIS \*TESTE DE MANN-WHITNEY Legenda: S.M. = Salário Mínimo

Os resultados do estudo da associação do escore z dicotomizado, que permitiu classificar as crianças como obesas (n=46; 59,7%) e 31 crianças (40,3%) como super obesas, com variáveis sociodemográficas estão apresentados na tabela 9. Observou-se associação significativa estatisticamente apenas em relação à faixa etária das crianças (p=0,008) e situação conjugal do cuidador (p=0,04). Verificou-se maior porcentagem de crianças obesas entre as aquelas que possuíam de 10 a 12 anos (74,4%) e observou-se também maior prevalência de super obesas entre as mais novas (68,4%).

Em relação à situação conjugal atual do cuidador ( $p=0,04$ ), observou-se que, entre as crianças cujos pais não estavam vivendo com companheiros, foi maior o número de crianças classificadas como super obesas (62,5%).

Para as demais variáveis sociodemográficas não foram encontradas associações estatisticamente significativas. Porém, cabe destacar que foi maior a porcentagem de crianças super obesas que eram filhos únicos (56,3%), que eram cuidados por outras pessoas que não a mãe (55,6%), cujos cuidadores tinham mais de 50 anos (71,4%) e apresentavam renda *per capita* entre meio e um salário mínimo (52,6%). Entre as crianças com menor gravidade de obesidade foi maior a porcentagem de cuidadores que tinham nível de escolaridade acima de nove anos (53,7%) e realizavam atividade remunerada (52,5%).

**Tabela 9. Distribuição e associação das variáveis sociodemográficas em relação à classificação da obesidade segundo o escore z\*\***

VARIÁVEL	TOTAL		OBESO**		SUPER OBESO**		p*
	(N=77)		(N= 46)		(N= 31)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>FAIXA ETÁRIA DA CRIANÇA</b>							<b>0,008</b>
6 - 7 anos	19	24,7	6	31,6	13	68,4	
8 - 9 anos	19	24,7	11	57,9	8	42,1	
10 -12 anos	39	50,6	29	74,4	10	25,6	
<b>IRMÃOS</b>							<b>0,14</b>
Não	16	20,8	7	43,7	9	56,3	
Sim	61	79,2	39	63,9	22	36,1	
<b>NÚMERO DE IRMÃOS</b>							<b>0,26</b>
Não Possui	16	20,8	7	43,7	9	56,3	
1	24	31,2	14	58,3	10	41,7	
2 ou mais	37	48,0	25	67,6	12	32,4	
<b>CUIDADOR PRINCIPAL</b>							<b>0,31</b>
Mãe	68	88,3	42	61,8	26	38,2	
Outros	9	11,7	4	44,4	5	55,6	
<b>FAIXA ETÁRIA DO CUIDADOR</b>							<b>0,21</b>
Até 35 anos	32	41,6	20	62,5	12	37,5	
Entre 36 e 49 anos	38	49,3	24	63,2	14	36,8	
Acima de 50 anos	7	9,1	2	28,6	5	71,4	
<b>ESCOLARIDADE DO CUIDADOR</b>							<b>0,24</b>
Até 8 anos	36	46,7	24	66,7	12	33,3	
Acima de 9 anos	41	53,3	22	53,7	19	46,3	
<b>OCUPAÇÃO DO CUIDADOR</b>							<b>0,17</b>
Não trabalha	37	48,1	25	67,6	12	32,4	
Trabalha	40	51,9	21	52,5	19	47,5	
<b>RENDA PER CAPITA DA FAMÍLIA</b>							<b>0,08</b>
Até 1/2 S.M.	20	26,0	15	75,0	5	25,0	
1/2-1 S.M.	38	49,3	18	47,4	20	52,6	
1 S.M. ou mais	19	24,7	13	68,4	6	31,6	
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL DO CUIDADOR</b>							<b>0,04</b>
Sem companheiro	16	20,8	6	37,5	10	62,5	
União Consensual	61	79,2	40	65,6	21	34,4	

\* Teste X<sup>2</sup> Legenda: S.M.=Salário Mínimo \*\* Considera-se obeso quando z for maior ou igual a 2 e menor que 3 e considera-se super obeso quando z for maior que 3.

Observou-se, como mostra a tabela 10, que não houve associações estatisticamente significativas na distribuição do escore z em relação às variáveis clínicas estudadas. Entretanto, verificou-se que as médias do escore z das crianças foram mais elevadas entre as que realizavam tratamento em serviços de saúde mental (Média 3,1; DP±0,8), apresentavam algum tipo de comorbidade (Média 3,2; DP±1,0) e possuíam histórico familiar de obesidade (Média 3,1; DP±0,8).

**Tabela 10. Associação entre as variáveis clínicas e o escore z**

VARIÁVEL	ESCORE Z			p*
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA	
<b>TRATAMENTO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL</b>				0,51
Não	3,0	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
Sim	3,1	0,8	2,8 (2,0-5,2)	
<b>COMORBIDADE</b>				0,29
Não	2,9	0,6	2,8 (2,0-5,2)	
Sim	3,2	1,0	2,8 (2,1-5,3)	
<b>HISTÓRICO FAMILIAR DE OBESIDADE</b>				0,55
Não	2,8	0,5	2,7 (2,0-3,7)	
Sim	3,1	0,8	2,8 (2,0-5,3)	

\*TESTE DE MANN-WHITNEY

Na tabela 11, chama atenção que foram mais elevadas as porcentagens de crianças obesas, que realizavam algum tipo de tratamento com profissionais de saúde mental (57,9%), que apresentavam comorbidade (56,0%) e que apresentavam histórico familiar de obesidade (58,1%).

Comparando-se, nesta tabela, a distribuição de obesos e super obesos em relação à essas variáveis, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 11. Distribuição e associação das variáveis clínicas em relação ao escore z\*\***

VARIÁVEL	TOTAL		OBESO**		SUPER OBESO**		p*
	(N=77)		(N= 46)		(N= 31)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>TRATAMENTO EM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL</b>							0,85
Não	58	75,3	35	60,3	23	39,7	
Sim	19	34,7	11	57,9	8	42,1	
<b>COMORBIDADE</b>							0,64
Não	52	67,5	32	61,5	20	38,5	
Sim	25	32,5	14	56,0	11	44,0	
<b>HISTÓRICO FAMILIAR DE OBESIDADE</b>							0,54
Não	15	19,5	10	66,7	5	33,3	
Sim	62	80,5	36	58,1	26	41,9	

\* Teste  $\chi^2$  Legenda: \*\* Considera-se obeso quando z for maior ou igual a 2 e menor que 3 e considera-se super obeso quando z for maior que 3.

As distribuições dos valores do escore z em relação às variáveis psicológicas dos responsáveis também não diferiram, como observado na tabela 12. No entanto, observou-se que as médias e as medianas do escores z estiveram sistematicamente mais elevadas em crianças cujos mães/responsáveis apresentavam estilos parentais classificados como regulares ou de risco (IEP), aqui denominados de inadequados, embora as diferenças não tenham sido significativas estatisticamente. Essa observação também ocorreu entre aquelas crianças, cujos cuidadores apresentavam pior saúde mental, segundo a avaliação da presença de ansiedade estado ou traço (IDATE Estado, IDATE Traço), também sem significância estatística. Destaca-se que isso não se verificou em relação aos sintomas depressivos (BDI), em que as médias do escore z foram iguais. Nota-se ainda que a média do escore z obtida por crianças cuidadas por pessoas que apresentavam percepção alterada sobre o corpo da criança foi minimamente menor em relação àquelas cujos cuidadores apresentavam percepção corporal adequada (3,1; DP $\pm$ 0,8 X 2,9; DP $\pm$ 0,8). Essa diferença, embora não significativa estatisticamente, também se observou em relação à percepção ideal do cuidador (3,1 DP $\pm$ 0,7 X 3,0 DP $\pm$ 0,9). E ainda, médias mais elevadas de escore z foram observadas em crianças cujos cuidadores estavam insatisfeitos com o tamanho corporal na época da aplicação dos instrumentos.

**Tabela 12. Associação entre o escore z e as variáveis psicológicas dos responsáveis**

VARIÁVEL	ESCORE Z			p*
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA	
<b>ESTILOS PARENTAIS</b>				0,81
Ótimo/Bom	3,0	0,7	2,8 (2,0-5,3)	
Regular/ De risco	3,1	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
<b>ANSIEDADE ESTADO</b>				0,11
Não	2,9	0,8	2,7 (2,0-5,3)	
Sim	3,1	0,8	2,9 (2,0-5,2)	
<b>ANSIEDADE TRAÇO</b>				0,09
Não	3,0	0,9	2,7 (2,0-5,3)	
Sim	3,1	0,6	2,9 (2,0-5,2)	
<b>SINTOMAS DEPRESSIVOS</b>				0,33
Não	3,0	0,9	2,8 (2,0-5,3)	
Sim	3,0	0,6	2,9 (2,0-4,2)	
<b>PERCEPÇÃO CORPORAL da Mãe</b>				0,09
Adequada	3,1	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
Alterada	2,9	0,8	2,6 (2,0-5,2)	
<b>INSATISFAÇÃO CORPORAL da mãe</b>				0,21
Satisfeito	2,5	0,6	2,3 (2,1-3,3)	
Insatisfeito	3,0	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
<b>PERCEPÇÃO IDEAL da mãe</b>				0,31
Adequada	3,1	0,7	2,8 (2,1-5,3)	
Alterada	3,0	0,9	2,7 (2,0-5,3)	

\*TESTE DE MANN-WHITNEY

Analisando-se a gravidade da obesidade, segundo o escore z categorizado, também em relação às variáveis psicológicas, constatou-se que não ocorreram associações estatisticamente significativas ao se compararem crianças classificadas como obesas e as classificadas como super obesas. Assim sendo, como mostra a tabela 13, os indicativos de saúde mental materna, o estilo parental e a percepção, insatisfação e percepção ideal da mãe sobre o corpo da criança não se associaram significativamente a serem as crianças obesas ou super obesas, segundo o escore z. No entanto, cabe destacar que os cuidadores de crianças obesas apresentaram frequências mais elevadas, que os cuidadores das classificadas como super obesas, em relação ao estilo parental regular/de risco (59,3%), aos que apresentavam sintomas ansiosos - ansiedade estado (56,8%) e ansiedade traço (53,1%) e sintomas depressivos (53,3%), percepção corporal alterada (63,9%), e ideal alterada

(61,3%) e ainda entre aqueles cuidadores que apresentaram maior insatisfação com o tamanho corporal de seus filhos (59,5 %).

**Tabela 13. Distribuição e associação das variáveis psicológicas dos responsáveis em relação ao escore z\*\***

VARIÁVEL	TOTAL		OBESO**		SUPER OBESO**		p*
	(N=77)		(N=46)		(N=31)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>ESTILOS PARENTAIS</b>							0,95
Ótimo/Bom	50	64,9	30	60,0	20	40,0	
Regular/ De risco	27	31,1	16	59,3	11	40,7	
<b>ANSIEDADE ESTADO</b>							0,60
Não	40	51,9	25	62,5	15	37,5	
Sim	37	48,1	21	56,8	16	43,2	
<b>ANSIEDADE TRAÇO</b>							0,50
Não	45	58,4	29	64,4	16	35,6	
Sim	32	41,6	17	53,1	15	46,9	
<b>SINTOMAS DEPRESSIVOS</b>							0,36
Não	47	61,0	30	63,8	17	36,2	
Sim	30	39,0	16	53,3	14	46,7	
<b>PERCEPÇÃO CORPORAL da mãe</b>							0,48
Adequado	41	53,3	23	56,1	18	43,9	
Alterada	36	46,7	23	63,9	13	36,1	
<b>INSATISFAÇÃO CORPORAL da mãe</b>							0,80
Satisfeito	3	3,9	2	66,7	1	33,3	
Insatisfeito	74	96,1	44	59,5	30	40,5	
<b>PERCEPÇÃO IDEAL da mãe</b>							0,82
Adequado	46	59,7	27	58,7	19	41,3	
Alterado	31	40,3	19	61,3	12	38,7	

\* Teste  $\chi^2$  Legenda: \*\*\* Considera-se obeso quando z for maior ou igual a 2 e menor que 3 e considera-se super obeso quando z for maior que 3.

De acordo com a tabela 14 observou-se que não houve associação estatisticamente significativa da distribuição dos valores do escore z em relação às categorias do IEP. Nota-se que a média do escore z foi pouco mais elevada quando os estilos parentais foram categorizados como sendo de práticas regulares ou de risco na pontuação total (3,1; DP $\pm$ 0,8). Já em relação aos estilos parentais positivos, foi encontrada média do escore z pouco mais elevada quando se tratava de práticas regulares ou de risco na categoria “monitoria positiva”, (Média 3,1; DP $\pm$ 1,1). Já em relação ao “comportamento moral”, a média de escore z foi mais elevada nos estilos parentais identificados como adequados, os classificados como ótimo e bom, (Média 3,0; DP $\pm$ 0,8). Na comparação dos valores de escore z em relação a alguns estilos

parentais negativos, “disciplina relaxada” (3,2; DP±0,9), “negligência” (3,1; DP±0,8) e “monitoria negativa” (3,1; DP±0,8) observou-se que predominaram médias mais elevadas nos estilos parentais classificados como regulares ou de risco, enquanto para os estilos parentais “abuso físico” e “punição inconsistente” foram mais elevadas as médias do escore z nos estilos parentais classificados como ótimo ou bom.

**Tabela 14. Associação entre o escore z e estilos parentais segundo o IEP**

VARIÁVEL	ESCORE Z			
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA	p*
<b>ESTILOS PARENTAIS **</b>				0,81
Ótimo/Bom	3,0	0,7	2,8 (2,0-5,3)	
Regular/De Risco	3,1	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
<b>MONITORIA POSITIVA</b>				0,81
Ótimo/Bom	3,0	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
Regular/De Risco	3,1	1,1	2,7 (2,4-5,3)	
<b>COMPORTAMENTO MORAL</b>				0,87
Ótimo/Bom	3,0	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
Regular/De Risco	2,8	0,0	2,8 (2,8-2,8)	
<b>ABUSO FÍSICO</b>				0,92
Ótimo/Bom	3,1	0,9	2,8 (2,0-5,3)	
Regular/De Risco	3,0	0,7	2,8 (2,0-5,2)	
<b>NEGLIGÊNCIA</b>				0,51
Ótimo/Bom	3,0	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
Regular/De Risco	3,1	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
<b>MONITORIA NEGATIVA</b>				0,45
Ótimo/Bom	3,0	0,8	2,8 (2,0-4,9)	
Regular/De Risco	3,1	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
<b>PUNIÇÃO INCONSISTENTE</b>				0,44
Ótimo/Bom	3,1	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
Regular/De Risco	2,9	0,6	2,7 (2,0-4,0)	
<b>DISCIPLINA RELAXADA</b>				0,49
Ótimo/Bom	3,0	0,7	2,8 (2,0-4,9)	
Regular/De Risco	3,2	0,9	2,8 (2,1-5,3)	

\*TESTE DE MANN-WHITNEY Legenda: \*\* Inventário de Estilos Parentais (GOMIDE, 2007).

Como se vê na tabela 15, não foram encontradas associações estatísticas significativas entre estilos parentais e o escore z. Na avaliação geral observou-se maior porcentagem de estilos parentais categorizados como ótimo/bom entre as crianças classificadas como obesas (60,0%) que em relação às classificadas como super obesas (40,0%). Nas práticas parentais positivas, avaliadas pelas categorias

“monitoria positiva” (83,3%) e “comportamento moral” (100,0%), houve frequências mais elevadas de práticas regulares ou de risco em crianças categorizadas como obesas. Em relação às chamadas práticas negativas, a frequência de pais de crianças obesas que apresentaram práticas regulares ou de risco foi mais elevada em todas as categorias dos estilos parentais: “abuso físico” (64,6%), “monitoria negativa” (60,0%), “punição inconsistente” (68,4%). “negligência” (57,7%) e disciplina relaxada (57,7%).

**Tabela 15. Distribuição e associação dos estilos parentais, medido pelo IEP, em relação ao escore z.**

VARIÁVEL	TOTAL		OBESO**		SUPER OBESO**		p*
	(N=77)		(N=46)		(N=31)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>ESTILOS PARENTAIS***</b>							0,95
Ótimo/Bom	50	64,9	30	60,0	20	40,0	
Regular/De Risco	27	35,1	16	59,3	11	40,7	
<b>MONITORIA POSITIVA</b>							0,22
Ótimo/Bom	71	92,2	41	57,7	30	42,3	
Regular/De Risco	6	7,8	5	83,3	1	16,7	
<b>COMPORTAMENTO MORAL</b>							0,14
Ótimo/Bom	74	96,1	43	58,1	31	41,9	
Regular/De Risco	3	3,9	3	100,0	0	0,0	
<b>ABUSO FÍSICO</b>							0,26
Ótimo/Bom	29	37,7	15	51,7	14	42,3	
Regular/De Risco	48	62,3	31	64,6	17	35,4	
<b>NEGLIGÊNCIA</b>							0,79
Ótimo/Bom	51	66,2	31	60,8	20	39,2	
Regular/De Risco	26	33,8	15	57,7	11	42,3	
<b>MONITORIA NEGATIVA</b>							0,95
Ótimo/Bom	32	41,6	19	59,4	13	40,6	
Regular/De Risco	45	58,4	27	60,0	18	40,0	
<b>PUNIÇÃO INCONSISTENTE</b>							0,37
Ótimo/Bom	58	75,3	33	56,9	25	43,1	
Regular/De Risco	19	24,7	13	68,4	6	31,6	
<b>DISCIPLINA RELAXADA</b>							0,79
Ótimo/Bom	51	66,2	31	60,8	20	39,2	
Regular/De Risco	26	33,8	15	57,7	11	42,3	

\* Teste  $\chi^2$  Legenda: \*\* Considera-se obeso quando z for maior ou igual a 2 e menor que 3 e considera-se super obeso quando z for maior que 3. \*\*\* (Inventário de Estilos Parentais; GOMIDE, 2007).

Na avaliação das variáveis psicológicas da criança (presença ou não de apoio social, ter vivenciado evento traumático e apresentar problemas comportamentais e

emocionais) foram observadas médias mais elevadas do escore z entre as categorias que podem ser consideradas como indicativas de risco, ou seja, crianças que referiram não ter apoio social apresentaram média mais elevada do escore z quando comparadas às que relataram possuir alguém que as ajudava a fazer o tratamento para obesidade (Média 3,4; DP $\pm$ 1,2 X 3,0; DP $\pm$ 0,7). Médias de escore z mais elevadas foram observadas entre as crianças que vivenciaram, segundo seus pais ou responsáveis, algum tipo de evento traumático (Média 3,2 DP $\pm$ 0,8).

Também se constatou que as crianças que apresentaram médias mais elevadas no escore z foram aquelas que apresentaram problemas psicológicos e comportamentais, segundo o SDQ. Isso também foi observado nas subescalas sintomas emocionais, problemas de conduta e hiperatividade. No entanto, houve diferença estatística significativa entre os valores do escore z, segundo o teste de Mann Whitney, entre casos e não casos de problemas psicológicos apenas na categoria sintomas emocionais (p=0,02).

Analisando-se o escore z em relação à imagem corporal da criança, verificou-se associação estatisticamente significativa entre a percepção corporal que a criança possuía de seu corpo e os valores do escore z (p=0,03). Identificou-se que as crianças apresentaram maiores médias e medianas de escore z em relação à categoria “subestimação do tamanho corporal”.

Associação estatística significativa também foi observada em relação à variável percepção ideal (p=0,03). Médias e medianas do escore z foram mais elevadas entre aqueles que superestimaram seu tamanho ideal. Embora não tenha ocorrido associação estatística significativa em relação a variável insatisfação corporal, cabe destacar que a maior média (5,2 DP $\pm$ 0,0) e mediana (5,2) do escore z foi verificada em uma criança que respondeu estar satisfeita com seu tamanho corporal (Tabela 16).

**Tabela 16. Associação entre o escore z e variáveis psicológicas da criança**

VARIÁVEL	ESCORE Z			p*
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA	
<b>APOIO SOCIAL</b>				0,40
Sim	3,0	0,7	2,8 (2,0-5,3)	
Não	3,4	1,2	2,7 (2,4-5,2)	
<b>EVENTO TRAUMÁTICO</b>				0,17
Sim	3,2	0,8	3,0 (2,0-5,3)	
Não	2,9	0,7	2,7 (2,0-5,3)	
<b>SDQ*** TOTAL</b>				0,26
Não Caso	2,9	0,6	2,8 (2,0-4,6)	
Caso	3,2	0,9	2,8 (2,0-5,3)	
<b>SDQ – Sintomas Emocionais</b>				<b>0,02</b>
Não Caso	2,8	0,7	2,6 (2,0-5,3)	
Caso	3,1	0,8	2,9 (2,0-5,3)	
<b>SDQ – Problemas de Conduta</b>				0,39
Não Caso	2,9	0,6	2,8 (2,0-4,9)	
Caso	3,2	1,0	2,9 (2,0-5,3)	
<b>SDQ - Hiperatividade</b>				0,30
Não Caso	2,9	0,7	2,7 (2,0-5,2)	
Caso	3,2	0,9	2,9 (2,0-5,3)	
<b>SDQ – Problema de Relacionamento com os Colegas</b>				0,97
Não Caso	3,0	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
Caso	3,0	0,7	2,8 (2,1-5,3)	
<b>SDQ- Comportamento Pró Social</b>				0,93
Não Caso	3,0	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
Caso	3,0	0,4	3,2 (2,4-3,4)	
<b>PERCEPÇÃO CORPORAL ****</b>				<b>0,03</b>
Adequada	2,9	0,7	2,8 (2,0-5,3)	
Superestimação	2,5	0,3	2,4 (2,2-3,2)	
Subestimação	3,2	0,8	3,0 (2,1-5,3)	
<b>INSATISFAÇÃO CORPORAL</b>				0,23
Satisfeito	5,2	0,0	5,2 (5,2-5,2)	
Desejo em diminuir	3,0	0,8	2,8 (2,0-5,3)	
Desejo em aumentar	3,1	0,5	3,2 (2,6-3,5)	
<b>PERCEPÇÃO IDEAL</b>				<b>0,03</b>
Adequada	3,0	0,7	2,7 (2,0-5,3)	
Superestimação	3,3	0,9	3,2 (2,1-5,3)	
Subestimação	2,7	0,7	2,6 (2,0-4,6)	

\*TESTE DE MANN-WHITNEY Legenda: \*\*\* SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades). \*\*\*\* Escala de Silhuetas (KAKESHITA et al., 2009)

A tabela 17 apresenta as variáveis psicológicas da criança em relação ao escore z categorizado indicando obesidade e super obesidade. Não foram

encontradas associações estatísticas significativas, no entanto, observou-se que foi maior a porcentagem de crianças obesas, comparadas às super obesas, que relataram não ter apoio social para o tratamento (55,6%), entre as que apresentaram problemas comportamentais e psicológicos (56,1%) e, que pontuaram como caso nas subescalas sintomas emocionais (53,7%), problemas de conduta (53,6%), hiperatividade (56,7%), e ainda na subescala problemas de relacionamento com os colegas (60,0%). Na escala de comportamento pró social, também foi observado que as crianças classificadas como obesas apresentaram maior porcentagem de comportamentos adequados (61,1%).

Em relação à imagem corporal da criança também não foram encontradas associações estatísticas significativas na comparação entre crianças obesas e super obesas. Notou-se, no entanto, que as crianças obesas foram as que mais apresentaram adequação na sua percepção corporal (64,7%) comparativamente às super obesas (35,3%). Entre as seis crianças que superestimaram seu peso corporal, cinco eram obesas e das 37 crianças que subestimaram seu peso, observaram-se porcentagens bastante semelhantes entre obesas (51,3%) e as super obesas (48,7%). Já em relação à insatisfação com o tamanho corporal apenas uma criança estava satisfeita, e havia sido classificada como super obesa, resultado que confirma as respostas que indicam o desejo de mudança no tamanho da silhueta, em que 94,8% desejavam diminuir o tamanho da silhueta, sendo esses 61,6% de crianças obesas e 38,4% das super obesas. Chamou atenção que das três crianças que relataram desejar aumentar sua silhueta; duas haviam sido classificadas como super obesas.

Com relação à percepção ideal, notou-se que, como se vê na tabela 17, apenas 46,7% das crianças apresentaram uma percepção adequada do seu tamanho ideal. Entre essas predominaram as crianças obesas (63,9%). Das que apresentaram percepção inadequada, 28,6% superestimaram essa percepção (obesas 40,9% X super obesas 59,1%). Subestimaram a percepção ideal, 24,7%, das quais, 73,7% haviam sido classificadas como obesas.

**Tabela 17. Distribuição e associação das variáveis psicológicas da criança em relação ao escore z.**

VARIÁVEL	TOTAL		OBESO**		SUPER OBESO**		p*
	(N=77)		(N=46)		(N=31)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>APOIO SOCIAL</b>							0,78
Não	9	11,7	5	55,6	4	44,4	
Sim	68	88,3	41	60,3	27	39,7	
<b>EVENTO TRAUMÁTICO</b>							0,14
Não	45	58,4	30	66,7	15	33,3	
Sim	32	41,6	16	50,0	16	50,0	
<b>SDQ*** TOTAL</b>							0,48
Não Caso	36	46,8	23	63,9	13	36,1	
Caso	41	53,2	23	56,1	18	43,9	
<b>SDQ – Sintomas Emocionais</b>							0,09
Não Caso	23	29,9	17	73,9	6	26,1	
Caso	54	70,1	29	53,7	25	46,3	
<b>SDQ – Problemas de Conduta</b>							0,40
Não Caso	49	63,7	31	63,3	18	36,7	
Caso	28	36,7	15	53,6	13	46,4	
<b>SDQ - Hiperatividade</b>							0,66
Não Caso	47	61,0	29	61,7	18	38,3	
Caso	30	39,0	17	56,7	13	43,3	
<b>SDQ – Problema de Relacionamento com os Colegas</b>							0,97
Não Caso	47	61,0	28	59,6	19	40,4	
Caso	30	39,0	18	60,0	12	40,0	
<b>SDQ- Comportamento Pró Social</b>							0,35
Não Caso	72	93,5	44	61,1	28	38,9	
Caso	5	6,5	2	40,0	3	60,0	
<b>Percepção corporal****</b>							0,24
Adequada	34	44,2	22	64,7	12	35,3	
Superestimação	6	7,8	5	83,3	1	16,7	
Subestimação	37	48,0	19	51,3	18	48,7	
<b>Insatisfação corporal</b>							0,29
Satisfeito	1	1,3	0	0,0	1	100,0	
Desejo em diminuir	73	94,8	45	61,6	28	38,4	
Desejo em aumentar	3	3,9	1	33,3	2	66,7	
<b>Percepção ideal</b>							0,08
Adequada	36	46,7	23	63,9	13	36,1	
Superestimação	22	28,6	9	40,9	13	59,1	
Subestimação	19	24,7	14	73,7	5	26,3	

\* Teste  $\chi^2$  Legenda: \*\* Considera-se obeso quando z for maior ou igual a 2 e menor que 3 e considera-se super obeso quando z for maior que 3. \*\*\* SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e Dificuldades). \*\*\*\* Escala de Silhuetas (KAKESHITA et al., 2009)

Na análise multivariada (Tabela 18), utilizou-se a regressão múltipla, para verificar-se a presença de associação livre de confusão entre os valores do escore z com as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas.

Integraram essa análise as variáveis que se associaram ao escore z na análise bivariada ( $p < 0,20$ ): sexo, faixa etária, ocupação do cuidador (trabalha e não trabalha), situação conjugal do cuidador (com companheiro e sem companheiro), evento traumático (sim e não). Integraram ainda os modelos da regressão múltipla, o resultado do SDQ na categoria sintomas emocionais, e ainda variáveis relativas à saúde mental materna, ansiedade estado e ansiedade traço, percepção corporal da mãe e percepção corporal e ideal da criança.

No quadro 1, apresentam-se as variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas associadas ao escore z, com  $p < 0,20$ , que participaram do modelo de regressão:

**Quadro 1. Lista de variáveis que participaram do modelo de regressão múltipla.**

Variável	P
Sexo	0,02
Faixa etária da criança	<0,01
Situação conjugal do cuidador	0,16
Ocupação do cuidador	0,12
Ansiedade estado	0,11
Ansiedade traço	0,09
Percepção corporal da mãe	0,09
Evento traumático	0,17
SDQ – sintomas emocionais	0,02
Percepção corporal da criança	0,03
Percepção ideal da criança	0,03
Percepção corporal da mãe	0,09

No modelo final, o escore z manteve-se associado apenas à variáveis sociodemográficas: sexo (masculino), faixa etária (crianças mais novas), situação conjugal do cuidador (não viver com companheiro) e ocupação do cuidador (exercer atividade remunerada).

**Tabela 18. Modelo final de Regressão Múltipla dos valores do escore z em relação às características sociodemográficas, clínicas e psicológicas.**

VARIÁVEL	COEFICIENTE	ERRO PADRÃO	p> T	IC 95%		R <sup>2</sup>
<b>ESCORE Z</b>						R <sup>2</sup> = 0,38
Sexo	0,55	0,15	<0,001	0,25	0,85	
Faixa etária	-0,37	0,89	<0,001	-0,55	-0,19	
Ocupação do cuidador	-0,39	0,15	<0,05	-0,69	-0,08	
Situação Conjugal do cuidador	0,40	0,17	<0,05	0,51	0,76	
Constante	3,16	0,30	<0,001	2,54	3,78	

*Discussão*

---

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar, em relação a parâmetros sociodemográficos, clínicos e psicológicos, uma amostra clínica de crianças em tratamento para obesidade em serviço de referência de um hospital no interior do estado de São Paulo. As crianças foram estudadas também em relação à gravidade de sua obesidade, classificando-as em obesas e super obesas e comparando-as em relação aos parâmetros citados.

Com esses objetivos, considera-se que a relevância do presente trabalho pode ser atribuída ao fato de serem ainda raros os estudos brasileiros com o enfoque da presente pesquisa, que avaliou, numa mesma amostra, características sociodemográficas, clínicas e psicológicas das crianças e mães. Somando-se à escassez desses estudos, deve-se considerar sua relevância tendo em vista que, especificamente em relação aos aspectos psicológicos na obesidade infantil, como refere Lopes (2007), estudos sobre a associação entre essas variáveis e obesidade em crianças e adolescentes ainda apresentam resultados inconsistentes. Assim sendo, a importância deste estudo também pode ser atribuída ao fato de que, segundo revisão de literatura efetuada, este é o primeiro estudo brasileiro que, além de caracterizar crianças obesas segundo variáveis psicológicas, propôs-se a comparar essas variáveis entre crianças obesas e super obesas em uma amostra clínica.

### **Características sociodemográficas e clínicas**

A casuística do presente estudo foi composta por 42 meninas e 35 meninos, tendo a metade deles entre 10 e 12 anos (50,6%) e até cinco anos de escolaridade (67,5%). Analisando-se as características sociodemográficas, de acordo com as faixas etárias e as faixas de escolaridade dessas crianças, pode-se supor que as crianças apresentavam adequação de seu nível de escolaridade à sua idade no momento da obtenção desses dados.

A literatura da área descreve o predomínio de obesidade entre filhos únicos (SANTOS; RABINOVICH., 2011; OLAYA et al., 2015). Olaya et al. (2015) encontraram, em amostra populacional, associação entre excesso de peso e filhos únicos na região do leste europeu. Em estudo de Santos e Rabinovich (2011), a

amostra estudada foi composta apenas por filhos únicos, tendo concluído as autoras que o alimento poderia atuar como forma de gratificação e compensação na relação mãe-criança. No entanto, na presente pesquisa, apesar de ter-se uma amostra apenas de crianças obesas, observou-se que grande porcentagem dessas crianças possuía um ou mais irmãos (79,2%), e não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os sexos com relação a essa característica, do mesmo modo que nesses estudos anteriormente citados. Essa constatação nos leva a supor que as relações sociais no ambiente doméstico, que geralmente envolvem hábitos alimentares, como o aumento do consumo de alimentos com altos índices calóricos, pode ocorrer mesmo em famílias com muitos filhos. Como indicam Olaya et al. (2015), o efeito da ausência de irmãos ou do número de irmãos sobre os hábitos alimentares e sobre a obesidade infantil ainda precisa ser mais investigado.

De forma semelhante a outros estudos (GIBSON et al., 2007; GIACOMOSSI et al., 2011; MACEDO; FESTAS; VIEIRA, 2012; CAMARGO et al., 2013), observou-se nesta casuística o predomínio da mãe como a principal figura de cuidados (88,3%). As mães e os demais responsáveis pelas crianças aqui estudadas apresentaram, em sua maioria, ensino fundamental completo. Esse achado chama atenção visto que em estudos que compararam crianças obesas e não obesas houve um predomínio de baixa escolaridade entre as mães das crianças com excesso de peso (GIACOMOSSI et al., 2011; MACEDO; FESTAS; VIEIRA, 2012; MIQUELEIZ et al., 2014; OLAYA et al., 2015). Acentua-se que, comparando a escolaridade dessas mães com a de mulheres de mesma faixa etária da população brasileira, esse nível de escolaridade é bastante semelhante ao da população geral, que apresenta, em média, 7,7 anos de estudo (BRASIL, 2014). Assim sendo, pode-se considerar que as mães deste estudo apresentaram escolaridade de acordo com a média brasileira, não podendo ser consideradas como tendo baixa escolaridade.

Relativamente à renda, observaram-se percentagens elevadas de famílias com baixa renda *per capita*, característica que se diferenciou significativamente entre os sexos, sendo a renda mais elevada entre as famílias das meninas. Comparando-se este dado com a renda *per capita* nacional, de R\$ 1.113,00 no ano de 2015 e especificamente com a do estado de São Paulo (R\$ 1.482,00) (BRASIL, 2016), onde foi realizada a presente pesquisa, vêem-se valores muito inferiores obtidos no presente estudo. Várias investigações nacionais (FAGUNDES et al., 2008; GUIMARÃES et al., 2012) e internacionais (ISNARD et al., 2010; MIQUELEIZ

et al., 2014; VLIET et al., 2015) avaliaram a associação entre baixa renda familiar e obesidade infantil e incluíram além de crianças, adolescentes obesos (NAVALPOTRO et al., 2012; ASSUNÇÃO et al., 2012). Esses autores destacam que a população de baixa renda vive em regiões mais precárias e em áreas de risco, possuindo menos acesso a alimentos de boa qualidade nutricional, como também menos acesso à prática sistemática de atividades físicas, o que pode contribuir para a obesidade nesta população. Isnard et al. (2010) também encontraram, em amostra clínica de adolescentes obesos, predomínio de famílias de baixa renda (54,5%). Pode-se supor que a amostra de crianças obesas aqui estudada também com predominância de baixa renda apresentasse essa limitação: poucas informações, pouco acesso a alimentos saudáveis e pouca oportunidade de praticar exercícios regularmente.

Porém, a questão da influência da renda sobre a obesidade ainda é contraditória, visto que outros estudos verificaram que a maior prevalência de excesso de peso ocorria em famílias com melhores condições econômicas (SALDIVA et al., 2004; ROSANELI et al., 2012; LEAL et al., 2012). Pela literatura analisada e com os dados encontrados no presente trabalho, verifica-se que a obesidade pode estar presente em todas as camadas socioeconômicas da sociedade, não sendo mais um problema exclusivo de um estrato específico da população.

Observou-se, nesta pesquisa, um predomínio de união consensual entre as mães/responsáveis pelas crianças estudadas (79,2%), dado relevante tendo em vista que a literatura aponta que esta condição pode ser vista como fator de proteção em relação aos hábitos alimentares dos filhos, em que crianças que vivem com pais em união consensual tendem a possuir estilo de vida mais saudável (HUFFMAN et al., 2010).

Do ponto de vista clínico, dado bastante significativo, obtido nesta investigação, refere-se à presença de histórico familiar de obesidade nas crianças aqui avaliadas (80,5%), o que também tem sido observado em outros estudos clínicos (ISNARD et al., 2010; KAUFMANN; ALBERNAZ, 2013; WITHERSPOON et al., 2013) e populacionais (GIBSON et al., 2007; LEAL et al., 2012). Revisão bibliográfica de Carvalho et al. (2013) indica haver um consenso na literatura quanto à associação entre IMC parental e o da criança, embora estudo realizado em Portugal por Coelho e Pires (2014) com 147 escolares entre oito e 12 anos tenha

indicado que o estado nutricional dos pais não parece ser um fator decisivo para a obesidade dos filhos, independentemente do sexo. Mas, pode-se supor, considerando-se os estudos citados (NUNES, 2011; EL-BEHALDLI et al., 2015), que os hábitos alimentares dos pais podem influenciar os hábitos alimentares infantis.

Chama atenção que cerca de um terço (32,5%) das crianças apresentava comorbidade relacionada à obesidade, sem diferença significativa entre os sexos. Este dado vai ao encontro do relatado na literatura que aponta a obesidade exógena como porta de entrada para diversas doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes tipo 2, aumento nas taxas de colesterol total e LDL, triglicérides, hipertensão arterial, entre outras (HUFFMAN et al., 2010; REUTER et al., 2013; MORAES et al., 2014; SALAWI et al., 2014).

Entre as crianças avaliadas, 34,7% realizavam tratamento em serviços de saúde mental no período da coleta de dados. Este dado sugere que, como se constatou, é alta prevalência de dificuldades psicológicas entre essas crianças. Além disso, é preciso destacar que, revisão realizada por Couto et al. (2008) informa que houve um avanço na oferta de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, o que tem permitido maior acesso a esses serviços para a população com comprometimento nesta área.

### **Características psicológicas**

Observou-se, entre as crianças com diagnóstico de obesidade aqui estudadas, a presença de índices elevados de problemas comportamentais (53,2%), segundo o SDQ; problemas que foram classificados como sintomas emocionais (70,1%), hiperatividade (39,0%), problemas de relacionamento com os colegas (39,0%) e problemas de conduta (36,7%). No entanto, destaca-se que a maioria das crianças (93,5%) apresentou comportamento pró-social, segundo o instrumento aqui utilizado. Chama ainda atenção, que, segundo relato dos responsáveis, 41,6% dessas crianças já haviam vivenciado algum tipo de evento traumático no último ano.

Assim sendo, embora não se tenha comparado neste estudo as crianças avaliadas com crianças que não apresentavam obesidade, destaca-se essa condição de exposição a circunstâncias que podem trazer sofrimento, e além de alta

frequência de alterações comportamentais e emocionais permitindo que se suponha que essas crianças vivam em condições de vulnerabilidade psicológica.

Outros estudos desenvolvidos com amostras clínicas (VILA et al., 2004; VLIERBERGHE et al., 2009; GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012) e populacionais (GRIFFTHS et al., 2011; WHITHERSPOON, et al., 2013; ASSUNÇÃO et al., 2013; HOLM-DENOMA et al., 2014) também identificaram associação entre problemas psicológicos e obesidade infantil.

Vlierberghe et al. (2009), ao compararem obesos e não obesos, utilizando a CBCL – “*Child Behaviour Checklist*” (ACHENBACH; RESCORLA, 2001), escala que também avalia sintomas emocionais em crianças, encontraram pontuações médias de 63,6 (DP±11,6) para problemas internalizantes (ansiedade, sintomas depressivos, retraimento, problemas de socialização) e 58,9 (DP±12,6) para problemas externalizantes (problemas de conduta e hiperatividade) entre as crianças obesas. De acordo com os resultados da CBCL, pôde-se observar que as crianças apresentaram comportamentos não clínicos, ou seja, de acordo com a média, visto que a pontuação daquela escala possui como critério: Não clínica (abaixo do T score 65), *Borderline*/Limítrofe (entre o T score 65-70) e Clínica (acima do T score 70). Destacam, aqueles autores, que, embora esses problemas também estivessem presentes entre os não obesos, foi significativamente mais elevada sua prevalência entre os obesos. Tais resultados diferem aos do presente estudo, onde se obteve pontuação média de 5,6 (DP±2,7) de sintomas emocionais, pontuação considerada clínica de acordo com a pontuação do instrumento. Em relação aos problemas externalizantes também foram observados resultados divergentes com o da presente pesquisa, sendo que a média de problemas de conduta encontrada foi de 3,1 (DP±2,3), resultado limítrofe, de acordo com a pontuação do SDQ. Destaca-se que, no estudo de Vlierberghe et al. (2009) foram incluídos sujeitos obesos e não obesos, com idades entre oito e 18 anos, e aqui crianças obesas e super obesas de seis a 12 anos. Essa diferença na faixa etária talvez possa explicar as diferenças obtidas em relação à presença de sintomas externalizantes, por serem estes mais frequentes entre crianças mais velhas. Parece ainda relevante assinalar que embora Vlierberghe et al. (2009) tenham utilizado um instrumento distinto ao do presente estudo, foi notória a presença de problemas psicológicos e comportamentais entre as crianças obesas.

Assunção et al. (2013) verificaram, em uma coorte de crianças obesas, valores médios do SDQ de 12,1, média inferior à do presente estudo (16,5; DP±7,8; resultado não apresentado em tabela). Na comparação entre sexos, os autores encontraram maiores médias de problemas comportamentais e psicológicos entre as meninas, dado oposto ao encontrado na presente pesquisa. Em relação às subescalas avaliadas pelo referido instrumento verificou-se que as médias foram inferiores, em todas as categorias, quando comparadas às da presente pesquisa. Na comparação entre os sexos, observou-se no estudo de Assunção et al. (2013) que as meninas apresentaram médias mais elevadas nas categorias sintomas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas, ou seja, elas apresentaram maiores comprometimentos emocionais quando comparadas aos meninos. Esse dado diverge do encontrado no presente estudo, visto que os meninos apresentaram piores resultados nas subescalas sintomas emocionais e hiperatividade, enquanto que as meninas obtiveram piores resultados nas categorias problemas de conduta e problema de relacionamento com os colegas, embora essa diferença não tenha sido significativa. Apenas na categoria relativa ao comportamento pró-social os dados entre os estudos são semelhantes, destacando o comportamento pró social mais frequente entre as meninas.

É importante assinalar ainda que, como verificaram Gonçalves, Silva e Antunes (2012), em estudo português, de caso-controle, as crianças do grupo clínico, além de terem apresentado pior qualidade de vida, também apresentaram alta frequência de sintomas emocionais, com diferença significativa em relação aos não obesos, de sintomas depressivos. Destaca-se que já em 2004, Vila et al. (2004) também já haviam identificado a maior frequência de sintomas emocionais entre crianças e adolescentes obesos, comparados aos não obesos, sendo mais frequentes os sintomas depressivos entre os adolescentes e a ansiedade entre as crianças mais novas. Estudo populacional de Griffiths et al. (2011), fazendo o seguimento de crianças com obesidade, aos 9 meses, três e cinco anos, identificou, utilizando o SDQ, que essas crianças aos três anos já passaram a apresentar problemas de conduta (meninos) e as meninas, maior habilidade pró-social. Aos cinco anos as crianças obesas já apresentavam mais problemas de comportamento que as não obesas, com algumas diferenças entre meninos e meninas. Também Gonçalves, Silva e Antunes (2012), encontraram que crianças com obesidade apresentaram pior qualidade de vida, pior escolaridade, pior auto-conceito e mais

sintomas depressivos que crianças sem obesidade, todos dados que reforçam os obtidos no presente estudo em relação às crianças obesas aqui avaliadas. Assim sendo, a despeito de algumas diferenças que podem ser atribuídas, é notória a alta prevalência das alterações comportamentais entre as crianças obesas, o que alerta para necessidade de cuidados em relação a essa importante constatação.

Destaca-se ainda que, reforçando a ideia de vulnerabilidade psicológica já referida, as alterações emocionais e comportamentais aqui verificadas foram semelhantes às encontradas em crianças e adolescentes que apresentavam outros problemas de saúde, como HIV/AIDS (BRAGHETO; CARVALHO, 2013), câncer (HOSTERT et al., 2014) e ainda as que viviam em situações de violência doméstica (HILDEBRAND et al., 2015), avaliadas também pelo SDQ. Essas constatações nos levam a pensar que situações que indiquem risco podem contribuir para prejuízo emocional e comportamental, o que foi observado também nesta pesquisa. Ainda analisando os estudos prévios tanto de crianças obesas, como de crianças com outras doenças crônicas, pode-se pensar que condições de vulnerabilidade física e psicossocial em que elas vivem podem contribuir para o aumento e a manutenção de problemas psicológicos.

Além das manifestações psicológicas, verificadas nas crianças aqui estudadas, constatou-se que 35,1% de seus cuidadores apresentavam, segundo o IEP, estilos parentais categorizados como regulares e de risco. As práticas parentais negativas foram bastante elevadas, classificadas como abuso físico (62,3%), monitoria negativa (58,4%), disciplina relaxada (33,8%), negligência (33,8%) e punição inconsistente (24,7%), o que sugere elevadas prevalências de estilos parentais regulares ou de risco. Esses comportamentos dos cuidadores podem ter contribuído tanto para o desenvolvimento de hábitos alimentares inadequados, que podem ter levado à obesidade, como para a presença de alterações emocionais e comportamentais, dados semelhantes aos de Santos, Rabinovich. (2011); Nunes (2011); Coelho; Pires (2014) e El-Behdli et al. (2015)<sup>4</sup>.

Nunes (2011), em revisão da literatura sobre este tema, como apresentado na introdução deste trabalho, mostra que estilos parentais que oferecem um ambiente restrito às crianças, estilos indicativos de baixa responsividade emocional e grande permissividade, podem oferecer risco para o desenvolvimento de obesidade. Latzer

---

<sup>4</sup> Estudando-se a associação dos resultados do SDQ com o IEP, verificaram-se associações significativas, como mostra a tabela A, no apêndice 5 deste texto.

e Stein (2013) também identificaram em trabalho de revisão de literatura, a influência dos estilos parentais, sobretudo da negligência, como variável predisponente para o desenvolvimento na obesidade da criança. Considerando que, no presente estudo, entre os estilos parentais regulares ou de risco, observaram-se práticas educativas de monitoria negativa (58,4%); de negligência (33,8%); de disciplina relaxada (33,8%) e de punição inconsistente (24,7%), portanto, categorias que podem ser comparáveis às citadas por Nunes (2011) e por Latzer e Stein, (2013), pode-se supor que esses estilos tenham tido um papel no desenvolvimento ou manutenção da obesidade das crianças aqui avaliadas.

Gibson et al. (2007) acrescentam que práticas parentais inadequadas influenciam o comportamento alimentar da criança e as práticas de atividade física, contribuindo para problemas como o excesso de peso na criança. Outro estudo brasileiro com crianças obesas, realizado por Santos e Rabinovich (2011), observou que as dificuldades dos pais em colocar limites nos filhos podem influenciar o contexto alimentar da criança, principalmente se considerar a sociedade em que hoje se vive, na qual o incentivo ao consumo atua como mediador nas relações familiares.

Utilizando outro instrumento para avaliação de práticas parentais, Coelho e Pires (2014) indicaram que relações familiares menos coesas e menos expressivas poderiam contribuir para maiores médias de IMC da criança. Isto é, crianças que vivem em ambientes onde predominam as práticas parentais negativas, podem apresentar maior IMC.

No presente trabalho houve predomínio de mães/responsáveis de meninos que apresentaram estilos parentais regulares ou de risco (37,1%), quando comparados às meninas (33,3%).

Outros estudos avaliaram o efeito de práticas parentais em crianças com outros problemas de saúde. Piccinini et al. (2003) avaliaram as práticas parentais em crianças com doenças crônicas (leucemia, tumores, insuficiência renal, fibrose cística) identificando que as mães dessas crianças apresentavam menos práticas coercitivas, como castigo, punição e punição física. Tal dado diverge do presente estudo, em que a utilização de práticas negativas, em especial as de abuso físico, foram elevadas (62,3%), o que pode sugerir que outras doenças gerem mais cuidado e preocupação do que a obesidade. Bargas e Lipp (2013) também avaliaram o estilo parental, por meio do IEP, em mães de crianças que

apresentavam Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e constataram predomínio de estilos parentais de risco, na avaliação total. Já em pesquisa com adolescentes sob medidas socioeducativas (SILVA et al., 2015) foi observado predomínio de 100% de práticas regulares e de risco em todas as categorias do IEP. No entanto, deve-se assinalar que, naquele estudo, diferentemente do ocorrido na presente investigação, o tipo de práticas parentais avaliadas pelo IEP foi respondido pelos próprios adolescentes, o que pode contribuir para explicar essa grande diferença, além das diferenças das amostras em relação a outras variáveis, como a idade das crianças, e sua condição psicossocial.

De todo modo, verificou-se, com base nos resultados deste trabalho e nas pesquisas aqui citadas, que os estilos parentais inadequados podem causar prejuízos no desenvolvimento da criança, podendo influenciar em sua socialização, no desenvolvimento do estilo alimentar e nas práticas de atividades físicas.

Mais recentemente, Goulding et al. (2014) e El-Behaldli et al. (2015) destacaram ainda a influência que a saúde mental materna tem sobre os estilos de cuidados que as mães apresentam, e chamaram atenção para que o uso de estilo autoritário pode levar à maior pressão para que as crianças comam, além de acentuar as manifestações psicológicas e comportamentais das crianças.

Os cuidadores, que participaram deste estudo, apresentaram também condições desfavoráveis em relação a sua própria saúde mental, condições evidenciadas pela alta prevalência de sintomas de ansiedade estado (48,1%), de ansiedade traço (41,6%) e de sintomas depressivos (39,0%).

De forma geral, os estudos que avaliaram a prevalência de depressão e ansiedade na população adulta brasileira, encontraram resultados entre 37,0% e 67,0% para sintomas ansiosos e entre 25,9% e 46,2% para sintomas depressivos (CASTRO et al., 2006; COSTA et al., 2012; MASCELLA et al., 2014; ARAGÃO, et al., 2015; ALVES, 2015). A avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão no presente estudo identificou resultados dentro da média em relação à maioria dos estudos com diferentes populações. Mascella et al. (2014) e Aragão et al. (2015) avaliaram adultos em diferentes condições clínicas e concluíram que os sintomas das condições apresentadas aumentavam as chances de sintomas depressivos e ansiosos. Destaca-se especialmente que estudo populacional brasileiro, realizado com adultos da cidade de São Paulo aponta prevalências bem inferiores às aqui

verificadas, 20,0% de transtornos ansiosos 11,0% para qualquer transtorno depressivo (ANDRADE et al., 2012).

Destaca-se também que essa condição das mães e responsáveis pode favorecer a vulnerabilidade psicológica dessas crianças, podendo interferir tanto nas práticas de cuidado, como nos comportamentos dos filhos (VILA et al., 2004; GIBSON et al., 2007; ISNARD et al., 2010; GOULDING et al., 2014; EL-BEHALDLI et al., 2015).

Reforçando essas afirmações sobre a importância de se avaliar a saúde mental materna, estudo desenvolvido recentemente por Gross et al. (2013), com amostra clínica em que foram comparadas crianças obesas e não obesas, mostrou prevalências de 4,8%, 38,1%, 28,6% e 28,6% para sintomas depressivos em mães de crianças com desnutrição, eutrofia, sobrepeso e obesas, respectivamente; prevalências inferiores às aqui obtidas. Os autores identificaram que, apesar das mães de crianças eutróficas apresentarem maior prevalência de sintomas depressivos, aquelas com sintomas depressivos moderados e graves possuíam maiores chances de ter filhos com excesso de peso.

Destaca-se que é consenso na literatura que sintomas psicológicos maternos podem influenciar as práticas alimentares das crianças, influência que se dá mais acentuadamente, segundo Gibson et al. (2007), sobre as crianças mais novas. Já Vila et al. (2004), em estudo com crianças entre cinco e 17 anos encontraram que a associação entre estado nutricional e psicopatologias infantil e parental ainda não está bem definida, pois embora crianças com excesso de peso apresentem mais problemas de saúde mental, quando comparadas às eutróficas, os autores concluíram que problemas psicológicos dos pais podem associar-se a problemas de comportamento da criança e não ao estado nutricional diretamente. Vila et al. (2004) ainda acrescentaram que a terapêutica da criança obesa deveria incluir toda a família, com o objetivo de auxiliar no tratamento e identificar possíveis transtornos psicológicos em pais e crianças que pudessem prejudicar os cuidados.

Isnard et al. (2010) também constataram a presença de associação entre sintomas psicológicos dos pais e sintomas psicológicos nos adolescentes obesos, sugerindo que distúrbios emocionais, sobretudo maternos, podem associar-se ao aumento de ansiedade e depressão em crianças obesas. Entretanto, como referido em estudos anteriores (VILA et al., 2004; GIBSON et al., 2007), Isnard et al. (2010) também não encontraram associação entre sintomas emocionais dos pais e

presença de obesidade no adolescente, o que sugere que essa possível associação ainda necessita de mais investigação.

De forma geral, de acordo com o exposto, salientam-se as altas prevalências de estilos parentais inadequados e sintomas de ansiedade e depressão entre os cuidadores que participaram do estudo. Tais achados são preocupantes, pois podem interferir no tratamento das crianças e adolescentes com obesidade, sendo necessário pensar em estratégias de avaliação e intervenção que incluam os responsáveis pelas crianças em tratamento.

Em relação à percepção do tamanho corporal, várias pesquisas indicam que esta pode estar afetada em crianças obesas (BOA-SORTE et al., 2007; HARRIGER; THOMPSON, 2012; ASSUNÇÃO et al., 2012; WITHERSPOON et al., 2013; LATZER; STEIN, 2013; ARMSTRONG et al., 2014; HAYWARD et al., 2014; SARAFRAZI et al., 2014; VLIET et al., 2015). As crianças aqui avaliadas também apresentaram importantes alterações em sua percepção corporal (55,8%), medida pela Escala de Silhuetas de Kakeshita et al. (2009). Analisando-se as dimensões da percepção corporal, constatou-se que houve maior frequência de crianças que subestimaram o tamanho de sua silhueta (48,0%). Em relação ao sexo, identificou-se que, embora sem significância estatística, os meninos apresentaram maiores alterações.

Estudos populacionais internacionais (SARAFRAZI et al., 2014; VLIET et al., 2015) e brasileiros (BOA-SORTE et al., 2007; CASTRO et al., 2010; ASSUNÇÃO et al., 2012;), realizados com crianças e adolescentes, apontaram resultados similares aos da presente pesquisa quanto à percepção da imagem corporal. Boa-Sorte et al. (2007) identificaram, em crianças nordestinas, maior número de meninos que subestimaram o tamanho corporal e de meninas que o superestimaram, resultados semelhantes aos da presente pesquisa. Resultado também observado em estudo europeu, realizado por Vliet et al. (2015), que identificou em meninas, sobretudo as acima de 13 anos, superestimação do tamanho corporal. Sarafrazi et al. (2014), em pesquisa com crianças americanas, encontraram resultados inferiores aos deste estudo, mas também identificaram que os meninos apresentaram percepção do tamanho corporal mais alterado (32,3%) quando comparados às meninas (28,0%), tendo havido alteração acentuada entre crianças e adolescentes do sexo masculino, mesmo entre os que apresentavam obesidade. Naquele estudo, foram elevadas as

prevalências de subestimação do tamanho corporal (41,9%), o que vai ao encontro aos resultados aqui obtidos.

Destaca-se, na presente pesquisa, o elevado número de crianças que não reconheceram o tamanho de sua silhueta, apesar de estarem em um serviço especializado para perda de peso. Pode-se hipotetizar que essa dificuldade em reconhecer o tamanho de seu corpo pode dificultar mudanças no hábito alimentar e na prática de atividades físicas.

Especificamente em relação à insatisfação corporal, 98,7% das crianças manifestaram-se insatisfeitas, e destas 94,8% demonstraram o desejo de diminuir o tamanho de sua silhueta. De acordo com os achados deste estudo, pode-se constatar que crianças e adolescentes obesos possuem elevadas prevalências de insatisfação corporal, desejando diminuir o tamanho da silhueta, como também verificaram outros autores (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006; PINHEIRO; JIMENÉZ, 2010; GUALDI-RUSSO et al., 2012; FINATO et al., 2013). Pesquisas realizadas na Itália (GUALDI-RUSSO et al., 2012) e no Brasil (VILELA et al., 2003; BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006; PINHEIRO; JIMÉNEZ, 2010; FINATO et al., 2013) identificaram prevalências de insatisfação corporal em crianças e adolescentes obesos que variaram entre 40,0% e 100,0%, resultados semelhantes aos da presente pesquisa. Finato et al. (2013) referem que escolares com excesso de peso apresentaram quase quatro vezes mais chances de estarem insatisfeitos com a imagem corporal. Já no estudo de Pinheiro e Jimenéz (2010), 100% dos adolescentes com excesso de peso mostraram-se descontentes com o tamanho do corpo.

Neste aspecto, em relação às diferenças entre os sexos, este trabalho verificou que, embora sem significância estatística, as meninas apresentaram maior desejo em diminuir o tamanho da silhueta (97,6%). Tal resultado assemelha-se aos dos estudos de Pinheiro e Jimenéz, (2010), Gualdi-Russo et al. (2012) e Finato et al. (2013) que indicaram ser mais frequente a insatisfação com o tamanho corporal entre as meninas. Também estudo populacional de Branco, Hilário e Cintra (2006) encontrou 71,4% de prevalência de insatisfação entre adolescentes obesas. Esses dados sugerem que a presença do ideal estético de magreza, como sinônimo de belo, pode estar presente, influenciando a percepção das crianças. No entanto, chamou atenção na presente pesquisa, que uma das crianças obesas referiu satisfação com seu tamanho corporal e três crianças relataram que gostariam de

umentar o tamanho de sua silhueta. Embora, possa-se supor uma dificuldade de compreensão diante do questionamento realizado, este dado é preocupante no sentido que o desejo de mudança poderia ser motivador para a adesão ao tratamento.

Em relação à percepção ideal do corpo da criança, 51,9% apresentaram percepções alteradas, sendo observadas diferenças estatísticas significativas entre os sexos. Os meninos apresentaram maior distorção do tamanho corporal ideal, quando comparados às meninas. Tal percepção pode estar associada a influências culturais relativas ao corpo, segundo as quais os meninos devem apresentar corpos fortes e as meninas corpos magros e frágeis (PEREIRA et al., 2011; LAUS et al., 2013). A distorção na percepção do tamanho corporal pode atuar como fator de risco para obesidade, como também para o surgimento de outros transtornos alimentares (TENÓRIO; COBAYASHI, 2011).

Entre os cuidadores também foram identificadas elevadas percentagens de mães que não reconheceram adequadamente o tamanho corporal de seus filhos (46,8%), que estavam insatisfeitas com o corpo da criança (96,1%) e que não reconheceram o tamanho corporal ideal (40,3%).

Na avaliação da percepção corporal dos responsáveis em relação ao corpo da criança foram encontradas prevalências de 46,8% que não reconheceram a silhueta de seus filhos, entre os quais, 36,4% subestimaram e 10,4% superestimaram o tamanho corporal. Este resultado assemelhou-se ao estudo clínico de Pakpour et al. (2011) em que 35,0% das mães subestimaram o tamanho corporal de seus filhos, antes de iniciar o tratamento para obesidade, e foi inferior ao obtido no estudo populacional de Giacomossi et al. (2011), em que 63,0% das crianças com excesso de peso foram consideradas, por suas mães, como eutróficas. É provável que variáveis sociodemográficas e psicológicas tenham contribuído para esta distorção, no entanto a alteração na percepção dos pais pode prejudicar o tratamento e também a adaptação a estilos de vida mais saudáveis. Em revisão feita por Latzer e Stein (2013), verificou-se que os pais podem ignorar o problema de excesso de peso da criança, pois, durante a infância, para eles, é mais preocupante se a criança apresentar desnutrição. Além disso, muitas vezes os pais reconhecem o excesso de peso do filho, porém consideram isso saudável para o seu desenvolvimento (BOA-SORTE et al., 2007).

A prevalência de insatisfação corporal dos responsáveis com o peso da criança foi de 96,1%, sendo que 94,8% desejaram que seus filhos diminuíssem o tamanho corporal. Chama atenção na casuística estudada que uma mãe relatou que desejava que sua filha aumentasse o tamanho da silhueta. Gualdi-Russo et al. (2012), em estudo com mães italianas e imigrantes que viviam na Itália, encontraram maior insatisfação com o tamanho corporal dos filhos entre as mães italianas, o que levou os autores a sugerir que diferenças étnicas e culturais poderiam estar envolvidas nessa avaliação.

No que diz respeito à percepção ideal que a mãe possuía sobre o corpo da criança, verificou-se que 59,7% apresentaram percepção adequada. Este resultado sugere que quase 60,0% dos pais avaliados reconheciam o tamanho ideal, de acordo com a faixa etária, para seu filho, o que poderia contribuir para adesão ao tratamento dessas crianças, como também para a implementação de hábitos saudáveis no ambiente doméstico.

Questionadas quanto ao apoio social recebido para realização do tratamento para a obesidade, 88,3% das crianças aqui avaliadas, referiram possuir algum tipo de apoio social. Tal achado corrobora com o trabalho de Ingerski, Janicke e Silverstein (2007) que investigaram, em uma amostra clínica, a percepção do apoio social em 107 adolescentes, concluindo que jovens que afirmaram ter algum tipo de apoio social apresentam melhor qualidade de vida, e assim, melhor condição de enfrentamento da doença.

### **Aspectos sociodemográficos, clínicos e psicológicos em relação a gravidade da obesidade**

Este estudo também comparou as crianças obesas quanto à gravidade de sua obesidade, segundo parâmetros sociodemográficos, clínicos, psicológicos e estilos parentais, saúde mental dos responsáveis e percepção corporal de crianças e adultos.

Verificaram-se frequências mais altas de super obesos entre as crianças do sexo masculino (54,3%), na faixa etária de 6-7 anos (68,4%), e entre os filhos únicos (56,3%). Observaram-se ainda porcentagens mais elevadas de crianças classificadas como super obesas entre as aquelas cujos cuidadores não eram a mãe (55,6%), tinham mais de 50 anos (71,4%), não viviam em relação consensual

(62,5%), e entre aquelas crianças cuja família possuía renda per capita entre meio e um salário mínimo (52,6%).

Constatou-se que houve diferença estatística significativa entre as prevalências de super obesos e obesos, em relação ao sexo das crianças ( $p=0,02$ ), predominando a maior gravidade da obesidade entre os meninos, à faixa etária ( $p=0,008$ ), com maior frequência de crianças super obesas entre seis e sete anos, e à situação conjugal do cuidador ( $p=0,04$ ) com predomínio de crianças super obesas entre aquelas cujos pais não estavam em união consensual. Na análise do escore z tomado como variável contínua notou-se que a associação significativa prevaleceu comparando-se as crianças segundo o sexo ( $p=0,006$ ) e faixa etária ( $p=0,003$ ). Estudos clínicos (ISNARD et al., 2010) e populacionais (MIQUELEIZ et al., 2014; OLAYA et al., 2015), que também avaliaram apenas crianças e adolescentes com excesso de peso, encontraram resultados semelhantes aos acima relatados.

Comparando a gravidade da obesidade, Isnard et al. (2010) encontraram média de 4,69 do escore z entre os meninos e 4,15 entre as meninas, com predomínio de meninos entre os super obesos. Olaya et al. (2015) avaliaram a prevalência de sobrepeso e obesidade em países do leste e oeste europeu e verificaram, em geral, predomínio de obesidade entre os meninos. Miqueleiz et al. (2014) ao avaliarem índices de sobrepeso e obesidade na Espanha, nos anos de 1987 e 2007, também indicaram prevalências elevadas de sobrepeso e obesidade entre os meninos. Uma possível explicação para estes dados, segundo Olaya et al. (2015), poderia estar no fato dos meninos, especialmente na puberdade, apresentarem maior massa muscular e conseqüentemente maior IMC, comparativamente às meninas. Além disso, é possível supor, pela literatura pesquisada e resultados do presente estudo, que há diferenças quanto aos encaminhamentos para o tratamento da obesidade em relação ao sexo, constatando-se, por exemplo, que os meninos geralmente são encaminhados quando a obesidade tornou-se nitidamente visível, ou quando esses já apresentam alguma consequência grave para a saúde. Ressalta-se que no presente estudo foram também os meninos que apresentaram maior prevalência de comorbidades decorrentes da obesidade.

Em relação à faixa etária, observou-se maior prevalência de super obesidade entre as crianças mais novas (6-7anos). Diferentemente da presente pesquisa, estudos prévios que avaliaram o excesso de peso na infância e adolescência

encontraram maior predomínio de obesidade entre os adolescentes (LEAL et al., 2012; MIQUELEIZ et al., 2014; OLAYA et al., 2015). Miqueleiz et al. (2014) e Olaya et al. (2015), justificam seus resultados apontando que, provavelmente, campanhas de prevenção e educação alimentar dirigidas às crianças têm tido resultados favoráveis para a prevenção da obesidade infantil. Além disso, na infância os hábitos alimentares não estão tão definidos como estão nos adolescentes, o que pode permitir melhor adequação a estilos de vida mais saudáveis. Leal et al. (2012) em estudo com crianças e adolescentes pernambucanos também identificaram maior predomínio de obesidade entre os adolescentes, justificando que estes já possuem maior independência pelas escolhas dos alimentos. Já a pesquisa de Salawi et al. (2014) que avaliou a gravidade da obesidade em crianças e adolescentes de seis a 19 anos, não encontrou na amostra clínica estudada, associações entre faixa etária e super obesidade. Todavia, Salawi et al. (2014) constataram maior predomínio de super obesos entre crianças com idade média de 12,3 anos ( $DP \pm 2,9$ ), resultado que difere dos aqui obtidos. No entanto, essa análise comparativa fica prejudicada, visto que os trabalhos citados abrangeram faixas etárias diferentes das aqui estudadas e compararam crianças obesas e não obesas. Considerando a amostra estudada e a literatura examinada, pode-se supor, que influências ambientais, como maior consumo de alimentos super calóricos, aos quais o ambiente urbano permite maior acesso, e o consumo de doces e refrigerantes, estejam atingindo cada vez mais as crianças mais novas, o que pode ter contribuído para o aumento do IMC nas crianças de menor faixa etária.

Analisando-se a gravidade da obesidade segundo situação conjugal do cuidador, foi observada maior prevalência de super obesos entre as crianças cujos pais não possuíam companheiro (62,5%;  $p=0,04$ ).

Estudo populacional realizado por Gibson et al. (2007) e Huffman et al. (2010) apresentaram resultados semelhantes aos da presente pesquisa. Aqueles autores obtiveram maiores prevalências de crianças obesas entre aquelas que conviviam com apenas um cuidador principal. Embora esses estudos tenham comparado crianças obesas e não obesas, e não crianças obesas e super obesas, pode-se supor que aqueles achados assemelham-se aos da presente pesquisa. Esses resultados nos levam a refletir que o fato do cuidador não estar em união consensual, para a criança, pode ser considerado um fator de risco independente do

grau de obesidade, precisando serem mais bem investigadas as formas de cuidados a serem oferecidas para as crianças que vivem nesta condição.

O presente estudo permitiu ainda identificar, na análise bivariada, associações estatísticas significativas entre a presença de super obesidade e problemas emocionais, medidos pelo SDQ (3,1; DP±0,8; X 2,8; DP±0,7 p=0,02), percepção subestimada do tamanho corporal pela criança (3,2; DP±0,8; X 2,9; DP±0,7 – percepção adequada X 2,5; DP±0,3 – percepção superestimada; p=0,03), ou seja, crianças que consideravam estarem mais magras apresentaram maiores médias de escore z, e percepção superestimada do tamanho corporal ideal relatado pela criança (3,3; DP±0,9; X 3,0 DP±0,7 – percepção ideal adequada X 2,7 DP±0,7 – percepção ideal subestimada; p=0,03) medidas pela Escala de Silhuetas.

Revisão de literatura de Latzer e Stein (2013) indicou que crianças com excesso de peso apresentam mais sintomas emocionais, quando comparadas com crianças com peso normal e que crianças de amostras clínicas parecem ser mais afetadas quando comparadas àquelas provenientes de amostras populacionais. O presente trabalho confirma a existência de problemas emocionais em crianças e adolescentes com obesidade, sendo identificado média de escore z mais elevada entre as crianças que apresentaram sintomas emocionais. Como referido anteriormente, independentemente da gravidade da obesidade foi expressivo número de crianças com problemas emocionais. Tais resultados assemelham-se aos de estudos anteriores (VLIERBERGHE et al., 2009; ISNARD et al., 2010) que indicaram associação de problemas psicológicos e obesidade infantil. Ao avaliar os sintomas emocionais em adolescentes obesos e super obesos, Isnard et al. (2010) encontraram associação entre problemas emocionais e comportamentos bulímicos, embora não tenha sido possível verificar a relação de causalidade entre as duas variáveis.

Investigações apenas com crianças obesas, utilizando o SDQ, verificaram resultados divergentes aos deste trabalho em algumas subescalas. Griffiths et al. (2011) e Assunção et al. (2013) encontraram maior prevalência de problemas de relacionamento com os colegas nas amostras estudadas. Neste item, o presente trabalho também apresentou resultados elevados, no entanto não foram identificadas diferenças entre as crianças com maior gravidade da obesidade. No trabalho realizado por Vlierberghe et al. (2009) foram encontrados prevalências de 37,5% de sintomas emocionais na amostra clínica de obesos, sendo mais frequente

a presença de sintomas de ansiedade e depressão na população estudada. Já no presente estudo, considerando-se a gravidade da obesidade, foi encontrada prevalência de 53,7% de problemas emocionais (sintomas ansiosos e depressivos) entre as crianças obesas e 46,3% entre os super obesos, sem diferenças estatisticamente significativas entre essas frequências.

Pelos resultados deste estudo foi possível perceber que as crianças super obesas apresentaram maior dificuldade para reconhecer o tamanho corporal, tendo sido as médias do escore z mais elevadas entre as crianças que subestimaram seu tamanho corporal ( $p=0,03$ ). Estes dados parecem preocupantes na medida em que a super obesidade pode ampliar os problemas psicológicos e físicos (ASSUNÇÃO et al., 2012; LATZER; STEIN, 2013). No entanto, para alguns autores (GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012; HAYWARD et al., 2014), reconhecer a obesidade pode interferir na qualidade de vida da criança, visto que elas podem se perceber como menos competentes na realização de atividades escolares, físicas e de socialização.

Ao considerar a percepção ideal, médias mais elevadas no escore z das crianças foram encontradas entre os que superestimaram o tamanho corporal ideal, ou seja, a maioria das crianças super obesas referiu que o peso ideal, em relação a sua faixa etária, deveria ser maior do que o da curva proposta pela OMS (2007). Tal dado pode estar relacionado ao fato das crianças compararem o tamanho corporal ideal com seus próprios corpos, além disso, a criança pode reproduzir a expectativa cultural de seus familiares, segundo a qual a criança “gordinha” é vista como saudável (BOA-SORTE et al., 2007). Essa concepção partilhada poderia prejudicar sua percepção de qual deveria ser o tamanho ideal.

No modelo final da análise multivariada mantiveram-se associadas à super obesidade apenas as variáveis: sexo masculino, apresentar menor idade, ter cuidadores que realizavam atividade remunerada e que não viviam em união consensual. Como referido anteriormente Olaya et al. (2015) também evidenciaram que crianças mais novas apresentavam maiores riscos para o desenvolvimento da obesidade e Gibson et al. (2007) também encontraram associação de obesidade com ser filho de mães que não viviam com companheiros, sinalizando que essa condição familiar pode ser vista como fator de risco para o desenvolvimento da obesidade.

### **Limitações metodológicas do estudo**

Este estudo, apesar de ter trazido resultados que podem ser considerados significativos para a área, apresentou limitações que devem ser apontadas.

Pode ser indicada como limitação metodológica desta pesquisa o tamanho amostral, o que pode ter induzido a erro tipo II. Essa possibilidade é levantada partindo-se da observação de que as probabilidades constatadas no estudo de algumas associações da gravidade da obesidade com as variáveis de exposição em foco, estão muito próximas de uma probabilidade que seria considerada significativa. Assinala-se que contribuiu para a redução da casuística planejada o elevado número de faltas das crianças no dia previsto para sua consulta, quando seriam convidadas para participar da pesquisa.

### **Fortalezas do estudo**

Considera-se como aspectos que fortalecem esta investigação o fato desta ser um dos poucos estudos brasileiros que avaliou uma amostra clínica de crianças com obesidade, classificadas segundo a gravidade, em tratamento em serviço de referência, quanto a diversos parâmetros.

Segundo nosso conhecimento, é o único a estudar variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas de mães (estilo parental sintomas ansiosos, depressivos, percepção, insatisfação e percepção ideal sobre o corpo da criança) e crianças com obesidade, inclusive classificadas quanto à gravidade da mesma, (problemas comportamentais, percepção, insatisfação e percepção ideal do tamanho corporal).

Outro ponto que deve ser destacado foi a utilização de instrumentos padronizados validados para a população brasileira, adequados à faixa etária estudada e aplicados pela mesma entrevistadora.

*Síntese dos Resultados  
e Considerações  
Finais*

---

## 7 SÍNTESE DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atingiu os objetivos aos quais se propôs, utilizando os procedimentos e instrumentos planejados.

Os resultados desta pesquisa indicam serem altas as prevalências de condições sociais adversas para as crianças com obesidade aqui avaliadas: a baixa renda de seus responsáveis e mães vivendo sem companheiros, com 20,8% de crianças vivendo apenas com um cuidador. Essas condições podem ser consideradas indicativas de não favorecerem um contexto desejável para o desenvolvimento de alimentação saudável e bons hábitos alimentares.

A essas condições somam-se fatores psicológicos que também podem ser considerados adversos: saúde mental materna (ou de outros responsáveis pela criança) comprometida e estilo parental inadequado, uma vez que se pode considerar, na comparação com outros estudos brasileiros, que foi elevada a prevalência de sintomas ansiosos e depressivos entre eles. Os responsáveis pelas crianças apresentaram também estilos parentais que, com elevada frequência, foram classificados como sendo “regulares ou de risco”. Tem se, portanto, duas situações, saúde mental comprometida e estilos parentais inadequados, como relatado em muitas pesquisas, podem comprometer o cuidado oferecido à criança.

Além dessas características sociais e psicológicas do meio familiar, vistas como adversas, constituindo um contexto de vulnerabilidade social e psicológica para a criança, constatou-se que grande parte das crianças apresentou comprometimento psicológico. Chamou atenção que 70,1% das crianças apresentaram sintomas emocionais, 39,0% problemas de hiperatividade, 39,0% problemas de relacionamento entre pares e 36,7% problemas de conduta; valores superiores aos encontrados na literatura com crianças em outras condições clínicas e psicossociais (HIV/AIDS, câncer e situações de violência doméstica).

Constataram-se importantes distorções na percepção da imagem corporal das crianças e dos responsáveis, verificando-se elevados índices de subestimação do tamanho da silhueta e desconhecimento acerca do tamanho corporal adequado, de acordo com a faixa etária da criança. Chamou atenção que, apesar da maioria das crianças subestimar o peso do corpo, foi alta a porcentagem de crianças que estavam insatisfeitas com o tamanho de sua silhueta, 94,8% desejando diminuí-la. O desejo de que os filhos diminuíssem o tamanho corporal também foi elevado entre

os responsáveis. Verificou-se ainda, em relação ao tamanho da silhueta ideal, as crianças que apresentaram médias e medianas do escore z mais elevadas foram aquelas que acreditavam que elas deveriam possuir corpos maiores.

Identificou-se alta frequência de crianças com histórico familiar de obesidade, com comorbidade decorrente da obesidade e que vivenciaram algum tipo de evento traumático no último ano, achados que vão ao encontro da literatura pesquisada.

Finalmente, verificou-se que, segundo a regressão múltipla, foram fatores de risco para gravidade da obesidade: ser do sexo masculino, possuir menor idade, ter cuidador sem companheiro e responsáveis que trabalhavam fora de casa.

Esse quadro descrito é indicativo de que o cuidado oferecido às crianças com obesidade, independentemente da gravidade dessa doença, exige também atenção e intervenções dirigidas aos aspectos psicológicos e sociais apresentados.

Assim sendo, pode-se concluir que:

- 1) É fundamental avaliar as crianças com diagnóstico de obesidade também quanto aos aspectos sociais e psicológicos, devido à elevada prevalência de crianças em situações de vulnerabilidade social e psicológica, por apresentarem relevantes porcentagens de problemas emocionais e comportamentais, por viverem com cuidadores com elevadas frequências de sintomas de ansiedade e depressão e apresentando estilos parentais de risco.
- 2) É necessário incluir nas propostas terapêuticas para a obesidade intervenções psicossociais dirigidas tanto às crianças como a sua família, numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional que contemple a obesidade infantil em todas as suas implicações clínicas, psicológicas e sociais.
- 3) Para isso considera-se a importância de se desenvolverem estratégias de saúde que visem a integralidade do cuidado no trabalho de promoção, prevenção e tratamento da obesidade infantil, tanto na atenção básica à saúde, como nos serviços especializados.

*Referências  
Bibliográficas*

---

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2001.
- ALMEIDA, G. et al. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 15, p. 283-222, 2002.
- ALVES, G. M. A. N. et al. *Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco de desenvolvimento*. 2015. 177 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, 2015.
- ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 6, p. 285-290, 1998.
- ANDRADE, L.H. et al. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *Plos one*, v.7, n.2, 2012.
- ARAGÃO, M. S. et al. Ansiedade, depressão e estresse em mulheres com dor pélvica crônica. *Revista de Pesquisa em Saúde*, v. 16, n. 2, p. 85-89, 2015.
- ARMSTRONG, B. et al. The role of overweight perception and depressive symptoms in child and adolescent unhealthy weight control behaviors: a mediation model. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2014.
- ASSUNÇÃO, M. C. F. et al. Predictors of body mass index change from 11 to 15 years of age: the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Journal of Adolescent Health*, v. 51, n. 6, suppl., p. S65-S69, 2012.
- ASSUNÇÃO, M. C. F. et al. Tornar-se obeso na adolescência pode trazer consequências à saúde mental? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 9, p. 1859-1866, 2013.
- BARGAS, J. A.; LIPP, M. E. N. Estresse e estilo parental materno no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, v. 17, n. 2, p. 205-213, 2013.
- BIAGGIO, A. M. B. et al. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, v. 29, n. 3, p. 31-44, 1977.
- BOA-SORTE, N. et al. Maternal perceptions and self-perception of the nutritional status among children and adolescents from private schools. *Jornal de Pediatria*, v. 83, n. 4, p. 349-356, 2007.

BRAGHETO, A. C. M.; CARVALHO, A. M. P. Desempenho escolar, comportamental e desenvolvimento cognitivo e emocional em crianças infectadas pelo HIV: estudo preliminar. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 21, n. 1, p. 29-33, 2013.

BRANCO, L. M.; HILÁRIO, M.O.E.; CINTRA, I.P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a reação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006.

BRASIL. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. *Pesquisa de Orçamento Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Portal Brasil. Cidadania e Justiça. *Em nove anos aumenta escolaridade e acesso ao ensino superior*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/12/em-nove-anos-aumenta-escolaridade-e-acesso-ao-ensino-superior>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_continua/Renda\\_domiciliar\\_per\\_capita/Renda\\_domiciliar\\_per\\_capita\\_2015\\_20160420.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2015_20160420.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BROWN, K. A. et al. The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite*, v. 50, n. 2-3, p. 252-259, 2008.

CAMARGO, A. P. P. M. et al. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 2, p. 323-333, 2013.

CAMPOS, S. C. S. A imagem corporal e a constituição do eu. *Reverso*, n. 54, p. 63-70, 2007.

CARVALHO, A. M. P. et al. Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia*, v. 15, n. 30, p. 131-139, 2005.

CARVALHO, E.A.A. et al. Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. *Revista Medica de Minas Gerais*, v.23, n.1, p.74-82, 2013.

CASTRO, M. et al. Prevalência de ansiedade, depressão e características clínico-epidemiológicas em pacientes com dor crônica. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 30, n. 2, p. 211-223, 2006.

CASTRO, I. R. R. Imagem corporal, estado nutricional e comportamento com relação ao peso entre adolescentes brasileiros. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 2, p. 3099-4108, 2010.

- COELHO, H. M.; PIRES, A. P. Relações familiares e comportamento alimentar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 30, n. 1, p. 45-52, 2014.
- COLLINS, J. Self-recognition of the body and its parts during late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, v. 10, n. 3, p. 243-254, 1981.
- CONTRERAS, J.; GRACIA, M. A. Alimentação humana: um fenômeno biocultural. In: \_\_\_\_\_. *Alimentação, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 109-146.
- COPPINS, D. F. et al. Effectiveness of a multi-disciplinary family based programme for treating childhood obesity. *European Journal of Clinical Nutrition*, v. 65, p. 903-909, 2011.
- COSTA, E. F. O. et al. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 58, n. 1, p. 53-59, 2012.
- COUTO, M. C. V. et al. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.
- CUNHA, J. A. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- EL-BEHALDLI, A. F. et al. Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. *Journal of Nutrition*, v. 113, suppl., p. 55-71, 2015.
- FABRIS, V. E. *Lesões celulares reversíveis e irreversíveis*. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- FAGUNDES, M. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares na região de Parelheiros do município de São Paulo. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 26, n. 3, p. 212-217, 2008.
- FARIA, M. R. *Constituição do sujeito e estrutura familiar: o complexo de Édipo, de Freud a Lacan*. 2. ed. Taubaté: Cabral, 2010.
- FEFERBAUM, R.; ROMALDINI, C.C.; SOUZA, M.S.F. Definição, etiologia e fatores de risco. In: ESCRIVÃO, M. et al. (Coord.). *Obesidade no paciente pediátrico: da prevenção ao tratamento*. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 3-12.
- FINATO, S. et al. Insatisfação com a imagem corporal em escolares do sexto ano da rede municipal de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul. *Revista Paulista de Pediatria*, v.31, n.1, p.65-70, 2013.
- FISBERG, M. Primeiras palavras: uma introdução ao problema de peso excessivo. In: \_\_\_\_\_. *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 1-9.

- FLEITLICH, B.; CORTÁZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infante Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, v. 8, n. 1, p. 44-50, 2000.
- FONSECA, J. G. et al. Fenomenologia do comer. In: FONSECA, J. G. (Ed.). *Obesidade e outros distúrbios alimentares*. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p. 237-255.
- FREIRE, F. A. F. *Obesidade e atividade física em crianças e adolescentes: percepção de imagem corporal*. 2012. Dissertação (Mestrado) - Universidade Trás-Os-Montes e Alto Douro, Vila Real, 2012.
- GIACOMOSSI, M. C. et al. Percepção materna de estado nutricional de crianças de creches de cidade do sul do Brasil. *Revista de Nutrição*, v. 24, n. 5, p. 689-702, 2011.
- GIBSON, L. Y. et al. The role of family and maternal factors in childhood obesity. *The Medical Journal of Australia*, v. 186, n. 11, p. 591-595, 2007.
- GOMIDE, P. I. C. *Inventário de Estilos Parentais –IEP: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. In: GOMIDE, P. I. C. (Coord.). 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- GONÇALVES, S.; SILVA, D.; ANTUNES, H. Variáveis Psicossociais no Excesso de Peso e na Obesidade Infantil. *Journal of Human Growth and Development*, v. 22, n. 2, p. 179-186, 2012.
- GOODMAN, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, v. 38, n. 5, p. 581-586, 1997.
- GORENSTEIN, C. et al. *Manual do inventário de depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- GOULDING, A. N. et al. Associations between maternal depressive symptoms and child feeding practices in a cross-sectional study of low-income mothers and their young children. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity*, v. 11, p. 75, 2014.
- GRIFFITHS, L. J. et al. Is obesity associated with emotional and behavioural problems in children? Findings from the Millennium Cohort Study. *International Journal of Pediatric Obesity*, v. 6, p. 423-432, 2011.
- GROSS, R. S. et al. Maternal depressive symptoms and child obesity in low-income urban families. *Academic Pediatrics*, v. 13, p. 356-363, 2013.
- GUALDI-RUSSO, E. et al. Weight status and perception of body image in children: the effect of maternal immigrant status. *Nutrition Journal*, v. 11, p. 85, 2012.
- GUIMARÃES, A. C. A. et al. Excesso de peso e obesidade em escolares: associação com fatores biopsicológicos, socioeconômicos e comportamentais. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, v. 56, n. 2, p. 142-148, 2012.

HARRIGER, J. A.; THOMPSON, K. Psychological consequences of obesity weight bias and body image in overweight and obese youth. *International Review Psychiatry*, v. 24, n. 3, p. 247-253, 2012.

HAYWARD, J. et al. When ignorance is bliss. Weight perception, body mass index and quality of life in adolescents. *International Journal of Obesity*, v. 38, p. 1328-1334, 2014.

HÉROUX, M. et al. The relation between aerobic fitness, muscular fitness, and obesity in children from three countries at different stages of the physical activity transition. *ISRN Obesity*, v. 2013, p. 1-10, 2013. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/134835/>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

HILDEBRAND, N. A. et al. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 28, n. 2, p. 213-221, 2015.

HOLM-DENOMA, J. M. et al. Psychosocial predictors of body mass index at late childhood: A longitudinal investigation. *Journal Health Psychological*, v. 19, n.6, p. 754-764, 2014.

HOSTERT, P. C. C. P. et al. Brincar e problema de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 16, n. 1, p. 127-140, p.2014.

HUFFMAN, F. G. et al. Parenthood – a contributing factor to childhood obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 7, p. 2800-2810, 2010.

INGERSKI, L. M.; JANICKE, D.M.; SILVERSTEIN, J.H. Brief Report: quality of life in overweight youth - the role of multiple informants and perceived social support. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 37, n.7, p. 869-874, 2007.

ISNARD, P. et al. Bulimic behavior and psychopathology in obese adolescents and in their parentes. *International Journal of Pediatric Obesity*, v. 5, p. 474-482, 2010.

KAKESHITA, I. S. et al. Construção e fidedignidade teste-reteste de escala de figuras brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, v. 25, p. 263-270, 2009.

KAUFMANN, C. C.; ALBERNAZ, E. P. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em crianças de uma coorte no sul do Brasil. *Revista Ciência e Saúde*, v. 6, n. 3, p. 172-180, 2013.

KLEINERT, S.; HORTON, R. Rethinking and reframing obesity. *Lancet*, v. 385, n. 9985, p. 2326-2328, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60163-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60163-5)>. Acesso: 12 abr. 2016.

- LAMOUNIER, J. A. et al. Obesidade e dislipidemia. In: SUCCI, R. C. M. (Org.). *PRONAP – módulos de reciclagem*. 4. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2007. v. 1, p. 18-73.
- LAMPARD, A. M. et al. Depressão materna e obesidade infantil: Uma revisão sistemática. *Preventive Medicine*, v. 59, p. 60-67, 2014.
- LATZER, Y.; STEIN, D. A review of the psychological and familial perspectives of childhood obesity. *Journal of Eating Disorders*, v. 1, p. 7, 2013.
- LAUS, M. F. et al. A Influência da imagem corporal no comportamento alimentar. In: ALMEIDA, S. S. et al. (Org.). *Psicobiologia do comportamento alimentar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. p. 103-118.
- LEAL, V. S. et al. Excesso de peso em crianças e adolescentes no estado de Pernambuco, Brasil: prevalência e determinantes. *Caderno de Saúde Pública*, v. 28, n. 6, p. 1175-1182, 2012.
- LEMES, S. O. Acompanhamento da obesidade na infância e adolescência. In: FISBERG, M. (Coord.). *Atualização em obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 85-96.
- LEONE, C.; SILVA, R. R. F. Indicadores antropométricos e uso de curvas de referência. In: ESCRIVÃO, M. A. M. S.; LIBERATORE JUNIOR, R. D. R.; SILVA, R. R. F. *Obesidade no paciente pediátrico: da prevenção ao tratamento*. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 67-82.
- LIMA-VERDE, S. M. M. Obesidade infantil: o problema de saúde pública do século 21. *Revista Brasileira de Promoção e Saúde*, v. 27, n. 1, p. 1-2, 2014.
- LLOYD, L. J. et al. Childhood obesity and risk of the adult metabolic syndrome: a systematic review. *International Journal of Obesity*, n. 36, p. 1-11, 2012.
- LOBSTEIN, T. et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, v. 385, n. 9986, p. 2510-2520, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)>. Acesso em: 12 abr. 2016.
- LOPES, C. S. Obesidade e Saúde Mental: evidências e controvérsias. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (Orgs.). *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Atheneu, 2007. p. 473-483.
- LUIZ, A. M. A. G. et al. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, v. 10, n. 3, p. 371-375, 2005.
- LUIZ, A. M. A. G. et al. Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, v. 27, n. 1, p. 41-48, 2010.

- LUMENG, J. C. et al. Overweight adolescents and life events in childhood. *Pediatrics*, v. 132, n. 6, p. 1506-1512, 2013.
- MACEDO, L.; FESTAS, C.; VIEIRA, M. Percepções parentais sobre estado nutricional, imagem corporal e saúde em crianças com idade escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, n. 6, p. 191-200, 2012.
- MARENO, N. Parental perception of child weight: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, v. 70, n. 1, p. 34-45, 2013.
- MARQUES, C. D. F. et al. The prevalence of overweight and obesity in adolescents in Bahia, Brazil. *Nutrición Hospitalaria*, v. 28, n. 2, p. 491-496, 2013.
- MASCELLA, V. et al. Stress, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com dor de cabeça. *Boletim Acadêmico Paulista de Psicologia*, v. 34, n. 87, p. 407-428, 2014.
- MATOS, M. I. R. et al. Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. 4, p. 165-169, 2002.
- MAZZOCCANTE, R. P.; MORAES, J.F.V.N.; CAMPBELL, C.S.G. Gastos públicos diretos com a obesidade e doenças associadas no Brasil. *Revista de Ciências Médicas*, v. 21, n. 1-6, p. 25-34, 2012.
- MELLO, E. D.; LUFT, V.C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004.
- MENDES, A.V.; LOUREIRO, S.R.; CRIPPA, J.A.S. Depressão materna e a saúde mental de escolares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, n. 5, p. 178-186, 2008.
- MIGUEL, E. C. et al. Transtornos alimentares. In: MIGUEL, E. C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W. F. *Clínica psiquiátrica*. Barueri (SP): Manole, 2011.
- MIQUELEIZ, E. et al. Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity according to socioeconomic status: Spain, 1987-2007. *European Journal of Clinical Nutrition*, v. 68, p. 209-214, 2014.
- MISHIMA, F. K. T.; BARBIERI, V. O brincar criativo e a obesidade infantil. *Estudos de Psicologia*, v. 14, n. 3, p. 249-255, 2009.
- MORAES, L. I. et al. Pressão arterial elevada em crianças e sua correlação com três definições de obesidade infantil. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, v. 102, n. 2, p. 175-180, 2014.
- MOREIRA, S. N. T. et al. Estresse e ansiedade em mulheres inférteis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, n. 6, p. 358-364, 2006.

NAVALPOTRO, L. Area-based socioeconomic environment, obesity risk behaviours, area facilities and childhood overweight and obesity socioeconomic environment and childhood overweight. *Preventive Medicine*, v. 55, n. 2, p. 102-107, 2012.

NOBRE, G. C. et al. Índices de crescimento estatural e estado nutricional de escolares de 6 a 14 anos. *Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, v. 12, n. 1, p. 126-141, 2014.

NUNES, L. A. A influência dos estilos parentais na obesidade infantil. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, v. 1, n. 1, p. 37-46, 2011.

OGDEN, C. L. et al. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*, v. 311, n. 8, p. 806-814, 2014.

OLAYA, B. et al. Country-level and individual correlates of overweight and obesity among primary school children: a cross-sectional study in seven European countries. *Public Health*, v. 15, p. 475, 2015.

PAKPOUR, A. H. et al. A percepção das mães sobre a obesidade em escolares: uma pesquisa e o impacto de uma intervenção educativa. *Jornal de Pediatria*, v. 87, n. 2, p. 169-174, 2011.

PELEGRINI, A. et al. Sobrepeso e obesidade em escolares brasileiros de sete a nove anos: dados do projeto Esporte Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 28, n. 3, p. 290-295, 2010.

PEREIRA, E. F. et al. Percepção da imagem corporal e nível socioeconômico em adolescentes: revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 29, n.3, p. 423-429, 2011.

PEREIRA, P. J. A.; LOPES, L. S. C. Obesidade infantil: estudo em crianças num ATL. *Millenium*, v. 42, p. 105-125, 2012.

PICCININI, C. A. et al. A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudos de Psicologia*, v. 8, n. 1, p. 75-83, 2003.

PINHEIRO, N.; JIMÉNEZ, M. Percepção e insatisfação corporal: um estudo em crianças brasileiras. *Psico*, v. 41, n. 4, p. 510-516, 2010.

PIZETA, F. A. et al. Depressão materna e riscos para o comportamento e a saúde mental das crianças: uma revisão. *Estudos de Psicologia*, v. 18, n. 3, p. 429-437, 2013.

PULGARÓN, E. Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological co-morbidities. *Clinical Therapeutics*, v. 35, n.1, p. A18-A32, 2013.

REUTER, C. P. et al. Prevalence of obesity and cardiovascular risk among children and adolescents in the municipality of Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul. *São Paulo Medical Journal*, v. 131, n. 5, p. 323-330, 2013.

- RIBEIRO, P. R. L. et al. Contribuições de Fisher para a compreensão do desenvolvimento da percepção corporal. *PSICO-USF*, v. 17, n. 3, p. 379-386, 2012.
- ROSANELI, C. F. et al. Avaliação da prevalência e de determinantes sociais do excesso de peso em uma população de escolares: análise transversal em 5037 crianças. *Revista Associação Médica Brasileira*, v. 58, n. 4, p. 472-476, 2012.
- SAKURAMOTO, S. M. et al. Apoio social, estilo parental e a saúde mental de crianças e adolescentes. *O Mundo da Saúde*, v. 38, n. 2, p. 169-178, 2014.
- SALAWI, H. A. et al. Characterizing severe obesity in children and youth referred for weight management. *BMC Pediatrics*, v. 14, p. 154, 2014.
- SALDIVA, S. R. D. M. et al. Prevalência de obesidade infantil em cinco municípios do Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1627-1632, 2004.
- SAMPAIO, I. T. A.; GOMIDE, P. I. C. Inventário de Estilos Parentais (IEP) – Gomide (2006). Percurso de padronização e normatização. *Psicologia Argumento*, v. 25, n. 48, p. 15-26, 2007.
- SANTOS, L. R. C. *Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único*. 2009. 117 f. Dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea) - Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2009.
- SANTOS, L. R. C.; RABINOVICH, E. P. Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 2, p. 507-521, 2011.
- SARAFRAZI, N. et al. *Perception of weight status in U.S. children and adolescents aged 8-15 years, 2005-2012*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2014. (NCHS data brief, n. 158).
- SCHILDER, P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- SILVA, D. A. S. et al. Comparação do crescimento de crianças e adolescentes brasileiros com curvas de referência para crescimento físico: dados do projeto Esporte Brasil. *Jornal de Pediatria*, v. 86, n. 2, p. 115-120, 2010.
- SILVA, V. P.; ZURITA, R. C. M. Prevalência dos fatores de risco da obesidade infantil nos centros municipais de educação infantil nos centros municipais de educação infantil no município de Maringá-PR 2010. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 5, n. 1, p. 9-25, 2012.
- SILVA, M. D. P. et al. Saúde mental e fatores de risco e proteção. Focalizando adolescentes cumprindo medidas socioeducativas. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 2, p. 162-169, 2015.
- SIMÕES, D.; MENESES, R. F. Auto-conceito em crianças com e sem obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 20 n. 2, p. 246-251, 2006.

SIMON, S. et al. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Revista Saúde Pública*, v. 43, n. 1, p. 60-69, 2009.

SOARES, L. D.; PETROSKI, E. L. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, v. 5, n. 1, p. 63-74, 2003.

SOUZA, E. G. C. et al. Obesidade, imagem corporal e bullying em uma população de escolares de uma cidade no sul do Brasil. *Revista da AMRIGS*, v. 56, n. 4, p. 330-334, 2012.

SPADA, P. V. et al. Mother/child bond in mothers of overweight and eutrophic children: depression and socioeconomic factors. *Einstein*, v. 9, p. 24-30, 2011.

SPIELBERGER, C. D. *Inventário de ansiedade traço-estado*. Rio de Janeiro: Cepa, 1979.

SPIELBERGER, C. D. et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1970.

STUNKARD, A.J. et al. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: KETY, S. S. et al. (Eds.). *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. New York: Raven, 1983. p. 115-120.

TENORIO, A. S.; COBAYASHI, F. Obesidade infantil na percepção dos pais. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 29, n. 4, p. 634-639, 2011.

TONIAL, S. R. *Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, 2001.

TOUNIAN, P. *Obesidade infantil*. São Paulo: Organização Andrei, 2008.

VILA, G. et al. Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosomatic Medicine*, v. 66, p. 387-394, 2004.

VITOLO, M. R. Intervenção nutricional. In: \_\_\_\_\_. *Nutrição da gestação e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 357-368.

VLIEBERGHE, L. V. et al. Psychiatric disorders and symptom severity in referred versus non-referred overweight children and adolescents. *European Child Adolescent Psychiatry*, v. 18, p. 164-173, 2009.

VLIET, J. S. et al. Social inequality and age-specific gender differences in overweight among Swedish children and adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, v. 15, p. 628, 2015.

WARSCHBURGER, P.; KROLLER, K. Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children. *Pediatrics*, v. 124, n. 1, p. 16-25, 2009.

WITHERSPOON, D. et al. Do depression, self-esteem, body-esteem, and eating attitudes vary by BMI among African American adolescents? *Journal of Pediatric Psychology*, v. 38, n. 10, p. 1112-1120, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *BMI-for-age*. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index2.html>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *BMI-for-age*. 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi\\_for\\_age/en/index.html](http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/index.html)> .Acesso em: 17 ago. 2013.

*Apêndices e Anexos*

---

## APÊNDICES

### **Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título:** OBESIDADE INFANTIL: Aspectos comportamentais, sintomas psicológicos e percepção corporal de mães e crianças

Pesquisador Responsável: Luana Valera Bombarda  
Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira.  
Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Flávia Helena Pereira Padovani

#### **Prezada (o) Mãe ou Responsável**

Você está sendo convidada (o), juntamente com seu filho (a) para participar da pesquisa chamada “Obesidade Infantil: Aspectos comportamentais, sintomas psicológicos e percepção corporal de mães e crianças”. Nesta pesquisa pretendemos estudar os aspectos comportamentais, práticas de cuidado, saúde mental materna e percepção da imagem corporal de mães e crianças. Além disso, precisamos de algumas informações sobre condições de vida, IMC (Índice de Massa Corpórea) e de saúde. Alguns desses dados serão obtidos com você que é responsável em trazer seu filho (a) para a consulta no dia de hoje, outros gostaríamos de perguntar para a criança, caso aceitem participar do estudo. O motivo que nos leva a pesquisar sobre esse assunto é o significativo aumento de crianças obesas nos últimos anos, e estudar a obesidade infantil, poderá nos ajudar a desenvolver práticas de tratamento, prevenção e controle.

Como expliquei acima, uma parte da nossa pesquisa será respondida por você. Nesta primeira parte você terá que responder algumas perguntas que estão divididas em questionários. O primeiro é um questionário sociodemográfico, seguido do questionário SDQ (Questionário de Capacidades e Dificuldades) que procura conhecer um pouco sobre o comportamento da criança, a escala IEP (Inventário de Estilos Parentais), que avalia as práticas educativas dos pais, seguido do IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado), que avalia sintomas de ansiedade no responsável, BDI (Inventário de Depressão de Beck) que avalia sintomas de depressão no responsável e por último a Escala de Silhuetas, que serão várias figuras e você terá que apontar a que mais se parece com seu filho (a). Depois será a vez da criança. Vou mostrar a Escala de Silhuetas, que são figuras com diversas pessoas e que cada um tem um corpo diferente e pedir para que ela me mostre com qual figura ela se acha mais parecida e com qual ela gostaria de parecer. Também peço autorização para que possa utilizar o prontuário de seu filho, no dia desta consulta, para verificar dados como Índice de Massa Corporal (IMC) e condições clínicas que a criança apresente.

Para participar desta pesquisa, você e a criança não terão nenhum custo, nem receberão qualquer vantagem financeira. Vocês serão esclarecidos de quaisquer dúvidas e estarão livres para participar ou não. Vocês podem desistir de participar a qualquer momento. A participação de vocês é voluntária e a recusa em participar não trará prejuízos ou modificação na forma em que é atendido no serviço. Acreditamos que a duração total da entrevista (sua e da criança) será em média 40 minutos.

Os resultados obtidos com a pesquisa poderão ser apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, sem qualquer identificação dos participantes. Asseguramos ainda que serão mantidos sob sigilo seus dados pessoais. Vocês não sofrerão qualquer risco durante a pesquisa, e caso se sintam afetados diante do tema proposto será oferecido suporte psicológico e devidos encaminhamentos a serviços de saúde de referência, caso seja necessário.

Devemos ainda esclarecer que este documento, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue a você e sua mãe, participantes desta pesquisa, e a outra mantida em arquivo pelas pesquisadoras durante 5 anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro-me de acordo a participar da pesquisa.

Botucatu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**Pesquisador responsável:** Luana Valera Bombarda  
Rua: Décimo Cassetari nº 20, AP.111, Vila Carmelo, Botucatu – SP Fone: (14) 997363310  
E-mail: [lvbombarda@gmail.com](mailto:lvbombarda@gmail.com)

**Coordenadora:** Prof<sup>a</sup>. Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira.  
Rua Isaltino Pinheiro de Castro, 464 Cep 18610-160 Botucatu-SP  
Fone: (14) 38116260 E-mail: [ateresa@fmb.unesp.br](mailto:ateresa@fmb.unesp.br)

## **Apêndice 2: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido**

### **Termo de Assentimento Livre e Esclarecido**

**Título:** OBESIDADE INFANTIL: Aspectos comportamentais, sintomas psicológicos e percepção corporal de mães e crianças

Pesquisador Responsável: Luana Valera Bombarda  
Orientador(a): Profª. Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira.  
Co-Orientadora: Profª. Drª. Flávia Helena Pereira Padovani

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa chamada “Obesidade Infantil: Aspectos comportamentais, sintomas psicológicos e percepção corporal de mães e crianças”. Nesta pesquisa pretendemos estudar os aspectos comportamentais, práticas de cuidado, saúde mental materna e percepção da imagem corporal de mães e crianças. Além disso, precisamos de algumas informações sobre condições de vida, IMC (Índice de Massa Corpórea) e de saúde. Alguns desses dados serão obtidos com a sua mãe ou responsável que está acompanhando você no dia de hoje, outros gostaríamos de perguntar para você, caso aceite participar do estudo. O motivo que nos leva a pesquisar sobre esse assunto é o significativo aumento de crianças obesas nos últimos anos, e estudar a obesidade infantil, poderá nos ajudar a desenvolver práticas de tratamento, prevenção e controle.

Como expliquei acima, uma parte da nossa pesquisa será respondida por sua mãe ou responsável. Nesta primeira parte sua mãe terá que responder algumas perguntas que estão divididas em questionários. O primeiro é um questionário sociodemográfico, seguido do questionário SDQ (Questionário de Capacidades e Dificuldades) que procura conhecer um pouco sobre seu comportamento, a escala IEP (Inventário de Estilos Parentais), que avalia as práticas educativas dos pais, seguido do IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado), que avalia sintomas de ansiedade da mãe, BDI (Inventário de Depressão de Beck) que avalia sintomas de depressão da mãe e por último a Escala de Silhuetas, que serão várias figuras e sua mãe ou responsável terá que apontar a que ela acredita mais se parecer com você. Depois será a sua vez. Vou mostrar a Escala de Silhuetas, que são figuras com diversas pessoas e que cada um tem um corpo diferente e pedir para que você me mostre com qual figura você se acha mais parecido (a) e com qual você gostaria de parecer. Também peço autorização para que possa utilizar o seu prontuário, no dia desta consulta, para verificar dados como Índice de Massa Corporal (IMC) e condições clínicas que você apresenta.

Para participar desta pesquisa, você e seu responsável não terão nenhum custo, nem receberão qualquer vantagem financeira. Vocês serão esclarecidos de quaisquer dúvidas e estarão livres para participar ou não. Vocês podem desistir de participar a qualquer momento. A participação de vocês é voluntária e a recusa em participar não trará prejuízos ou modificação na forma em que é atendido no serviço. Acreditamos que a duração total da entrevista (sua e de sua mãe ou responsável) será em média 40 minutos.

Os resultados obtidos com a pesquisa poderão ser apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, sem qualquer identificação dos participantes. Asseguramos ainda que serão mantidos sob sigilo seus dados pessoais. Vocês não sofrerão qualquer risco durante a pesquisa, e caso se sintam afetados diante do tema proposto será oferecido suporte psicológico e devidos encaminhamentos a serviços de saúde de referência, caso seja necessário.

Devemos ainda esclarecer que este documento, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue a você e sua mãe, participantes desta pesquisa, e a outra mantida em arquivo pelas pesquisadoras durante 5 anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro-me de acordo a participar da pesquisa.

Botucatu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

**Pesquisador responsável:** Luana Valera Bombarda  
Rua: Décimo Cassetari nº 20, AP.111, Vila Carmelo, Botucatu – SP Fone: (14) 997363310  
E-mail: [lvbombarda@gmail.com](mailto:lvbombarda@gmail.com)

**Coordenadora:** Profª. Adjunta Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira.  
Rua Isaltino Pinheiro de Castro, 464 Cep 18610-160 Botucatu-SP  
Fone: (14) 38116260  
E-mail: [ateresa@fmb.unesp.br](mailto:ateresa@fmb.unesp.br)

**Apêndice 3: Protocolo Sociodemográfico e Clínico**

Nome:.....RG:.....

Data da Avaliação:...../...../..... Data de Nasc.: ...../...../.....

Idade atual:..... Sexo:.....

Cidade:.....

Telefone:.....

Responsável:.....

**Informações sócio-demográficas (criança)****Escolaridade:** n° de anos:.....

- 1ª a 4ª série  
 5ª a 8ª série  
 2º grau incompleto  
 2º grau completo  
 ensino superior incompleto  
 ensino superior completo  
 analfabeto  
 nunca frequentou

**Situação Conjugal dos pais:**

- união consensual  
 mãe solteira  
 pai solteiro  
 viúvo  
 separados

**Arranjo Familiar****Com quem vive:**

- com os pais  
 com o pai ou a mãe  
 com avós  
 mãe ou pai e avós  
 Outros:.....

**Informações clínicas****Comorbidade:**

- Hipercolesterolemia  
 Outros:.....

**Tempo de diagnóstico:**.....**Irmãos:**

- Não  Sim.  
 N° de irmãos:.....

**Apoio Social:**

- Não  Sim.  
 Quem?

.....

**Realiza atualmente algum tratamento com profissional de Saúde Mental?**

- Não  Sim.

Especialidade:

- não realiza nenhum tratamento  
 Psicologia  
 Psiquiatria  
 Psicologia no Ambulatório de  
 Obesidade  
 Neuropediatria

**Tempo de tratamento:**.....

**Histórico familiar de obesidade:**

Não  Sim.

Quem:.....

**Medidas:**

PESO..... ALTURA ..... IMC..... PERCENTIL..... ESCORE Z .....

**Faz algum tratamento medicamentoso?**

Não  Sim.

Qual:

Nenhum

Antialérgico

Anticonvulsivante

Calmante

Antidepressivo

Ansiedade

Homeopatia

Outros .....

**Menarca**

Não  Sim.

Data .....

**Passou por algum evento traumático no último ano?**

Não

Sim

**Qual?**

separação dos pais

morte de algum familiar

doença grave na família

reprovação escolar

preconceito de pessoas

Outros .....

**Informações sócio-demográficas (responsável)****Idade: .....****Escolaridade:** n° de anos:.....

- 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> série
- 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> série
- 2° grau incompleto
- 2° grau completo
- ensino superior incompleto
- ensino superior completo
- analfabeto
- nunca frequentou

**Profissão**.....**Ocupação**.....**Situação na ocupação:**

- empregado
- desempregado
- aposentado
- licença médica
- dona-de-casa

**Situação Conjugal:**

- união consensual
- solteiro
- viúvo
- separado

**Renda familiar**.....

- menos de 1 salário mínimo
- 1 a 2 salários mínimos
- 2 a 3 salários mínimos
- 3 ou + salários mínimos
- outro:.....

Quantas pessoas vivem da renda?.....

Renda *per capita*:.....

**Apêndice 4: Lista de Variáveis**

Nome das variáveis	Variáveis Numéricas Contínuas	Variáveis Categóricas Nominais	Variáveis Categóricas Ordinais
<b>Idade</b>	Em anos		<b>Faixa Etária</b>
			6-7 anos
			8-9 anos
			10-11-12 anos
		<b>Sexo (sexoC)</b>	
		Masculino	
		Feminino	
<b>Anos de Estudo criança</b>	Em anos		<b>(fxescolaridC)</b>
			1 <sup>o</sup> a 4 <sup>a</sup>
			5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup>
<b>Arranjo Familiar</b>		<b>Arranjo familiar</b>	
		Pais	
		Pai ou mãe	
		Avós	
		Pai ou mãe e avós	
		Outros	
<b>N Irmãos</b>	Em números	<b>Irmãos s/n</b>	
		Sim	
		Não	
<b>Tratamento em Saúde Mental</b>		<b>Tratamento em SM</b>	
		Não	
		Sim	
<b>Evento traumático</b>		<b>Evento Traumático</b>	
		Não	
		Sim	
<b>Dados responsáveis</b>			
<b>Idade mãe</b>	Em anos		Faixa etária mãe
<b>Escolaridade mãe</b>	Em anos		<b>Faixa de escolaridade mãe</b>
			Até 8 anos
			Acima de 8 anos
<b>Sit. Ocupacional do responsável</b>		<b>Sit. Ocupacional</b>	
		Trabalha	
		Não trabalha	
<b>Situação conjugal do responsável</b>		<b>Situação Conj. Responsável</b>	
		Com companheiro	

		Sem companheiro	
<b>Renda</b>	Em reais		<b>Renda Familiar Per Capita</b>
			Baixa → até 0,5 salário mínimo
			Intermediária (0,5 a 0,9 SM)
			Alta → 1 SM ou mais

**Variáveis  
Clínicas****Obesidade Infantil**

Nome das variáveis	Variáveis Numéricas Contínuas	Variáveis Categóricas Nominais	Variáveis Categóricas Ordinais
<b>comorbidades</b>		<b>Presença de comorbidade</b>	
		Sim	
		Não	
<b>Tempo de tratamento</b>	Em meses		
<b>Histórico familiar de obesidade</b>		<b>Histórico familiar de obesidade</b>	
		Não	
		Sim	
<b>Peso</b>	Peso total		
<b>Altura</b>	Em centímetros		
<b>IMC</b>	Em números		
<b>Percentil</b>	Em números		<b>Percentil</b>
			97-98
			Acima de 99
<b>Escore z</b>	Em números		<b>Escore z – classificação Escore z class)</b>
			>2 Z ≤ 3 (obeso)
			Z>3 (super Obeso)
<b>Tratamento medicamentoso</b>		<b>Uso de medicação</b>	
		Sim	
		Não	
<b>Evento traumático</b>		<b>Passou por evento traumático</b>	
		Sim	
		Não	
<b>Tipo de Evento traumático</b>			

Variáveis dos

Instrumentos de

Investigação diagnóstica

Nome das variáveis	Variáveis Numéricas Contínuas	Variáveis Categóricas Nominais	Variáveis Categóricas Ordinais
<b>Pontuação SDQ (SDQ total)</b>		<b>Caso (SDQ) – PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO</b>	
0 a 40		≥ 17 pontos → Caso	
		≤ 16 pontos → Não Caso	
		<b>Caso (SDQ) – PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO</b>	
		<b>Sintomas emocionais ≥ 05 pontos → Caso</b>	
		≤ 04 pontos → Não Caso	
		<b>Problemas de conduta ≥ 04 pontos → Caso</b>	
		≤ 03 pontos → Não Caso	
		<b>Hiperatividade ≥ 07 pontos → Caso</b>	
		≤ 06 pontos → Não Caso	
		<b>Problemas com colegas ≥ 04 pontos → Caso</b>	
		≤ 03 pontos → Não Caso	
		<b>Comportamento Pró-social ≥ 06 pontos → Não Caso</b>	
		≤ 05 pontos → Caso	
		<b>SDQ interpretação</b>	
		Normal	
		Limítrofe	
		Anormal	
<b>IEP</b>	-24 a 24	<b>Caso (IEP) Práticas educativas</b>	
		Ótimo/Bom (Adequadas)	
		Regular/De Risco (Inadequadas)	
<b>Práticas educativas maternas</b>			
		<b>Monitoria Positiva</b>	
		Ótimo/Bom (Adequadas)	
		Regular/De Risco (Inadequadas)	
		<b>Comportamento moral</b>	
		Ótimo/Bom (Adequadas)	
		Regular/De Risco (Inadequadas)	
		<b>Abuso Físico</b>	
		Ótimo/Bom (Adequadas)	
		Regular/De Risco (Inadequadas)	
		<b>Negligência</b>	
		Ótimo/Bom (Adequadas)	
		Regular/De Risco (Inadequadas)	
		<b>Monitoria Negativa</b>	
		Ótimo/Bom (Adequadas)	
		Regular/De Risco (Inadequadas)	
		<b>Punição Inconsistente</b>	
		Ótimo/Bom (Adequadas)	

		Regular/De Risco (Inadequadas)	
		<b>Disciplina Relaxada</b>	
		Ótimo/Bom (Adequadas)	
		Regular/De Risco (Inadequadas)	
<b>Pontuação IDATE</b>			
<b>IDATE ESTADO</b>		<b>Caso IDATE – Estado (IDATE E class)</b>	
		≥ 40 → Caso	
		≤ 39 → Não Caso	
<b>IDATE E interpretação</b>		Leve	
		Moderado	
		Grave	
<b>IDATE TRAÇO</b>		<b>Caso IDATE – Traço</b>	
		≥ 40 → Caso	
		≤ 39 → Não Caso	
<b>IDATE T inter</b>		Leve	
		Moderado	
		Grave	
<b>Pontuação BECK – Cunha (BDI-t)</b>	0 a 63		
		<b>Caso BECK - SINTOMAS DEPRESSIVOS</b>	
		≥ 15 → Caso	
		≤ 14 → Não Caso	
<b>BDI interpretação</b>		Mínimo	
		Leve	
		Moderado	
		Grave	
<b>Pontuação Escalas de Silhuetas</b>		<b>Percepção da imagem corporal</b>	
		Adequado	
		Superestimação	
		Subestimação	
		<b>Insatisfação com o tamanho corporal</b>	
		Satisfeito	
		Diminuir a silhueta	
		Aumentar a silhueta	
		<b>Percepção corporal ideal</b>	
		Alteração	
		Adequado	
		<b>Percepção corporal ideal – ALTERAÇÃO</b>	
		Adequado	
		Superestimação	
		Subestimação	
<b>Escalas de silhuetas -</b>		<b>Percepção da imagem</b>	

<b>cuidadores</b>		<b>corporal (cuidadores)</b>	
		Adequado	
		Superestimação	
		Subestimação	
		<b>Insatisfação com o tamanho corporal (cuidadores)</b>	
		Satisfeito	
		Diminuir a silhueta	
		Aumentar a silhueta	
		<b>Percepção corporal ideal (cuidadores)</b>	
		Alteração	
		Adequado	
		<b>Percepção corporal ideal – ALTERAÇÃO (cuidadores)</b>	
		Adequado	
		Superestimação	
		Subestimação	

**Apêndice 5 – Tabela A. Associação entre Estilos Parentais (IEP\*\*) e comportamentos da criança (SDQ\*\*\*)**

VARIÁVEL	SDQ				SDQ		p*
	TOTAL		NÃO CASO		CASO		
	(N=77)		(N= 36)		(N= 41)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>ESTILOS PARENTAIS</b>							<b>0,007</b>
Ótimo/Bom	50	64,9	29	58,0	21	42,0	
Regular/De Risco	27	35,1	7	25,9	20	74,1	
<b>MONITORIA POSITIVA</b>							<b>0,12</b>
Ótimo/Bom	71	92,2	35	49,3	36	50,7	
Regular/De Risco	6	7,8	1	16,7	5	83,3	
<b>COMPORTAMENTO MORAL</b>							<b>0,48</b>
Ótimo/Bom	74	96,1	34	45,9	40	54,1	
Regular/De Risco	3	3,9	2	66,7	1	33,3	
<b>ABUSO FÍSICO</b>							<b>0,25</b>
Ótimo/Bom	29	37,7	16	55,2	13	44,8	
Regular/De Risco	48	62,3	20	41,7	28	58,3	
<b>NEGLIGÊNCIA</b>							<b>0,04</b>
Ótimo/Bom	51	66,2	28	54,9	23	45,1	
Regular/De Risco	26	33,8	8	30,8	18	69,2	
<b>MONITORIA NEGATIVA</b>							<b>0,02</b>
Ótimo/Bom	32	41,6	20	62,5	12	37,5	
Regular/De Risco	45	58,4	16	35,6	29	64,4	
<b>PUNIÇÃO INCONSISTENTE</b>							<b>0,01</b>
Ótimo/Bom	58	75,3	32	55,2	26	44,8	
Regular/De Risco	19	24,7	4	21,1	15	78,9	
<b>DISCIPLINA RELAXADA</b>							<b>0,04</b>
Ótimo/Bom	51	66,2	28	54,9	23	45,1	
Regular/De Risco	26	33,8	8	30,8	18	69,2	

\* Teste  $\chi^2$  Legenda: \*\* IEP (inventário de Estilos Parentais); \*\*\*SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire – Questionário de Capacidades e Dificuldades).

## ANEXOS

**ANEXO 1: SDQ: Questionário de Capacidades e Dificuldades****Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Port)**

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses ou durante o ano escolar em curso.

Nome da Criança ..... Masculino/Feminino

Data de Nascimento .....

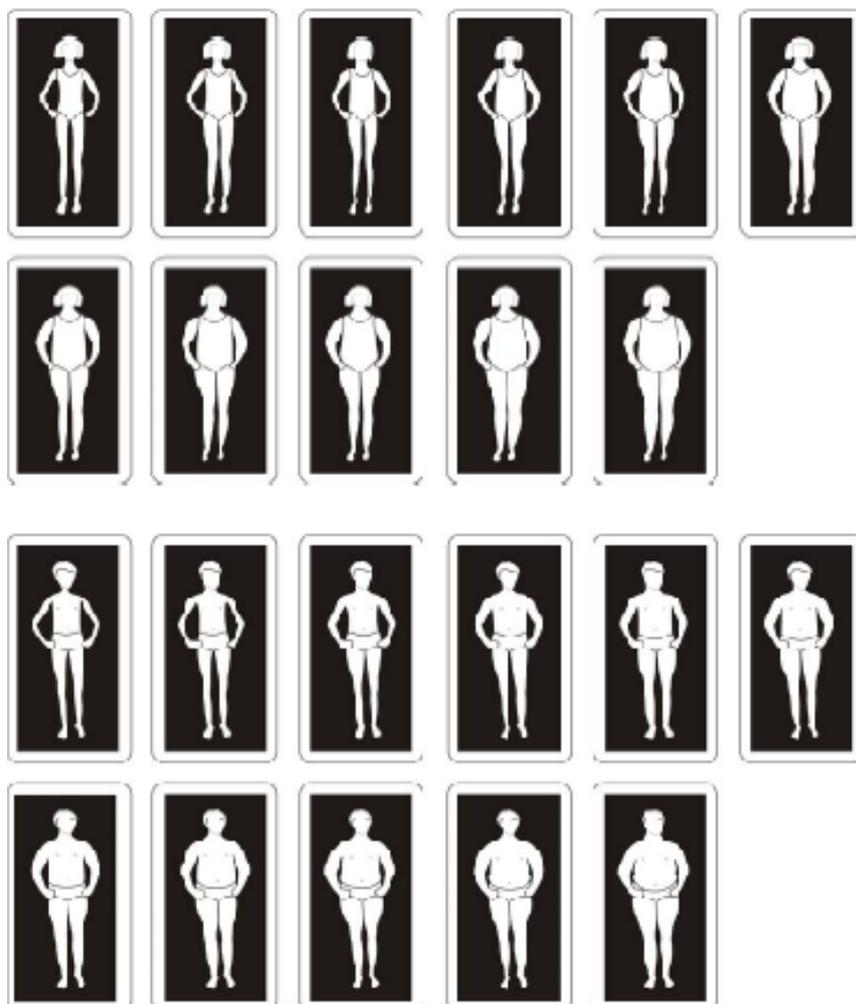
	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É solitário, prefere brincar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral, é querido por outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente perde a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É gentil com crianças mais novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente engana ou mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de fazê-las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome completo (em letra de forma) ..... Data .....

Mãe/pai/professor/outro (especifique):

**Muito obrigado pela sua colaboração**

**Anexo 2: Escala de Silhuetas**



**Anexo 3: Inventário de Estilos Parentais (IEP)**

## Inventário de Estilos Parentais (IEP)

### Práticas educativas maternas e paternas

### Autoaplicação

*Paula Inez Cunha Gomide*

O objetivo deste instrumento é estudar a maneira utilizada pelos pais na educação de seus filhos. Não existem respostas certas ou erradas. Responda cada questão com sinceridade e tranquilidade. Suas informações serão sigilosas. Escolha, entre as alternativas a seguir, aquelas que mais refletem a forma como  **você**  educa seu/sua filho(a).

**Identificação**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) m ( ) f  
 Nome do filho(a): \_\_\_\_\_

Responda a tabela a seguir fazendo um X no quadrinho que melhor indicar a frequência com que  **você**  age nas situações relacionadas; mesmo que a situação descrita nunca tenha ocorrido, responda considerando o seu possível comportamento naquelas circunstâncias.

Utilize a legenda de acordo com o seguinte critério:

**NUNCA:** se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 0 a 2 vezes.

**ÀS VEZES:** se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 3 a 7 vezes.

**SEMPRE:** se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 8 a 10 vezes.

Entre 10 episódios

	8 a 10	3 a 7	0 a 2
	Sempre	Às vezes	Nunca
1. Quando meu filho(a) sai, ele(a) conta espontaneamente onde vai.			
2. Ensino meu filho(a) a devolver objetos ou dinheiro que não pertencem a ele(a).			
3. Quando meu filho(a) faz algo errado, a punição que aplico é mais severa dependendo de meu humor.			
4. Meu trabalho atrapalha na atenção que dou a meu filho(a).			
5. Ameaço que vou bater ou castigar e depois não faço nada.			
6. Critico qualquer coisa que meu filho(a) faça, como o quarto estar desarrumado ou estar com os cabelos despenteados.			
7. Bato com cinta ou outros objetos nele(a).			
8. Pergunto como foi seu dia na escola e o ouço atentamente.			
9. Se meu filho(a) colar na prova, explico que é melhor tirar nota baixa do que enganar a professora ou a si mesmo(a).			
10. Quando estou alegre, não me importo com as coisas erradas que meu filho(a) faça.			

	Entre 10 episódios		
	8 a 10	3 a 7	0 a 2
	Sempre	Às vezes	Nunca
11. Meu filho(a) sente dificuldades em contar seus problemas para mim, pois vivo ocupado(a).			
12. Quando castigo meu filho(a) e ele pede para sair do castigo, após um pouco de insistência, permito que saia do castigo.			
13. Quando meu filho(a) sai, telefono procurando por ele(a) muitas vezes.			
14. Meu filho(a) tem muito medo de apanhar de mim.			
15. Quando meu filho(a) está triste ou aborrecido(a), interesso-me em ajudá-lo a resolver o problema.			
16. Se meu filho(a) estragar alguma coisa de alguém, ensino a contar o que fez e pedir desculpas.			
17. Castigo-o(a) quando estou nervoso(a); assim que passa a raiva, peço desculpas.			
18. Meu filho(a) fica sozinho em casa a maior parte do tempo.			
19. Durante uma briga, meu filho(a) xinga ou grita comigo e, então, eu o(a) deixo em paz.			
20. Controlo com quem meu filho(a) fala ou sai.			
21. Meu filho(a) fica machucado fisicamente quando bato nele(a).			
22. Mesmo quando estou ocupado(a) ou viajando, telefono para saber como meu filho(a) está.			
23. Aconselho meu filho(a) a ler livros, revistas ou ver programas de TV que mostrem os efeitos negativos do uso de drogas.			
24. Quando estou nervoso(a), acabo descontando em meu filho(a).			
25. Percebo que meu filho(a) sente que não dou atenção a ele(a).			
26. Quando mando meu filho(a) estudar, arrumar o quarto ou voltar para casa, e ele não obedece, eu "deixo pra lá".			
27. Especialmente nas horas das refeições, fico dando as "brincas".			
28. Meu filho(a) sente ódio de mim quando bato nele(a).			
29. Após uma festa, quero saber se meu filho(a) se divertiu.			
30. Converso com meu filho(a) sobre o que é certo ou errado no comportamento dos personagens dos filmes e dos programas de TV.			
31. Sou mal-humorado(a) com meu filho.			
32. Não sei dizer do que meu filho(a) gosta.			
33. Aviso que não vou dar um presente para meu filho(a) caso não estude, mas, na hora "H", fico com pena e dou o presente.			
34. Se meu filho(a) vai a uma festa, somente quero saber se bebeu, se fumou ou se estava com aquele grupo de maus elementos.			
35. Sou agressivo (a) com meu filho(a).			
36. Estabeleço regras (o que pode e o que não pode ser feito) e explico as razões sem brigar.			
37. Converso sobre o futuro trabalho ou profissão de meu filho, mostrando os pontos positivos ou negativos de sua escolha.			
38. Quando estou mal-humorado(a), não deixo meu filho(a) sair com os amigos.			
39. Ignoro os problemas de meu filho(a).			
40. Quando meu filho fica muito nervoso(a) em uma discussão ou briga, ele(a) percebe que isto me amedronta.			
41. Se meu filho(a) estiver aborrecido(a), fico insistindo para ele contar o que aconteceu, mesmo que ele(a) não queira contar.			
42. Sou violento(a) com meu filho(a).			

Este inventário é referente à obra *Inventário de Estilos Parentais*.

**Anexo 4: Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**

IDATE

**INSTRUÇÕES****PARTE I**

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

**AVALIAÇÃO**

	Muitíssimo 4	Um pouco 2		
	Bastante 3	Absolutamente não 1		
1. Sinto-me calma		1 2 3 4		
2. Sinto-me segura		1 2 3 4		
3. Estou tensa		1 2 3 4		
4. Estou arrependida		1 2 3 4		
5. Sinto-me à vontade		1 2 3 4		
6. Sinto-me perturbada		1 2 3 4		
7. Estou preocupada com possíveis infortúnios		1 2 3 4		
8. Sinto-me descansada		1 2 3 4		
9. Sinto-me ansiosa		1 2 3 4		
10. Sinto-me "em casa"		1 2 3 4		
11. Sinto-me confiante		1 2 3 4		
12. Sinto-me nervosa		1 2 3 4		
13. Estou agitada		1 2 3 4		
14. Sinto-me uma pilha de nervos		1 2 3 4		
15. Estou descontraída		1 2 3 4		
16. Sinto-me satisfeita		1 2 3 4		
17. Estou preocupada		1 2 3 4		
18. Sinto-me super excitada e confusa		1 2 3 4		
19. Sinto-me alegre		1 2 3 4		
20. Sinto-me bem		1 2 3 4		

**PARTE II**

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você geralmente se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente geralmente.

**AVALIAÇÃO**

	Quase sempre 4	Às vezes 2			
	Freqüentemente 3	Quase nunca 1			
1. Sinto-me bem			1	2	3 4
2. Canso-me facilmente			1	2	3 4
3. Tenho vontade de chorar			1	2	3 4
4. Gostaria poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser			1	2	3 4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente			1	2	3 4
6. Sinto-me descansada			1	2	3 4
7. Sou calma, poderada e senhora de mim mesmo			1	2	3 4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver			1	2	3 4
9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância			1	2	3 4
10. Sou feliz			1	2	3 4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas			1	2	3 4
12. Não tenho muita confiança em mim mesma			1	2	3 4
13. Sinto-me segura			1	2	3 4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas			1	2	3 4
15. Sinto-me deprimida			1	2	3 4
16. Estou insatisfeita			1	2	3 4
17. Às vezes, as idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando			1	2	3 4
18. Levo desapontamentos tão à sério que não consigo tirá-los da cabeça			1	2	3 4
19. Sou uma pessoa estável			1	2	3 4
20. Fico tensa e perturbada quando penso em meus problemas			1	2	3 4

## **Anexo 5: Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)**

### **Instruções**

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Faça um círculo em volta do número, correspondente a afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e o item 18 (alterações de apetite).

<p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2. Pessimismo</b></p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p><b>3. Fracasso passado</b></p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p><b>4. Perda de prazer</b></p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p><b>5. Sentimentos de culpa</b></p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p> <p><b>6. Sentimentos de punição</b></p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p>	<p><b>7. Auto-estima</b></p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p> <p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p><b>9. Pensamentos ou desejos suicidas</b></p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10. Choro</b></p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p> <p><b>11. Agitação</b></p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p><b>12. Perda de interesse</b></p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 É difícil me interessar por alguma coisa.</p>
--	--

**13. Indecisão**

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

**14. Desvalorização**

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

**15. Falta de energia**

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

**16. Alterações no padrão de sono**

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2a Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b Durmo muito menos do que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

**17. Irritabilidade**

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo.

**18. Alterações de apetite**

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- 2a Meu apetite está muito menor do que antes.
- 2b Meu apetite está muito maior do que antes.
- 3a Não tenho nenhum apetite.
- 3b Quero comer o tempo todo.

**19. Dificuldade de concentração**

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- 2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

**20. Cansaço ou fadiga**

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.
- 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

**21. Perda de interesse por sexo**

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Subtotal da página 1 Subtotal da página 2 Subtotal da página 2 Pontuação total