



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Cardoso, Luceli Kelly de Oliveira; Carvalho, Ana Maria Pimenta  
Avaliação psicológica de crianças acompanhadas em programa de atenção multiprofissional à  
obesidade  
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 11, núm. 22, mayo-agosto, 2007, pp. 297-312  
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115441009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Avaliação psicológica de crianças acompanhadas em programa de atenção multiprofissional à obesidade



Luceli Kelly de Oliveira Cardoso<sup>1</sup>  
Ana Maria Pimenta Carvalho<sup>2</sup>

CARDOSO, L.K.O.; CARVALHO, A.M.P. Psychological evaluation of obese children in a multiprofessional program. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.22, p.297-312, mai/ago 2007.

This study aimed to describe and analyze the psychological evaluation results of children who attended a Multiprofessional Obesity Care Program offered by the University of São Paulo in 2001 and 2002, at the beginning and the end of the assistance proposed by the program, as well as to analyze these children's initial and final weight, height and BMI. The subjects were 19 children aged 10 to 12, with a BMI percentile of 95 or higher, who took part in the program. Most children in this study scored within the average range regarding their psychological functioning aspects, which did not change significantly after the program.

KEY WORDS: Obesity. Child. Psychology.

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar os resultados das avaliações psicológicas de crianças atendidas no Programa de Atenção Multiprofissional à Obesidade, da Universidade de São Paulo, nos anos de 2001 e 2002, ao iniciar o atendimento proposto pelo programa e ao final do mesmo. Também foram analisados peso, altura e IMC (índice de massa corpórea) iniciais e finais das 19 crianças participantes do programa. Essas possuíam percentil do IMC igual ou acima de 95 e idades entre 10 e 12 anos. Resultados indicam que a maioria das crianças investigadas encontram-se dentro da média em relação aos aspectos de funcionamento psicológico. Não houve alteração significativa desses aspectos após o trabalho realizado.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade. Criança. Psicologia.

<sup>1</sup> Psicóloga; mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP. <lkolivei@unaerp.br>

<sup>2</sup> Psicóloga; doutora em Psicologia; professora, departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP. <anacar@eerp.usp.br>

## Introdução

A obesidade tem aumentado de forma significativa em todo o mundo, atingindo todas as faixas etárias, especialmente as crianças. Nos EUA, comparando-se os levantamentos nacionais de 1965 e 1980, constata-se que a obesidade nas crianças de seis a 11 anos aumentou em 67% entre os meninos e em 41% entre as meninas. Atualmente, 25% das crianças americanas são consideradas obesas, e a maioria pertence a classes sociais com menor poder aquisitivo. No Brasil, pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), na década de 1990, constatou que a obesidade infantil atingia 16% das crianças pertencentes às classes sociais mais privilegiadas. Tal configuração, entretanto, tem sido alterada (Monteiro & Conde, 1999).

Associam-se à obesidade problemas de saúde, como: diabetes tipo II, problemas de articulação de membros inferiores, hipertensão, entre outros. O excesso de peso é uma das condições precursoras de distúrbios alimentares, que se constituem em desordens mais severas que acometem indivíduos jovens, a partir da adolescência.

Essa condição tem múltipla determinação: fatores genéticos, ambientais e comportamentais concorrem para sua instalação e manutenção. No presente trabalho, optou-se por abordar os aspectos psicológicos a ela associados.

Em adultos, esse tema tem sido bastante explorado, especialmente porque, nos casos de obesidade grave, há sérios comprometimentos emocionais. Em crianças, o problema tem sido focalizado com menos frequência, mas já existe um corpo de pesquisas sobre o tema.

Hilde Bruch, uma das pioneiras no estudo do impacto psicológico da obesidade na infância, já argumentava, em artigo publicado em 1975, sobre o caráter indesejável dessa condição na infância e, particularmente na adolescência, num contexto social obcecado pela boa forma física (Bruch, 1975).

É a insatisfação com a condição de peso excessivo que mobiliza pais a buscarem ajuda para seus filhos. Aliam-se a essa insatisfação com a saúde física as preocupações com a dinâmica emocional da criança. Justifica-se, assim, no contexto de atenção multiprofissional, avaliar crianças quanto ao aspecto psicológico.

Uma das vertentes teóricas para essa abordagem é a psicanalítica, em que se investigam as relações criança - mãe - família, mediadas pelo valor simbólico da alimentação (Muller, 1999).

Outra vertente é a cognitivo-desenvolvimentista, que busca, a partir da própria criança, acessar as percepções que ela tem de si mesma em diferentes domínios da vida. A operacionalização dessas percepções é feita por meio de instrumentos auto-aplicáveis e de produção gráfica como medida cognitiva e emocional.

A opção teórica deste trabalho é a segunda. Buscou-se operacionalizar as variáveis do funcionamento psicológico, relatadas pelos pais das crianças que buscavam ajuda - ansiedade, falta de controle sobre o ato de comer, auto-estima e, para complementar, elegeu-se a técnica do desenho da figura humana para avaliar as crianças quanto ao desenvolvimento cognitivo e emocional. Essa operacionalização levou à escolha de instrumentos

padronizados disponíveis. A incursão bibliográfica mostrou trabalhos realizados com adultos e, com base neste modelo, buscaram-se instrumentos de avaliação infantil que permitissem avaliar os aspectos focalizados.

A obesidade está relacionada a fatores psicológicos (como o controle, a percepção de si, a ansiedade, o desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes) e demanda uma investigação sistemática, quando se propõe a construir conhecimentos que possam subsidiar práticas de assistência.

A abordagem à percepção das pessoas sobre o controle que exercem em relação a eventos de suas vidas tem sido baseada nas formulações teóricas de Rotter (1966). Este autor propôs o construto *locus* de controle, no qual são identificadas duas tendências: a interna e a externa. As pessoas com *locus* de controle interno tendem a localizar em si mesmas o controle, enquanto os externamente orientados tendem a localizar em outras pessoas o controle sobre o que ocorre em suas vidas.

Do ponto de vista operacional, a presença desses componentes da personalidade tem sido avaliada por meio de escalas. Estas são instrumentos de auto-relato em que o sujeito lê as alternativas e avalia se concorda ou não com elas e em que grau. Suas respostas são, então, avaliadas e traduzidas em escores.

Stotland & Zuroff (1990) verificaram, em muitas pesquisas, uma relação significativa entre *locus* de controle e perda de peso.

Para Rotter (1966), um *locus* de controle interno é um preditor potencial para sucessos em programas de perda de peso. Contudo, pesquisas posteriores tanto validaram tal afirmação (Ross et al., 1983; Balch & Ross, 1975), quanto há estudos que obtiveram resultados que a contrariaram (Gormally et al., 1980; Tobias & MacDonald, 1977). Entretanto, esses estudos foram realizados com adultos. Sobre crianças não foram encontrados trabalhos que relacionassem *locus* de controle e obesidade.

A auto-avaliação faz parte do processo adaptativo das pessoas. O apreço por si e a percepção que se tem das habilidades e capacidades são construídos com base no contato com as outras pessoas, que fornecem pistas ao indivíduo sobre o seu desempenho. A auto-avaliação é um fenômeno pessoal que ajuda o indivíduo a dirigir seu comportamento. As pessoas carregam consigo um autoconceito positivo ou negativo e atuam em função dele. O que a pessoa pensa sobre si mesma diz muito sobre a satisfação que extrai de sua vida e das atividades que realiza, sendo um fator de risco ou de suporte para sua saúde mental (Bandura, 1986).

Os dados da literatura não são conclusivos em relação aos aspectos emocionais relacionados com a obesidade. Alguns discutem que nem todos os obesos têm sentimentos negativos sobre o seu corpo; esses sentimentos seriam mais comuns em pessoas com o início da obesidade na infância, cujos pais e amigos depreciam o seu corpo (Stunkard & Wadden, 1992). O distúrbio da imagem corporal, que se desenvolveria na adolescência, representa uma internalização da censura dos pais e pares e persiste com a contínua desvalorização.

Quando se trata da obesidade, estudos referem-se à imagem corporal mostrando que indivíduos obesos não apreciam seus corpos ou distorcem suas percepções sobre eles (Venturini, 2000; Candy & Fee, 1998). Há relatos

de sentimentos de menos valia entre adolescentes obesos (Dechen et al., 2000). Entretanto, pouco se tem estudado sobre o autoconceito, que abarca não só a apreciação sobre atributos físicos, mas outros domínios, em crianças obesas.

Outro fator bastante citado como presente na dinâmica da personalidade do indivíduo obeso é a ansiedade. Andrade & Gorenstein (1998) afirmam que este é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsor do desenvolvimento. A ansiedade pode tornar-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

O estudo sobre a ansiedade do ponto de vista psicológico salienta uma diferenciação quanto à forma com que ela se apresenta - ansiedade-estado e ansiedade-traço. O estado de ansiedade é conceituado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos, e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Os escores de ansiedade-estado podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo (Andrade & Gorenstein, 1998). Já ansiedade-traço, segundo esses autores, refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, com intensificação do estado de ansiedade. Os escores de ansiedade-traço são menos suscetíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo.

Uma outra técnica de fácil aplicação no contexto da avaliação psicológica de crianças é o Teste do Desenho da Figura Humana. A partir da padronização de Hutz & Antoniazzi (1995), com base nos indicadores evolutivos e emocionais descritos por Koppitz (1968), objetivou-se utilizar essa técnica para complementar uma investigação de aspectos do funcionamento psicológico (ou da dinâmica psíquica) que pudessem ser identificados em indivíduos obesos, crianças.

Azevedo (2000), comparando os resultados obtidos com a aplicação do Desenho da Figura Humana (DFH) em trinta crianças obesas e trinta crianças não obesas, constatou que as primeiras apresentaram mais indicadores emocionais. Venturini (2000), utilizando o DFH com 15 crianças obesas, verificou que suas produções evidenciaram transtornos no esquema corporal, ansiedade, insegurança, insatisfação consigo mesmas e sinais de agressividade, entre outros.

O presente trabalho visou descrever e analisar os resultados das avaliações psicológicas de crianças atendidas no Programa de Atenção Multiprofissional à Obesidade, da Universidade de São Paulo, nos anos de 2001 e 2002. A intenção foi detectar os aspectos do funcionamento psicológico presentes nas crianças, ao iniciar o atendimento proposto pelo programa e ao final do mesmo. O recorte desse funcionamento centrou-se em fatores de personalidade, como: *l*ocus de controle, ansiedade-traço e estado, maturidade emocional e cognitiva e autoconceito.

## **Metodologia**

### **Participantes**

Os sujeitos do estudo foram 19 crianças com idades entre dez e 12 anos, no início do atendimento, que chegaram até o final do programa em 2001 e 2002.

Os critérios para inclusão no programa foram: 1. a criança estar no percentil igual ou maior que 95, que corresponde à obesidade, segundo critérios da National Center of Health Statistics, Height and Weight of Youth (Must et al., 1991); e 2. não apresentar problemas orgânicos evidentes e/ou alterações no desenvolvimento, como retardo psicomotor e déficits sensoriais.

Os participantes procuraram o Programa de Atenção Multiprofissional à Obesidade, da Universidade de São Paulo espontaneamente ou foram encaminhados por enfermeiras do Programa de Saúde do Escolar - PROASE - que atuam em escolas públicas da cidade de Ribeirão Preto.

### **Contexto de realização do estudo: programa de atenção multiprofissional à obesidade**

O programa contava com a participação de diferentes profissionais: nutricionistas, psicólogos, enfermeiros e professor de educação física. Teve início em 1998, com base na iniciativa de um professor de educação física do Centro de Esportes e Recreação do Campus da USP de Ribeirão Preto - CEFER, ao qual uniram-se enfermeiros, psicólogos e nutricionistas.

Era composto por atividades distribuídas em três dias da semana: exercícios físicos (três vezes por semana); orientação nutricional (uma vez por semana); avaliação psicológica (ao início e final do programa), com entrevistas com as crianças e seus pais. Para aqueles casos em que se identificavam problemas de ordem emocional, fazia-se o encaminhamento para psicoterapia. As atividades eram realizadas nos seguintes locais: Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Centro de Educação Física, Recreação e Esporte (CEFER). O programa contemplava, ainda, com ações de enfermeiros e nutricionistas, visitas às casas e tomada de medidas de peso e altura de todos os membros da família. Mensalmente, eram feitas reuniões com os pais e profissionais para avaliação do andamento do programa e orientações. Outros projetos de pesquisa vinculavam-se a esse programa.

O programa tinha a duração de um ano e oferecia um número máximo de vinte vagas. O índice de evasão girava em torno de 40%. Os principais objetivos eram: proporcionar condições para mudança de hábito alimentar e para a prática de exercícios físicos, melhorar o condicionamento físico e não ganhar peso no período.

### **Instrumentos utilizados para a avaliação psicológica**

No teste do DFH, solicita-se aos sujeitos desenhem, inicialmente, apenas

uma pessoa inteira. Posteriormente, entrega-se uma nova folha e solicita-se que se desenhe somente uma pessoa do sexo oposto à do primeiro desenho, sendo avaliado apenas o desenho do mesmo sexo da criança. A padronização utilizada para esse teste foi a proposta por Hutz & Antoniazzi (1995), com base no esquema de Koppitz (1968).

A *Escala de Ansiedade "RCMAS"* foi desenvolvida por Reynolds & Richmond (1978) e padronizada por Gorayeb (1994), com o título "O que penso e sinto". Compõe-se de 28 frases em que o sujeito deve escolher a resposta sim ou não. Este é um instrumento que propõe medir a ansiedade enquanto traço de personalidade.

O *IDATE-C* (Inventário de Ansiedade Traço-Estado, forma C) é constituído de duas escalas do tipo auto-avaliação, que visam medir dois conceitos distintos de ansiedade: a ansiedade-estado (A-Estado) e a ansiedade-traço (A-Traço). A escala A-Estado pretende medir estados transitórios de ansiedade, isto é, sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos de apreensão, tensão e preocupação, que variam em intensidade e flutuam no tempo. A escala A-Traço mede diferenças individuais relativamente estáveis em susceptibilidade à ansiedade, isto é, diferenças, entre crianças, de tendência a experimentar estados de ansiedade. A escala de A-Estado do IDATE-C consiste de vinte afirmações que pedem que a criança indique como se sente em um determinado momento no tempo. A escala A-Traço do IDATE-C também consiste de vinte itens, mas nessa escala os sujeitos devem responder como geralmente se sentem (Spielberger, 1983).

A *Escala de Locus de Controle*, construída por Milgram & Milgram (1975), e padronizada por Feres (1981), é composta por 24 itens, que retratam situações de sucesso ou fracasso, com alternativas que atribuem o sucesso ou o fracasso totalmente ao outro e aquelas que os atribuem a si mesmo.

A *Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito* - "O que penso e sinto sobre mim mesmo", originalmente proposta por Piers & Harris (Piers, 1984), foi utilizada na forma traduzida e adaptada por Jacob & Loureiro (1999). Esta escala não tem ainda padronização brasileira e é composta por frases para as quais a criança deve assinalar sim ou não.

### **Procedimentos de coleta de dados**

Foram obtidas as medidas de altura e peso de cada criança, para o cálculo do IMC, utilizando-se balança portátil e trena. Solicitava-se que a criança ficasse descalça e encostasse em uma parede para que se pudesse medir sua altura.

Os dados foram coletados com base nos protocolos das avaliações psicológicas realizadas nos anos de 2001 e 2002. Em cada ano, vinte crianças entraram para o programa, porém, no ano de 2001, dez crianças desistiram e uma não foi considerada na pesquisa, pois tinha idade superior a 12 anos no início do atendimento. No ano de 2002, dez crianças desistiram.

### **Avaliação psicológica**

No ano de 2001 foram aplicados coletivamente, em nove crianças, três instrumentos em três sessões com duração média de cinquenta minutos. Os



instrumentos aplicados no início do atendimento e no final dele foram: Teste do Desenho da Figura Humana; IDATE-C; Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito.

No ano 2002 foram aplicados, coletivamente, em dez crianças, quatro instrumentos em quatro sessões com duração média de cinquenta minutos. Os instrumentos aplicados no início do atendimento e no final dele foram: Teste do Desenho da Figura Humana; Escala de Ansiedade “O que penso e sinto”; Escala de Locus de Controle para crianças; Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito.

### Análise dos dados

Os resultados das avaliações psicológicas aplicadas nos programas dos anos de 2001 e 2002 foram analisados de acordo com as normas de padronização dos instrumentos utilizados.

Após essa análise, foi feita comparação dos resultados obtidos no início e no final do atendimento realizado em cada ano. A comparação dos dados iniciais e finais foi feita por meio do teste não paramétrico - T de Wilcoxon (Siegel, 1975).

### Resultados

Os resultados das avaliações são apresentados considerando-se, para os instrumentos padronizados, a distribuição das crianças dos dois grupos em relação aos valores médios, abaixo e acima da média. Para o instrumento de avaliação do autoconceito, considera-se o valor de mediana obtida, uma vez que não há padronização brasileira.

### Apresentação dos valores de mediana, mínimo e máximo dos escores da Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito, para cada turma

A Tabela 1 mostra os valores de mediana, mínimo e máximo dos escores da Escala Piers-Harris de Autoconceito para os anos de 2001 e 2002.

Embora estatisticamente não tenha sido verificada diferença, observa-se que, em 2002, houve uma maior dispersão entre os escores obtidos. O escore total deste teste é oitenta e, quanto maior o escore, melhor é o autoconceito da criança.

**Tabela 1.** Valores de mediana, mínimo e máximo dos escores da Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito para as duas avaliações realizadas em cada turma.

Ano	nº sujeitos	Avaliação	Mediana	Mínimo e Máximo
2001	n = 08	1ª	57,5	40-76
		2ª	61	41-79
2002	n =10	1ª	52	34-75
		2ª	49	28-78



### Distribuição dos participantes em relação à avaliação dos instrumentos:

Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-C);  
Escala de Ansiedade “O que Penso e Sinto”;  
Escala de *Locus* de Controle;  
Desenho da Figura Humana

**Tabela 2.** Distribuição dos participantes com relação aos percentis do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Idate-C) para as duas avaliações realizadas em 2001.

Ano de 2001 (n = 9)				
Percentis	Ansiedade Estado		Ansiedade Traço	
	1ª Avaliação	2ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação
< 25	2	3	3	1
25 ≤ P ≤ 75	6	3	5	6
> 75	1	3	1	2

Na Tabela 2, conforme os resultados obtidos no IDATE-C, pode-se dizer que, em média, essas crianças não apresentam níveis altos de ansiedade Estado e Traço.

**Tabela 3.** Distribuição dos participantes com relação à avaliação por sexo/idade da Escala de Ansiedade “O que Penso e Sinto” para as duas avaliações realizadas em 2002.

Ano de 2002 (n = 10)		
Avaliação Sexo/Idade	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Abaixo	1	4
Média	8	3
Acima	1	3

Os resultados exibidos na Tabela 3, em relação à Escala de Ansiedade “O que penso e sinto”, mostram que, na primeira avaliação, em média, essas crianças não apresentaram níveis altos de ansiedade traço, que é o tipo de ansiedade que o instrumento se propõe a medir. Na segunda avaliação, mais

**Tabela 4 .** Distribuição dos participantes com relação à avaliação por sexo/série da Escala de Locus de Controle para as duas avaliações realizadas em 2002.

Ano de 2002 (n = 09)		
Avaliação Sexo/Série	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Interno	2	2
Média	7	7
Externo	0	0

crianças apresentaram níveis de ansiedade abaixo e acima da média.

Na Tabela 4, conforme os resultados obtidos na Escala de *Locus* de Controle, observa-se que a maior parte das crianças está na média, havendo um equilíbrio entre o *Locus* de Controle Interno e o Externo.

**Tabela 5.** Distribuição dos participantes com relação aos percentis dos Indicadores Emocionais do Desenho da Figura Humana (DFH) para as duas avaliações realizadas nas turmas de 2001 e 2002.

Percentis	Ano de 2001 (n = 9)		Ano de 2002 (n = 10)	
	1ª Avaliação	2ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação
< 25	0	2	2	3
25 ≤ P ≤ 75	7	7	7	7
> 75	2	0	1	0

Observa-se na tabela 5 que a maior parte das crianças dos dois grupos situa-se na média em relação aos Indicadores Emocionais do DFH.

**Tabela 6.** Distribuição dos participantes com relação aos percentis dos Indicadores Evolutivos do Desenho da Figura Humana (DFH) para as duas avaliações realizadas nas turmas de 2001 e 2002.

Percentis	Ano de 2001 (n = 9)		Ano de 2002 (n = 10)	
	1ª Avaliação	2ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação
< 25	0	0	1	2
25 ≤ P ≤ 75	6	5	9	6
> 75	3	4	0	2

Na Tabela 6, a maior parte das crianças dos dois grupos situa-se na média em relação aos Indicadores Evolutivos do DFH.

### **Comparações entre as primeiras e as segundas avaliações de cada instrumento das duas turmas (medidas globais)**

#### **Ano de 2001**

Foi utilizado o Teste T de Wilcoxon para a análise de diferenças entre os resultados da primeira aplicação e da segunda aplicação de cada um dos instrumentos.

Com relação aos escores obtidos por meio da Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito, do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Idate-C), do Desenho da Figura Humana (Indicadores Emocionais e Evolutivos), não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

### Ano de 2002

Foi utilizado o Teste T de Wilcoxon para a análise de diferenças entre os resultados da primeira aplicação e da segunda aplicação de cada um dos instrumentos.

Com relação aos escores obtidos por meio da Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito, da Escala de Ansiedade “O que penso e sinto”, da Escala de *Locus* de Controle e do Desenho da Figura Humana (Indicadores Emocionais e Evolutivos), não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

### Discussão

No contexto do Programa de Atenção Multiprofissional à Obesidade, da Universidade de São Paulo, buscou-se identificar a ocorrência ou não de alterações nas medidas das variáveis psicológicas ao término do programa.

Nas análises das variáveis psicológicas avaliadas no presente estudo (como ansiedade, *locus* de controle, autoconceito, maturidade mental e emocional), verificou-se que a maior parte das crianças obesas, deste estudo, teve resultados dentro da média.

A avaliação psicológica de algumas variáveis - tais como controle, ansiedade e desenvolvimento emocional -, e a indicação de que a maior parte das crianças situa-se dentro da faixa dos escores médios, assemelha-se ao resultado encontrado em outro estudo com outro grupo de crianças inscritas no mesmo programa de assistência. Nele não foram identificadas diferenças entre crianças obesas e crianças de modo geral, utilizando-se os parâmetros normativos dos testes utilizados (Carvalho et al., 2001).

Outro estudo comparando crianças obesas e não obesas, de amostras de escolares, quanto a maturidade emocional, autoconceito, *locus* de controle e ansiedade, também não encontrou diferenças significativas entre elas (Cataneo et al., 2005).

Com relação à auto-estima, Strauss (2000) também não encontrou diferenças entre obesos e não obesos na faixa etária de nove a dez anos. As diferenças em relação a essa avaliação fizeram-se presentes em indivíduos de 13 e 14 anos. Parece haver uma tendência evolutiva nesse aspecto, condizente com os dados de Harter (1993) relativos a decréscimo na auto-estima na adolescência devido a maior alerta quanto à comparação social.

Santos & Cardoso (1999/2000) apontam que, na fase da adolescência, surgem outros interesses e expectativas. Os adolescentes obesos ficam mais incomodados que quando crianças, com os problemas que ocorrem na compra de roupas; mostram mais preocupação com a aparência e incomodam-se com os apelidos que despertam sentimentos de mágoa e revolta. Sentem-se feios e apresentam baixa auto-estima.

Quanto à avaliação de crianças em tratamento, não foram encontrados trabalhos que focalizassem as variáveis do presente estudo, com medidas antes e depois. Há estudos mostrando que crianças que estão em tratamento devido à obesidade apresentam maiores indícios de problemas comportamentais, autoconceito mais baixo e são mais ansiosas (Luiz, 2004; Braet et al., 1997).

Tais resultados contradizem os de outros estudos e pode-se atribuir as diferenças a fatores como nível social e, mesmo, faixa etária.

Conforme a revisão feita por Zametkin et al. (2004), os estudos sobre auto-estima em crianças obesas reportam resultados inconsistentes. Muitos indicam que crianças e adolescentes obesos têm, moderadamente, mais baixa auto-estima que seus correspondentes não obesos. Entretanto, outros estudos não revelam diferenças na auto-estima entre crianças obesas e não obesas.

Os resultados do presente estudo somam-se a outros do mesmo grupo de pesquisa, ao de Strauss, já citado, e ao de Lau et al. (2004), com crianças chinesas de 7 a 13 anos, no qual o autoconceito físico e o autoconceito global não pareceram ser afetados pelo tamanho corporal. Em outro estudo realizado por Carvalho et al. (2005), verificou-se que as crianças obesas estudadas apresentaram um conceito de seus corpos que não foi totalmente negativo, tenderam a concordar com afirmações positivas sobre certas características, como ter olhos bonitos, um rosto agradável, ser bonito, e, mesmo, outras características, como julgar que os companheiros apreciam suas idéias.

No presente trabalho, visto que não há normas brasileiras para o instrumento de avaliação do autoconceito, verifica-se um resultado um pouco abaixo daquele verificado em outros grupos, para a turma de 2002. Entretanto a variação individual é grande, como mostram os valores mínimo e máximo.

Verifica-se, ainda, comparando-se os grupos de 2001 e 2002, que os valores de mediana deste último ano são inferiores e que as crianças de 2001 tiveram um ligeiro aumento e as crianças de 2002 uma leve diminuição.

Com relação à maturidade emocional e cognitiva, a maior parte das crianças do presente estudo teve resultados dentro do esperado para sua idade. Pode-se inferir que se assemelham, nessas avaliações, a crianças não obesas. A condição de obesidade não está associada a uma frequência maior de sinais indicativos de imaturidade cognitiva e nem de sinais indicativos de vulnerabilidade emocional. Este resultado difere do de Azevedo (2000). Entretanto, é necessário esclarecer que essa pesquisadora estudou crianças de outra faixa etária (de sete a 12 anos), o que pode ter contribuído para diferenças entre os resultados dos dois estudos.

A conclusão geral relativa a esses resultados é que, diferentemente do que foi encontrado por Azevedo, não há um prejuízo maior nos resultados apresentados pelas crianças obesas em relação aos seus pares representados pelas normas de padronização do instrumento.

Quanto à ansiedade, tanto medida pelo Idate-C, quanto pelo *O que penso e sinto*, observou-se, na segunda avaliação, aumento de crianças no percentil acima de 75 e/ou acima da média. Esses dados, complementados pela migração de crianças dos dois grupos para o percentil abaixo de 25, nos indicadores emocionais do DFH, fazem supor que, por estarem inseridas num programa dessa natureza, haja indícios de sofrimento psicológico decorrente de uma pressão percebida para mudança de hábitos alimentares. Por outro lado, verifica-se tendência, nos dois grupos (2001 e 2002), a migrar para os

percentis acima de 75 nos indicadores evolutivos no DFH. Uma explicação possível refere-se à estimulação recebida no contexto do programa e ao próprio processo de desenvolvimento e amadurecimento.

Quanto ao *locus* de controle não há variação, mostrando uma tendência das crianças localizarem-se na média entre o *locus* interno e externo. Este resultado assemelha-se ao de estudos com adultos que não encontraram associação entre essa característica de personalidade e a condição de obesidade. Contudo, abre-se uma perspectiva que segue o pressuposto de Stotland & Zuroff (1990) quanto à avaliação de *locus* de controle relativa a um domínio específico que, neste caso, relaciona-se à alimentação.

De maneira geral, não houve diferenças estatisticamente significativas em relação à avaliação inicial e final nos dois anos e pode-se supor que: 1. as variáveis mensuradas não estão, de fato, associadas à obesidade, nessa faixa etária; 2. o tempo decorrente entre uma avaliação e outra pode ter sido relativamente pequeno para se detectarem alterações; e 3. há que se argumentar, ainda, que o número de participantes do estudo é pequeno e há diferenças individuais.

Finalmente, ao descrever o que ocorreu com as crianças ao longo de um ano de tratamento, não se pode assegurar que os resultados se relacionem, de fato, ao programa, visto que não houve grupo controle.

Uma das razões relatadas pelos pais para tratar a obesidade relaciona-se à presença de problemas psicológicos dela decorrentes (Wai & Carvalho, 2002).

No presente estudo, foram identificadas três crianças em 2002 e uma em 2001 com sinais mais evidentes de sofrimento psicológico. Ao final do programa, os dados foram discutidos com os pais e sugeriu-se encaminhamento para psicoterapia para uma criança em 2001 e outra em 2002. Esta última, porém, não efetivou o encaminhamento porque seus pais não consideraram necessário. As outras duas crianças iniciaram a psicoterapia concomitantemente à frequência ao programa de atenção para a obesidade.

O trabalho realizado visou, ainda, oferecer apoio para crianças e pais motivados a efetuar mudanças nos hábitos alimentares, com vistas a controlar o problema da obesidade por meio de encontros mensais grupais e por ocasião de entrevistas individuais, nas quais eram apresentados os resultados das avaliações psicológicas.

A compreensão dos fatores que envolvem a obesidade infantil e a própria criança são metas que se alcançam com a pesquisa e intervenções multiprofissionais.

Embora o contexto da avaliação psicológica seja um pequeno território relacionado à obesidade, não se pode perder de vista a necessidade de ações ampliadas visando a sua abordagem e estas são de cunho multidisciplinar e/ou multiprofissional.

A avaliação, nesse contexto, permitiu identificar, como anteriormente mencionado, indivíduos que exibiam sinais de sofrimento psicológico e encaminhá-los para atendimento. E, também, desmistificar, junto com outros estudos já citados, a associação generalizada entre obesidade e ansiedade, baixo autoconceito e *locus* de controle externo. Ao fazê-lo,

permitiu esclarecer pais e crianças sobre dúvidas e preocupações que traziam.

A atenção à obesidade infantil deve ser dispensada por diferentes profissionais da saúde: pediatras, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, educadores físicos etc. Tais profissionais podem contribuir com orientação aos pais e professores para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, de atividades físicas rotineiras, e estabelecimento de limites no tempo gasto em frente à televisão, encorajamento da autonomia das crianças no controle da sua ingestão alimentar, com certos limites na escolha.

Resultados deste estudo convergem com as observações de Damiani et al. (2002), em relação aos cuidados com as generalizações sobre perfis de indivíduos obesos, especialmente quando se trata de associar à obesidade certos traços de personalidade ou atribuir problemas emocionais. Reitera-se que, associado à obesidade, alguns indivíduos apresentam sinais de sofrimento e requerem assistência.. Do ponto de vista psicológico, deve-se enfatizar que, ao lidar com o problema da obesidade, é preciso atenção especial à criação de condições para promover mudanças nos hábitos alimentares das crianças e de suas famílias e esta não é uma tarefa simples que se impõe ao profissional. Cumpre buscar entender que fatores individuais, além dos ambientais, promovem esta mudança.

Finalmente, é necessário apontar que a faixa etária das crianças abordadas no presente estudo parece constituir-se em importante etapa de transição em que, de modo geral, não há sofrimento psicológico instalado de forma evidente, mas seus sinais se fazem presentes e emergem em etapas posteriores do desenvolvimento (Herva, 2006; Strauss, 2000). Dessa forma, acredita-se que a atenção a esse período do ciclo vital constitua-se em prática de prevenção ao agravamento de problemas emocionais.

#### Referências

- ANDRADE, L.H.S.G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.25, n.6, p.258-90, 1998.
- AZEVEDO, M.A.S.B. Obesidade na infância: visão psicológica. In: CICLO DE ESTUDOS EM SAÚDE MENTAL, 8., 2000, Ribeirão Preto. **Resumos ...** Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2000. p.280.
- BALCH, P.; ROSS, A.W. Predicting success in weight reduction as a functional of locus of control: a unidimensional and multidimensional approach. **J. Consult. Clin. Psychol.**, v.43, p.119, 1975.
- BANDURA, A. **Social foundations of thought and action**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.
- BRAET, C.; MERVIELDE, I.; VANDEREYCKEN, W. Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample. **J. Pediatric Psychol.**, v.2, n.1, p.59-71, 1997.
- BRUCH, H. Emotional aspects of obesity in children. **Pediatric Ann.**, v.4, p.91-9, 1975.
- CANDY, C.M.; FEE, V.E. Underlying dimensions and psychometric properties of the eating behaviors and body image test for preadolescent girls. **J. Clin. Child Psychol.**, v.27, n.1, p.117-27, 1998.
- CARVALHO, A.M.P.; NETTO, J.R.C.; BUGLIANI, M.A.P.; BORGES, C.D.; MARIANO, F.N.; BRANCALEONI, A.P.L.; GORAYEB, R. Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. **Paidéia: Cad. Psicol. Educ.**, v.11, n.20, p.39-47, 2001.

CARDOSO, L.K.O.; CARVALHO, A.M.P.

CARVALHO, A.M.P.; CATANEO, C.; GALINDO, E.M.C.; Malfará, C.T. Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. **Paidéia: Cad. Psicol. Educ.**, v.30, n.15, p.131-9, 2005.

CATANEO, C.; CARVALHO, A.M.P.; GALINDO, E.M.C. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, autoconceito, locus de controle e ansiedade. **Psicol.: Reflex. Crít.**, v.18, n.1, p.39-46, 2005.

DAMIANI, D.; DAMIANI, D.; OLIVEIRA, R.G. Obesidade: fatores genéticos ou ambientais? **Pediatr. Mod.**, v.38, p.57-80, 2002.

DECHEN, S.; CANO, M.A.T.; RIBEIRO, R.P.P. A obesidade na adolescência e seus reflexos na auto-imagem corporal. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 8., 2000, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: USP, 2000. CD-ROM.

FERES, N. A. L. **Locus de controle e comparação social na atribuição de causalidade por crianças**. 1981. Tese (Doutorado em Psicologia) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

GORAYEB, M.A.M. **Adaptação, normatização e avaliação das qualidades psicométricas das RCMAS para uma amostra de escolares de oito a treze anos de Ribeirão Preto**. 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GORMALLY, J.; RARDIN, D.; BLACK, S. Correlates of successful response to a behavioral weight control clinic. **J. Couns. Psychol.**, v.27, p.179-91, 1980.

HARTER, S. Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In: BAUMEISTER, R.R. (Ed.). **Self esteem: the puzzle of low self regard**. New York: Plenum, 1993. p.87-116.

HERVA, A.; LAITINEN, J.; MIETTUNEN, J.; VEIJOLA, J.; KARVONEN, J.T.; LAKSY, K.; JOUKAMAA, M. Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. **Int. J. Obesity**, v.30, n.3, p.520-27, 2006.

HUTZ, C.S.; ANTONIAZZI, A.S. O desenvolvimento do desenho da figura humana em crianças de 5 a 15 anos de idade: normas para avaliação. **Psicol.: Reflex. Crít.**, v.8, n.1, p.3-18, 1995.

JACOB, A.V.; LOUREIRO, S.R. Autoconceito e desempenho escolar. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 29., 1999, Campinas. **Resumos ...** Campinas: Sociedade Brasileira de Psicologia, 1999. p.164-5.

KOPPITZ, E.M. **Psychological evaluation of children's human figure drawings**. New York: Grune & Stratton, 1968.

LAU, P.W.C.; LEE, A.; RANDELL, L.; YU, C.V.; SUNG, R.Y.T. The association between global self-esteem, physical self-concept and actual vs ideal body size rating in chinese primary school children. **Int. J. Obesity Relat Metab. Dis.**, v.28, n.2, p.314-9, 2004.

LUIZ, A.M.A.G. **Ansiedade, depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas**. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MILGRAN, N.A.; MILGRAN, R.M. Dimensions of locus control in children. **Psychol. Rep.**, v.37, p.523-38, 1975.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L. Tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.43, p.186-94, 1999.

MULLER, R.C.L. **A história familiar e a obesidade na adolescência: um estudo clínico-qualitativo com adolescentes obesos**. 1999. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.



- MUST, A.; DALLAL, G.R.; DIETZ, W.H. Reference data for obesity 85<sup>th</sup> and 95<sup>th</sup> percentiles of Body Mass Index: a correction. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.54, p.773, 1991.
- PIERS, E.V. **Piers-Harris children's self-concept scale**: revised manual. Los Angeles: Counselor Psychological Tests/WPS, 1984.
- REYNOLDS, C.R.; RICHMOND, B.O. What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. **J. Abnorm. Child Psychol.**, v.6, n.2, p.271-80, 1978.
- ROSS, M.; KALUCY, R.S.; MORTON, J.E. Locus of control in obesity: predictors of success in a jaw-wiring programme. **Brit. J. Medical Psychol.**, v.53, p.49-56, 1983.
- ROTTER, J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychol. Monogr.**, v.80, n.1, p.1-28, 1966.
- SANTOS, E.C.; CARDOSO, A.L. Obesidade exógena infantil: abordagem social de uma problemática multifatorial. **Serv. Soc. Hosp.**, v.6/7, p.29-33, 1999/2000.
- SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo: McGraw – Hill, 1975.
- SPIELBERGER, C.D. **Inventário de ansiedade traço-estado IDATE-C**: manual para a forma experimental infantil em português. Rio de Janeiro: CEPA, 1983.
- STOTLAND, S.S.; ZUROFF, D.C. A new measure of weight locus of control: the dieting beliefs scale. **J. Pers. Assess.**, v.54, n.1/2, p.191-203, 1990.
- STRAUSS, R.S. Childhood obesity and self-esteem. **Pediatrics**, v.105, n.1, p.15, 2000.
- STUNKARD, A.J.; WADDEN, T.A. Psychological aspects of severe obesity. **Am. J. Clin. Nutr.**, v.55, p.524-32, 1992.
- TOBIAS, L.L.; MACDOLNALD, M.L. Internal locus of control and weight loss: in insufficient condition. **J. Cons. Clin. Psychol.**, v.45, p.647-53, 1977.
- VENTURINI, L.P. **Obesidade e família**: uma caracterização de famílias de crianças obesas e a percepção dos familiares e das crianças de sua imagem corporal. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- WAI, M.F.P.; CARVALHO, A.M.P. Busca por atendimento para obesidade infantil: motivos e expectativas dos pais. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 10., 2002, Ribeirão Preto. **Resumos ...** Universidade de São Paulo, 2002. v.2, p.343.
- ZAMETKIN, A. J.; ZOON, C. K.; KLEIN, H. W., MUNSON, S. Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of 10 years. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.**, v.43, n.2, p.134-50, 2004.

CARDOSO, L.K.O.; CARVALHO, A.M.P.



CARDOSO, L.K.O.; CARVALHO, A.M.P. Avaliação psicológica de niños obesos en un programa de atención multiprofesional. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, p.297-312, mai/ago 2007.

La finalidad de este estudio fue describir y analizar los resultados de las evaluaciones psicológicas de niños que fueron atendidos en el Programa de Atención Multiprofesional a la Obesidad de la Universidad de São Paulo en 2001 y 2002, al inicio y al final de la atención propuesta por el programa, y también analizar peso, altura y IMC (índice de masa corpórea) iniciales y finales. Participaron de ese estudio 19 niños con percentil del IMC igual o arriba del 95, con edad entre 10 y 12 años, participantes del programa. La mayoría de los niños de este estudio están dentro de la media con relación a los aspectos de su funcionamiento psicológico. No se produjo alteración significativa de esos aspectos de los niños tras el trabajo efectuado.

PALABRAS CLAVE: Obesidad. Niño. Psicología.

Recebido em 05/12/05. Aprovado em 19/03/07.