



Psicologia Ciência e Profissão

ISSN: 1414-9893

revista@pol.org.br

Conselho Federal de Psicologia
Brasil

de Magalhães Andrade, Tarsila; Bellotto de Moraes, Denise Ely; Ancona-Lopez, Fábio
Problemas Psicológicos e Psicodinâmicos de Crianças e Adolescentes Obesos: Relato de Pesquisa
Psicologia Ciência e Profissão, vol. 34, núm. 1, enero-marzo, 2014, pp. 126-141
Conselho Federal de Psicologia
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282031845010>

- 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

Problemas Psicológicos e Psicodinâmicos de Crianças e Adolescentes Obesos: Relato de Pesquisa

Psychological and Psychodynamical Problems of Obese
Children and Adolescents: Research Report

Problemas Psicológicos y Psicodinámicos de los Niños y
Adolescentes Obesos: Informe de Investigación

**Tarsila de Magalhães Andrade,
Denise Ely Bellotto de Moraes
& Fábio Ancona-Lopez**

Universidade
Federal de São Paulo

Artigo



Resumo - objetivo: Descrever e discutir os principais problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos, considerando as variáveis individuais e as condutas psicológicas indicadas de acordo com a necessidade/gravidade dos problemas apresentados.

Método: Estudo transversal, retrospectivo, baseado no banco de dados das avaliações psicológicas de 491 casos selecionados de obesidade exógena de 1991 a 2007. O banco de dados foi organizado a partir de estudo preliminar para a caracterização dos principais problemas, variáveis individuais e condutas, e os dados analisados por distribuição de frequência, apresentados sob a forma de tabelas.

Resultados: Resultados indicativos de 32,4% de casos de pais superprotetores ou de mães simbioticamente ligadas ao filho, 24,4% de casos de rejeição materna e consequente carência de afeto, 7,9% com pais alcoólicos ou drogadictos, 12,2% com pais portadores de graves problemas de saúde mental, que sofriam violências e maus tratos, 14,3% que passavam por angústias circunstanciais, mas com bons recursos internos e 8,8% de casos graves, que apresentavam imaturidade emocional. A psicodinâmica familiar perturbada levava as crianças a angústias, voracidade, sedentarismo, dificuldades escolares, isolamento ou agressividade. Queixas de discriminação social e baixa autoestima foram encontradas em grande parte, assim como queixas de incontrolável ansiedade, que levavam aos exageros alimentares.

Conclusão: Dos 491 casos avaliados, somente 14,3% eram casos sem comprometimento emocional, tratando-se de angústias circunstanciais, ligadas ao momento existencial. Os demais casos, ou seja, 85,7%, mostravam raízes profundamente intrincadas na psicodinâmica familiar e requeriam cuidados, orientações e psicoterapia dirigidos não só ao paciente como também à sua família.

Palavras-chave: Obesidade infantil. Psicologia da criança. Psicologia do adolescente. Relações familiares.

Abstract - objective: Description and discussion of the main psychological and psychodynamic aspects of obese child and adolescent considering individual variables and psychological conducts according to the needs or intensity of the problems found.

Method: Cross-sectional, retrospective study based on database of psychological assessments of 491 selected cases over the period 1991-2007. The database was organized from a preliminary study to characterize the main problems, individual variables and approach methods. The data were treated according to the frequency distribution and presented in tables.

Results: The results showed that 32.4% of the cases were ascribed to super protective parents or mother symbiotically bound to son, 24.4% to maternal rejection and lack of affection, 7.9% lived with alcoholic or drug addict parents, 12.2% had parents with important mental illness problems, suffered from abuse and violence, 14.3% experienced circumstantial distress, but had good self resources, and 8.8% presented serious emotional immaturity. The disturbed family psychodynamics led children to anguish, voracity, sedentarism and difficulties at school, isolation or aggressiveness. Complaints of social discrimination and low self-esteem were found in many cases as well as uncontrollable anguish complaints leading to exaggerated food consumption.

Conclusions: From the 491 assessed cases, only 14.3% were cases without emotional commitment, being circumstantial anguish cases ascribed to the existential moment. The 85.7% remaining cases demonstrated deep intricate roots in the familiar psychodynamics, requiring care, guidance and psychotherapy directed not only to the patient but also to the family.

Keywords: Obesity children. Child psychology. Adolescent psychology. Family relations.

Resumen - objetivo: Describir y discutir los principales problemas psicológicos y psicodinámicos de niños y adolescentes obesos considerando las variantes individuales y las conductas psicológicas indicadas de acuerdo con la necesidad/gravedad del asunto.

Método: Estudio transversal y retrospectivo basado en el banco de datos de evaluaciones psicológicas de 491 casos de obesidad exógena seleccionados desde 1991 a 2007. El banco de datos está organizado a partir de un estudio preliminar para caracterizar los principales problemas, variantes individuales y conductas. Los datos son analizados por distribución de frecuencia y presentados en forma de tablas.

Resultados: Resultados indicativos de 32,4% de casos de padres sobreprotectores o de madres simbióticamente unidas al hijo; 24,4% de casos de rechazo materno y consecuente carencia de afecto; 7,9% con padres alcohólicos o drogadictos; 12,2% con padres portadores de graves problemas de salud mental, sufriendo violencias y malos tratos; 14,3% pasando angustias circunstanciales pero con buenos recursos internos; 8,8% de casos graves, presentando inmadurez emocional. La psicodinámica familiar perturbada llevó a los niños a angustias, voracidad, sedentarismo, dificultades escolares, aislamiento o agresividad. Quejas de discriminación social y baja autoestima fueron encontradas en gran parte así como quejas de incontrolable ansiedad que llevan a exageraciones alimentares.

Conclusión: De los 491 casos evaluados, solamente 14,3% eran casos sin compromiso emocional y eran de angustias circunstanciales, conectadas al momento existencial. Los demás casos, o sea, 85,7% mostraron raíces profundamente intrincadas en la psicodinámica familiar y requerían cuidados, orientaciones y psicoterapia dirigidos no sólo al paciente como también a su familia.

Palabras-clave: Obesidad infantil. Psicología infantil. Psicología del adolescente. Relaciones familiares.

Trombini (2007) destacou as atitudes maternas que fazem da família seu único centro de interesse, mães que se dedicam às crianças com possessividade, alimentação abundante e superproteção e que idealizam o seu papel de mãe-nutriz na expectativa de recompensa máxima pelos cuidados prestados.

Desde a publicação de Epstein, Klein e Wisniewski (1994), que mostrava os sintomas psiquiátricos dos pais relacionados aos problemas psicológicos da criança obesa, ou seja, timidez, somatizações, ansiedade, depressão, dificuldades sociais, dificuldade de atenção concentrada e comportamentos de delinquência, estudos e pesquisas vêm sendo apresentados nesse sentido. Diversos trabalhos indicam a necessidade de se avaliar a psicodinâmica familiar de cada caso em tratamento. Gibson et al. (2007) investigaram a relação entre a obesidade infantil e diversos fatores familiares e maternos, e provaram que, sendo a família formada somente de mãe e filho com forte e doentia ligação simbiótica, a probabilidade de a criança desenvolver sobrepeso ou obesidade é maior e estatisticamente significativa. Eiden, Edwards, e Leonard (2007), estudando população de dependentes químicos, realçaram a natureza dos riscos característicos das famílias de alcoólicos, entre eles, o comportamento alimentar compulsivo e o papel importante na predição de ansiedade e de depressão nas crianças. De acordo com Escrivão (2009), as interações familiares conflituosas têm levado crianças e adolescentes ao maior consumo alimentar como forma de aliviar as tensões emocionais, e têm funcionado como fator desencadeante e mantenedor da obesidade.

Trombini (2007) destacou as atitudes maternas que fazem da família seu único centro de interesse, mães que se dedicam às crianças com possessividade, alimentação abundante e superproteção e que idealizam o seu papel de mãe-nutriz na expectativa de recompensa máxima pelos cuidados prestados.

Decaluwé, Braet, Moens e Van Vlierberghe (2006) verificaram a associação das características e dos comportamentos dos pais aos problemas psicológicos dos jovens obesos, e mostraram que essa associação ocorre não somente de forma direta, com sintomas externalizados (agressividade, dificuldade

escolar) mas também de forma indireta, com sintomas internalizados (depressão, ansiedade, retração social).

Lissau e Sorensen (1994) apresentaram estudo prospectivo de base populacional, na qual examinaram os cuidados parentais na infância e a influência tardia desses cuidados no risco de obesidade; 756 crianças com idade entre 9 e 10 anos foram acompanhadas por 10 anos. A estrutura familiar, ou seja, pais biológicos ou adotivos e o número de irmãos não afetaram significativamente o risco de obesidade. A forte negligência parental, no entanto, aumentou o risco em comparação com as crianças que tiveram suporte harmonioso em termos de cuidados afetivos básicos. Crianças negligenciadas na infância tiveram maior risco para a obesidade que a média das crianças bem tratadas e assistidas; não corriam o mesmo risco sendo filhos únicos, recebendo bons cuidados ou sendo superprotegidos. A negligência, ou abandono parental na infância mostrou ser fator preditivo de grande risco de obesidade na juventude, independentemente da idade e da massa corporal na infância, do sexo e da classe social.

O atendimento psicológico no Ambulatório Multidisciplinar de Obesidade, do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo, que vem sendo realizado desde 1991, apresentou anteriormente estudo sobre a avaliação psicológica de 134 casos, que possibilitou a categorização dos principais problemas psicológicos e psicodinâmicos (Andrade, Campos, Moraes, Nóbrega, & Fisberg, 1995). Visando à ampliação e ao aprofundamento do estudo com número maior de casos, um banco de dados foi organizado sobre os problemas conhecidos no trabalho preliminar para possibilitar a descrição de cada caso segundo variáveis individuais, comportamentais e emocionais e segundo a conduta de atendimento psicológico. Desse modo, espera-se contribuir com as equipes multiprofissionais que

lidam com a obesidade na infância e na adolescência.

Método

A presente pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética Institucional, foi realizada por meio de estudo transversal, retrospectivo, baseado no banco de dados das avaliações psicológicas e nas condutas de atendimento de 548 casos de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade (critérios de Must, Dallal, & Dietz, 1991), pacientes do Ambulatório Multidisciplinar de Obesidade, nos anos 1991 a 2007. Foram excluídos 57 casos de obesidade de causa endógena. A amostra final contou com dados de 491 casos de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade de causa exógena, sendo 228 meninos e 263 meninas, com idade entre 6 meses e 18 anos.

Os processos de avaliação psicológica, conduta e banco de dados foram realizados pela própria pesquisadora. A seguir, os dados foram analisados por distribuição de frequência e apresentados sob a forma de tabelas com a ajuda do programa SPSS-Statistical Package for the Social Sciences (1999).

Para a avaliação psicológica, foram utilizados os seguintes instrumentos: *anamnese* com a criança/adolescente, mãe ou pais, *observação da relação* mãe-filho/pai-filho, *observação lúdica* com crianças menores de 3 anos e *desenho projetivo* com crianças maiores de 3 anos, de acordo com as orientações de Cunha (2000) e de Ocampo, Arzeno e Piccolo (2003).

Na anamnese, investiga-se a história de vida da criança, com atenção especial à psicodinâmica familiar, aos relacionamentos sociais e afetivos e ao comportamento alimentar em cada fase de vida. São pesquisados os motivos que levaram a família

a procurar o tratamento, focando as queixas e as dificuldades que expõem. Os dados da anamnese, somados aos da observação da relação mãe-filho e do desenho projetivo, permitem avaliar a percepção da mãe e da criança sobre o problema que enfrentam, a visão da mãe sobre o filho, a imagem da criança sobre si mesma, suas dificuldades, seus desejos e seus recursos internos (Nóbrega, 2005).

Enquanto os pais relatam a história de vida, realiza-se a chamada *escuta analítica*, que permite perceber os conteúdos latentes do discurso, as ambiguidades e os sentimentos de culpa próprios de lutas internas e de vivências difíceis. Através de perguntas, incentiva-se a revisão dos momentos mais significativos, a expressão dos sentimentos e o aprofundamento das queixas (Leclaire, 2007). Oferece-se material gráfico ou lúdico à criança para que ela se expresse por meio do desenho ou da brincadeira, dizendo o que pensa, sente e deseja para si mesma e para sua família. Solicita-se a opinião de cada um, pedindo que expliquem o que não está funcionando bem no ambiente familiar ou escolar, incentiva-se o diálogo e a compreensão mútua. Juntos, psicólogo e família localizam os principais problemas que pesam ou repercutem na criança/adolescente, produzindo tensões emocionais, e as dificuldades relatadas. A conduta de atendimento psicológico, em paralelo às condutas multidisciplinares, é indicada de acordo com a necessidade e a gravidade de cada caso.

O estudo preliminar de categorização dos principais problemas psicológicos e psicodinâmicos realizado de forma indutiva-construtiva sobre os primeiros 134 casos ofereceu as bases para a identificação de unidades de análise, assim como para a concepção e a montagem do banco de dados (Andrade, 1995).

Os dados coletados em cada caso por unidade de análise receberam codificações de ordem binária ou sequencial, conforme proposta metodológica de Moraes (1999) na descrição de frequências e percentuais a partir de dados qualitativos. Codificados, os dados foram registrados no banco de dados, cada caso ocupando uma linha, e cada variável, problema e conduta ocupando uma coluna.

Resultados

Os resultados da investigação dos 491 casos selecionados de obesidade exógena no Ambulatório de Obesidade da Disciplina de Nutrologia, Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo, nos anos 1991 a 2007, foram sintetizados em cinco tabelas.

Tabela 1. Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos segundo sexo, desenvolvimento sexual (Tanner & Whitehouse, 1975) e obesidade familiar/ São Paulo, 1991-2007

Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos da amostra selecionada (N)	Características descritivas N (%)				
	Sexo				Obesidade familiar
	Masculino	Feminino	Crianças	Adolescentes	
Rejeição materna e carência de afeto (120)	57 (47,5)	63 (52,5)	106 (88,3)	14 (11,7)	64 (53,3)
Pais superprotetores e/ou simbiose materna (159)	75 (47,2)	84 (52,8)	132 (83,0)	27 (17,0)	110 (69,2)
Imaturidade emocional da criança (43)	25 (58,1)	18 (41,9)	33 (76,7)	10 (23,3)	24 (55,8)
Angústias circunstanciais (70)	21 (30,0)	49 (70,0)	31 (44,3)	39 (55,7)	38 (54,3)
Problema de saúde mental dos pais (60)	33 (55,0)	27 (45,0)	49 (81,7)	11 (18,3)	39 (65,0)
Drogadicção /alcoolismo na família (39)	17 (43,6)	22 (56,4)	35 (89,7)	4 (10,3)	21 (53,8)
Total (491)	228 (46,4)	263 (53,6)	386 (78,6)	105 (21,4)	296 (60,3)

Tabela 2 – Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos segundo variáveis comportamentais e emocionais/ São Paulo, 1991-2007

Problemas psicológicos e psicodinâmicos N (%)	Violência e maus tratos	Baixa auto-estima	Dificulda-de escolar	Hiper atividade	Discrimina-ção social	Isolamento e timidez	Sedentaris-mo	Ansieda-de e vo-racidade	Agressi-vidade
Rejeição materna/ carência de afeto 120 (24,4)	49 (40,8)	109 (90,8)	40 (33,3)	11 (9,2)	78 (65,0)	72 (60,0)	96 (80,0)	117 (97,5)	41 (34,2)
Pais super- protetores/ simbiose materna 159 (32,4)	12 (7,5)	104 (65,4)	32 (20,1)	8 (5,0)	95 (59,7)	84 (52,8)	123 (77,4)	154 (96,6)	30 (18,9)
Imaturidade emocional da criança 43 (8,8)	11 (25,6)	36 (83,7)	27 (62,8)	16 (37,2)	36 (83,7)	21 (48,8)	24 (55,8)	42 (97,7)	25 (58,1)
Angústias circunstanciais 70 (14,3)	5 (7,1)	50 (71,4)	9 (12,9)	0 (0,0)	20 (28,6)	28 (40,0)	58 (82,9)	68 (97,1)	10 (14,3)
Problema de saúde mental dos pais 60 (12,2)	35 (58,3)	58 (96,7)	18 (30,0)	4 (6,7)	41 (68,3)	41 (68,3)	52 (86,7)	58 (96,7)	17 (28,3)
Drogadicção / alcoolismo na família 39 (7,9)	35 (89,7)	33 (84,6)	16 (41,0)	4 (10,0)	25 (64,1)	24 (61,5)	28 (71,8)	38 (97,4)	7 (17,9)
Total 491 (100,0)	147 (29,9)	390 (79,4)	142 (28,9)	43 (8,8)	295 (60,1)	270 (55,0)	381 (77,6)	477 (97,1)	130 (26,5)

Tabela 3 – Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos segundo faixa etária/ São Paulo, 1991-2007

Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças/ adolescentes obesos N (%)	Faixa etária N (%)					
	1 a 3 anos	4 a 6 anos	7 a 9 anos	10 a 12 anos	13 a 15 anos	16 a 18 anos
Rejeição materna e carência de afeto 120 (24,4)	2 (1,7)	18 (15,0)	49 (40,8)	38 (31,7)	13 (10,8)	0 (0,0)
Pais superprotetores/ simbiose materna 159 (32,4)	13 (8,2)	22 (13,8)	64 (40,3)	41 (25,8)	17 (10,7)	2 (1,2)
Imaturidade emocional da criança 43 (8,8)	0 (0,0)	9 (20,9)	10 (23,3)	14 (32,5)	10 (23,3)	0 (0,0)
Angústias circunstanciais 70 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (27,2)	22 (31,4)	21 (30,0)	8 (11,4)
Problema de saúde mental dos pais 60 (12,2)	1 (1,7)	8 (13,8)	24 (40,3)	19 (31,7)	8 (13,3)	0 (0,0)
Drogadicção/ alcoolismo na família 39 (7,9)	3 (7,7)	3 (7,7)	10 (25,6)	19 (48,7)	4 (10,3)	0 (0,0)
Total 491 (100,0)	19 (3,9)	60 (12,2)	176 (35,8)	153 (31,2)	73 (14,9)	10 (2,0)

Tabela 4 – Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos segundo ordem de nascimento/ São Paulo, 1991-2007

Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças/ adolescentes obesos N (%)	Ordem e situação de nascimento N (%)				
	Filho único	Primeiro filho	Filho caçula	Filho temporão	Filho gêmeo/ filho do meio
Rejeição materna e carência de afeto 120 (24,4)	30 (25,0)	33 (27,5)	34 (28,3)	11 (9,2)	12 (10,0)
Pais superprotetores e/ou simbiose materna 159 (32,4)	54 (34,0)	23 (14,5)	54 (34,0)	20 (12,6)	8 (5,0)
Imaturidade emocional da criança 43 (8,8)	10 (23,3)	11 (25,6)	12 (27,9)	1 (2,3)	9 (20,9)
Angústias circunstanciais 70 (14,3)	18 (25,7)	19 (27,1)	20 (28,6)	2 (2,9)	11 (15,7)
Problemas de saúde mental dos pais 60 (12,2)	17 (28,3)	14 (23,3)	23 (38,3)	1 (1,7)	5 (8,3)
Drogadicção e/ou alcoolismo na família 39 (7,9)	2 (5,1)	8 (20,5)	20 (51,3)	4 (10,3)	5 (12,8)
Total 491 (100,0)	131 (27,7)	108 (22,0)	163 (33,2)	39 (7,9)	50 (10,2)

Tabela 5 – Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos segundo as condutas múltiplas ou concomitantes de atendimento psicológico/ São Paulo, 1991-2007

Problemas psicológicos e psicodinâmicos das crianças e adolescentes obesos da amostra (N)	Condutas múltiplas ou concomitantes do atendimento psicológico N (%)		
	Acompanhamento psicológico nos retornos	Psicoterapia individual e/ou para a família	Acompanhamento em grupo de adolescentes (grupo psicoterapêutico de apoio a adolescentes)
Rejeição materna e carência de afeto (120)	115 (95,8)	47 (39,2)	5 (4,2)
Pais superprotetores e/ou simbiose materna (159)	148 (93,1)	49 (30,8)	9 (5,7)
Imaturidade emocional da criança (43)	33 (76,7)	27 (62,8)	6 (14,0)
Angústias circunstanciais (70)	58 (82,9)	8 (11,4)	12 (17,1)
Saúde mental dos pais (60)	54 (90,0)	37 (61,7)	5 (8,3)
Drogadicção e/ou alcoolismo na família (39)	36 (92,3)	16 (41,0)	3 (7,7)
Total (491)	444 (90,4)	184 (37,5)	40 (8,1)

Discussão

A Tabela 1 mostra que os problemas psicodinâmicos mais frequentes são os relacionados a pais superprotetores e a rejeição materna. Observa-se o quanto é frequente a obesidade na família.

Quando a obesidade da criança ou adolescente tem histórico familiar, além do peso da hereditariedade, observa-se um clima propício de cumplicidade e de alianças na família. A criança sente-se protegida e absorve passivamente os hábitos familiares de supervalorização da comida, de abundância à mesa, de dependência mútua, de ausência de restrição ou de limites. A dependência mútua, as atitudes maternas e o estilo de apego mãe-filho afetam o risco de obesidade nas crianças (Trombini et al. 2003; Trombini, 2007).

Já nos primeiros anos escolares, principalmente na adolescência, vêm angústias e sofrimentos com a discriminação social dos colegas. Na busca por tratamento, momento de mudança comportamental, a criança não conseguirá lutar sozinha sem a colaboração da família. Essa tem sido a orientação desse ambulatório multidisciplinar como de outros centros de tratamento de sobrepeso e obesidade, relatados por Pagnini, King, Booth, Wilkenfeld e Booth (2009).

Ao contrário, quando a obesidade da criança ou adolescente se mostra relacionada à rejeição materna e à carência de afeto, depara-se com sentimentos de ciúmes, desconforto e raiva na criança enquanto a mãe expressa sua dificuldade de aceitar o filho e de lidar com ele. Enquanto a criança reclama não ser compreendida e sofrer injustiças em casa, a mãe responde com rigidez e exigências, deixando evidente seu sentimento de rejeição, insatisfação e culpa. A análise psicodinâmica de tais casos sugere que a criança pode estar comendo

demasiadamente na tentativa inconsciente de encontrar, no prazer oral, o afeto negado pela mãe, e, em contrapartida, satisfazer a mãe exigente (Andrade, 2003).

De um modo ou de outro, Spitz (1991) constatou, em sua lida diária como pediatra, que mães excessivamente ansiosas superalimentam seus filhos ao nível da obesidade: são mães superprotetoras ou rígidas as que organizam por suas condutas frente à alimentação, a personalidade e o comportamento de seu filho de modo frequentemente patológico.

Na Tabela 2, as queixas de sofrer violência e maus tratos ocorreram mais entre as crianças que tinham pais alcoólicos ou drogadictos (89,7%) e pais com problemas de saúde mental (58,3%), seguidas das crianças que sofriam rejeição materna (40,8%). Dentre as queixas registradas na anamnese inicial, estavam: ameaças constantes de morte a facadas ou tiros, ameaças de abandono ou o real abandono da criança, agressões físicas e morais entre pais e filhos; cenas de traição e de brutalidade sexual e de perseguição, calúnia e abuso de poder. Casos graves como esses foram atendidos prontamente pelos setores de psiquiatria e serviço social dessa instituição, que tomaram as atitudes de auxílio mais adequadas a cada um deles. Apresentar obesidade e baixa autoestima (79,4%) significa, de acordo com Epstein et al., grande sofrimento emocional, percepção negativa de si mesmo, forte estigma físico e moral, ser objeto de discriminação social e de brincadeiras depreciativas. A maior parte das crianças e dos adolescentes obesos que iniciaram o tratamento no ambulatório apresentou baixa autoestima, com exceção das crianças muito pequenas, sem noção do impacto social a enfrentar no futuro.

Apresentaram dificuldade escolar em maior proporção as crianças com imaturidade emocional (62,8%), as que tinham pais

A dependência mútua, as atitudes maternas e o estilo de apego mãe-filho afetam o risco de obesidade nas crianças (Trombini et al. 2003; Trombini, 2007).

alcoólicos ou drogadictos (41,0%) e as crianças que sofriam rejeição materna e carência de afeto (33,3%).

Além de dificuldades escolares, algumas crianças com imaturidade emocional também apresentaram comportamento hiperativo (37,2%). É possível observar que tais crianças não param quietas, não conseguem concentrar-se em uma tarefa, não se envolvem nas consultas, saindo e entrando na sala. Mustillo et al. (2003) encontraram resultados semelhantes estudando as trajetórias do desenvolvimento infantil em obesos nos quais os problemas emocionais vão estruturando-se e agravando-se ao longo da infância e da adolescência.

Queixas de discriminação social e de comportamento de isolamento e timidez foram comuns a quase todos os casos caracterizados; houve menor incidência no caso de angústias circunstanciais.

Como muitos trabalhos científicos mostram, as crianças obesas são alvo de chacotas na escola e queixam-se de serem discriminadas por colegas e professores. Sentindo a hostilidade do grupo, muitas crianças respondem com comportamento agressivo e acabam sendo ainda mais rejeitadas, deixadas de lado. Outras crianças se isolam em atividades solitárias e se escudam na ideia de autossuficiência, quando, na verdade, o sentimento real é de fragilidade e de extrema dependência afetiva. Humilhadas, perdem a autoestima e começam a agredir-se a si mesmas, quando não aos demais. Em qualquer dos casos, reagindo com agressividade ou isolando-se, a criança encontra-se presa a um círculo vicioso de rejeição social, ansiedade, agressividade ou isolamento, sedentarismo e exagero alimentar (Saito, 2001).

Janssen, Craig, Boyce e Pickett (2004) encontraram forte e significativa associação

entre a obesidade de escolares e o comportamento de *bullying* dos colegas, ou seja, o comportamento de valentia destes sobre os mais frágeis, chamado também de comportamento de vitimização, intimidação ou provocação, que destitui o outro de qualquer valor pessoal. Concluem os autores que crianças com sobrepeso ou obesas têm maior probabilidade de serem vítimas de perseguição social, de sofrer agressão física e verbal por parte dos colegas que crianças que aparentam peso normal. Essa tendência pode levar a complicações, dificuldades ou retardo do desenvolvimento social e psicológico a curto e a longo prazos.

Sobre o sofrimento que a discriminação social provoca, algumas crianças se defendiam melhor que outras, não se abalando, não dando importância para o fato. Na linguagem psicanalítica, diz-se que “têm defesas egóicas apropriadas” ou “bons recursos internos” para fazer frente às dificuldades; modernamente, fala-se de *resiliência* e de *competência*, que diferencia basicamente as pessoas na sua possibilidade emocional (Barbosa, 2006).

O sedentarismo foi comum em muitos casos (77,6%), provavelmente pelo desânimo físico e mental que a obesidade provoca e que a criança deixa transparecer em suas respostas: –Sinto-me cansado, não gosto de fazer exercícios físicos, não consigo subir escadas; prefiro passar o tempo na televisão, no computador, no vídeo game... Do mesmo modo, praticamente todas as crianças ou adolescentes obesos se queixaram de grande ansiedade voraz (97,1%), independentemente da sua situação ou dos problemas de vida que enfrentavam, queixa também relatada por Saito.

O comportamento agressivo foi encontrado na maior parte das crianças emocionalmente imaturas, o que faz sentido frente ao esperado na sua idade cronológica (58,1%). A agressividade foi também referida nas

crianças que sofriam grandes tensões em casa e que acabavam descarregando dessa forma. Queixas de agressividade foram encontradas entre as crianças que sofriam rejeição materna e carência de afeto. Segundo Winnicott (1987), justamente por não receberem amor, não sabem, não conseguem dar amor; vivem tensões, insatisfações e frustrações que as tornam agressivas, egocêntricas e antissociais.

Como ensina Gorayeb (1985), os sintomas são como sinalizações que adquirem seu significado em função da história de vida do sujeito e das características do código comunicacional do meio ambiente em que o sujeito vive. Os sintomas podem ser entendidos como tentativas de solução de conflito ou de busca de equilíbrio interno, ainda que à custa de incomodar o ambiente com suas manifestações.

Na literatura recente, vários pesquisadores se mostram preocupados com a atenção psicológica aos pais que vivenciam problemas com o alcoolismo e a drogadicção.

Keller, Cummings, Davies e Mitchell (2008) investigaram longitudinalmente a relação entre os sintomas de alcoolismo de mães e pais e de seus conflitos maritais destrutivos com a internalização e a externalização de problemas nas crianças. Esses problemas parentais mostraram-se associados às dificuldades crescentes de ajustamento e de relacionamento das crianças na escola e com os colegas, apresentando comportamentos e emoções cada vez mais regredidas.

Roth, Munsch, Meyer, Isler e Schneider (2008) pesquisaram por caminhos complementares a associação entre a psicopatologia diagnosticada em mães de crianças obesas às competências e aos sentimentos de bem-estar nos seus filhos. A condição de saúde mental das mães e os transtornos alimentares que apresentavam faziam prever a internalização dos problemas

nas crianças, como a depressão e a ansiedade. Porém, na amostra estudada, os pesquisadores encontraram problemas somente em 37,3% das crianças, e concluíram que, apesar de o diagnóstico de desordem mental nas mães causar algum impacto no bem-estar psicológico da criança, as competências das crianças mostraram associação negativa importante com a escala de problemas mentais utilizados na análise. Mais pesquisas sobre as competências e as habilidades das crianças e dos pais prometem esclarecer a interação complexa entre a obesidade infantil, a comorbidade das doenças mentais e os fatores de resiliência das crianças que levarão os profissionais a novas abordagens de intervenção.

A faixa etária que mais procurou tratamento, solução para o sobrepeso ou para a obesidade já instalada (Tabela 3) foi a faixa chamada de escolar, dos 7 aos 12 anos, quando a criança começava a sofrer a crueldade dos colegas e os pais a perceberem, na comparação com as outras crianças, que alguma coisa estava errada com o filho ou a filha. A observação de anamnese dos diversos profissionais que atendem o ambulatório é que aproximadamente 50% das crianças que iniciam o tratamento aos 7 anos apresentavam obesidade já aos 2 anos de idade. Nesses casos, recomenda Escrivão (2009), para as crianças que já apresentam morbidades associadas à obesidade, busca-se a redução lenta do peso visando à melhora das repercussões existentes.

Dos 153 casos da faixa etária de 10 a 12 anos, 105 casos encontravam-se na fase inicial da adolescência, apresentando, pela Escala de Tanner e Whitehouse, P2 M3 e P2 G2, isto é, sinais de desenvolvimento sexual e de estirção de crescimento. Os sinais físicos que marcam a entrada da criança na adolescência têm correspondentes emocionais e comportamentais importantes. Alguns vivenciam a fase negando as mudanças

Roth, Munsch, Meyer, Isler e Schneider (2008) pesquisaram por caminhos complementares a associação entre a psicopatologia diagnosticada em mães de crianças obesas às competências e aos sentimentos de bem-estar nos seus filhos.

naturais que tendem a colocá-los em um mundo emocional desconhecido, a ser discutido e construído com o grupo social de mesma faixa etária. Quando negam, regredem emocionalmente a fases anteriores do desenvolvimento emocional; quando enfrentam, vão assegurando-se aos poucos, em meio a crises existenciais e a conflitos inevitáveis com pais e professores. Na fase de transição, encontram-se muito susceptíveis às críticas, à opinião dos colegas, principalmente se estão fora de forma e não correspondem ao ideal físico do imaginário coletivo.

Dentre os casos de crianças e adolescentes obesos (Tabela 4), observa-se que o filho único e o filho caçula são as maiores vítimas de pais superprotetores, que não impõem limites à alimentação, que não exigem gasto energético pela atividade física, que são permissivos e poupam a criança de esforço pessoal.

O primeiro filho e, ambigualmente, o filho caçula, mostram ser os menos privilegiados em matéria de atenção amorosa dos pais; muitas vezes nasceram sem planejamento, sem desejos da mãe, e são, portanto, crianças carentes de afeto que buscam conforto e prazer pela via oral. Sabe-se que os sentimentos de rejeição da mãe levam a compensações pela alimentação desmedida.

O filho caçula é também o que mais sofre com a drogadicção ou o alcoolismo dos pais, talvez por chegar em uma fase mais avançada do problema familiar, talvez por ser fruto de relações sexuais inconsequentes. Nota-se, novamente, que o filho caçula é o que mais sofre com o agravamento da saúde mental dos pais.

Comparativamente, a obesidade foi menos encontrada no filho temporão, gêmeo ou do meio que no filho único, no primeiro ou no caçula, o que salienta o tema da superproteção e das atitudes maternas de

compensação à rejeição inicial.

A avaliação psicopatológica dos casos, isto é, a avaliação da gravidade para a tomada de decisão sobre a conduta psicológica adequada (Tabela 5) leva em conta a obesidade apresentada como uma expressão pessoal da identidade da criança em formação (que não indica em si um prejuízo psíquico importante) até a obesidade como sintoma de grande ansiedade, de dificuldades internas e relacionais, que requerem tratamento psicoterápico imediato, sistemático e semanal. Por essa razão, as condutas foram de acompanhamento psicológico nos retornos, atuando-se no conjunto mãe-filho e no vínculo amoroso que constroem. Alguns casos receberam indicação de psicoterapia individual e/ou familiar a ser realizado semanalmente no ambulatório ou encaminhado para outros setores da instituição, postos de saúde mental ou clínicas de faculdades de Psicologia. O acompanhamento psicológico de apoio para grupos de adolescentes obesos também foi uma conduta com resultados positivos durante o período em que foi realizado (Andrade, 2003). Receberam encaminhamento para tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico os pais que apresentavam problemas com consumo de álcool, drogas ou doenças mentais.

A psicoterapia deve oferecer condições para que venham à tona os sentimentos envolvidos com o estado de ansiedade, visando a melhor compreensão e a soluções mais ajustadas aos problemas que enfrentam que as oferecidas pela ingestão alimentar. A função da psicoterapia é a de resgatar a autoestima, a disposição pessoal, as atividades em grupo, a alegria e a autoconfiança na luta que empreendem (Andrade & Moraes, 2009). Como sugerem outros estudiosos do tema, a compreensão dos fenômenos alimentares deve ser ampliada para além dos aspectos nutricionais. Observam eles que emergem, nas falas dos pacientes, o uso e o abuso

dos alimentos para preencher lacunas de ordem afetiva, revelando as dificuldades que enfrentam no lidar com seus conflitos internos (Vieira & Turato, 2010).

Conclusão

Os problemas psicodinâmicos mais frequentes foram os relacionados a pais superprotetores, assim como os relacionados à rejeição materna, principalmente tratando-se do filho único ou do caçula.

Problemas como o de pais alcoólicos ou drogadictos e problemas de saúde mental dos pais apareceram logo em seguida, e geram um mal-estar muito grande nas crianças que buscam resolver suas angústias preenchendo-se com comida; sofrem violências e maus tratos, queixam-se de surras e de ameaças de expulsão de casa. A psicodinâmica familiar perturbada leva as crianças a estados de ansiedade e depressão, às dificuldades escolares e aos comportamentos explosivos e agressivos.

Angústias circunstanciais de vida pelas quais algumas crianças e adolescentes passam mostram-se nítidos na avidez sobre a comida. Apesar de sofrerem com crises existenciais, apresentam bons recursos internos, capacidade de se relacionar e possibilidades pessoais para enfrentar seus conflitos e angústias; vivem um período de grande ansiedade, voracidade e desânimo que os leva ao sedentarismo, aos petiscos e à hiperfagia.

Outras crianças encontram-se mais comprometidas psiquicamente, demonstrando um equilíbrio emocional instável e imaturo de personalidade; não conseguem lidar com a frustração e com situações de competição, e atuam no ambiente e sobre a comida de forma maníaca e compulsiva.

A maior parte das crianças e dos adolescentes obesos, no início do tratamento, apresentou baixa autoestima e queixas de ser vítima de estigma físico e moral, objeto de discriminação social e de brincadeiras depreciativas. O sedentarismo foi comum em muitos casos, provavelmente pelo desânimo físico e mental que a obesidade provoca. O comportamento agressivo foi encontrado na maior parte das crianças emocionalmente imaturas e também nas crianças que passavam por grandes tensões em casa. Observa-se, ao mesmo tempo, a alta frequência de obesidade familiar.

A descrição dos principais problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos, considerando as variáveis individuais e as condutas psicológicas indicadas de acordo com a necessidade/gravidade dos problemas apresentados, mostrou que somente 14,3% eram casos sem grave comprometimento emocional, pois tratava-se de angústias circunstanciais atuais, pode-se dizer ligadas ao momento existencial e, portanto, superáveis. Os demais casos, ou seja, os 85,7% restantes, mostravam raízes profundas e intrincadas na psicodinâmica familiar, e requeriam cuidados, orientações e psicoterapia dirigidos não só ao paciente como também a sua família.

Visto que a obesidade, os excessos alimentares e o sedentarismo são sintomas gritantes de sofrimento emocional, é preciso verificar com cuidado a psicodinâmica familiar, o vínculo mãe-filho e o meio ambiente muitas vezes doentio e perverso onde vivem tais crianças.

Recomenda-se às equipes que atendem essa população maior cuidado para compreender o que se passa no interior das famílias e o uso de técnicas, as mais atuais, de fortalecimento e de desenvolvimento pessoal, sejam elas realizadas individualmente, em grupo de crianças ou de adolescentes obesos, nas duplas mãe-filho, ou mesmo na família como um todo.

Tarsila de Magalhães Andrade

Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo e psicóloga clínica da Disciplina de Nutrologia da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo – SP – Brasil.

E-mail: tarsilandrade@gmail.com

Denise Ely Bellotto de Moraes

Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, psicóloga, coordenadora do Setor de Psicologia da Disciplina de Nutrologia do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo – SP – Brasil.

E-mail: denisebellotto@terra.com.br

Fábio Ancona-Lopez

Doutor em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu e Professor Titular de Nutrologia Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo – SP – SP.

E-mail: ancona@terra.com.br

Endereço para envio de correspondência:

Rua Corgie Assad Abdala, 763. CEP: 05622-010. São Paulo, SP.

Recebido 16/02/2012, 1ª Reformulação 27/04/2012, Aprovado 19/08/2013.

Referências

- Andrade, T. M., Campos, A. L. R., Moraes, D. E. B., Nóbrega, F. J., & Fisberg, M. (1995). Estudo psicológico de crianças e adolescentes obesos. *Rev. Paul. Pediatr.*, 13(3), 88-91.
- Andrade, T. M. (2003). Tratamento psicológico em obesidade: grupos psicoterapêuticos de apoio a adolescentes obesos. In A. Dâmaso. *Obesidade* (pp. 385-396). Rio de Janeiro: Medsi.
- Andrade, T. M., & Moraes, D. E. B. (2009). Psicologia e nutrição: aspectos psicológicos nos distúrbios alimentares. In D. Palma, M. A. M. S. Escrivão & F. L. C. Oliveira. *Nutrição clínica na infância e adolescência. (Série: Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP – EPM. pp. 195-202)* Barueri, SP: Manole.
- Barbosa, G. S. (2006). *Resiliência em professores do ensino fundamental de 5ª a 8ª série: validação e aplicação do questionário do índice de resiliência em adultos*. Tese doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP.
- Cunha J. A. (2000). *Psicodiagnóstico-V* (5a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Decaluwé, V., Braet, C., Moens, E., & Van Vlierberghe, L. (2006). The association of parental characteristics and psychological problems in obese youngsters. *Int. J. Obes.* 30(12), 1766-74. doi:10.1038/sj.ijo.0803336.
- Eiden R. D., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2007, Sep.). A conceptual model for the development of externalizing behavior problems among kindergarten children of alcoholic families: Role of parenting and children's self-regulation. *Dev. Psychol.*, 43(5), 1187-201. doi: 10.1037/0012-1649.43.5.1187
- Epstein, L. H., Klein, K. R., & Wisniewski, L. (1994). Child and parent factors that influence psychological problems in obese children. *Int. J. Eat. Disord.*, 15(2), 151-157. doi:10.1002/1098-108X(1994)03.
- Escrivão, M. A. M. S. (2009). Obesidade na infância e adolescência. In D. Palma, M. A. M. S. Escrivão & F. L. C. Oliveira. *Nutrição clínica na infância e adolescência. (Série: Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP – EPM. pp. 299-324)*. Barueri, SP: Manole.
- Gibson, L. Y., Byrne, S. M., Davis, E. A., Blair, E., Jacoby, P., & Zubrick, S. R. (2007, Jun.). *The role of family and maternal factors in childhood obesity*. *Med. J. Aust.*, 186(11), 591-595.
- Gorayeb, R. (1985). *Psicopatologia infantil*. São Paulo: EPU.
- Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F., & Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113(5), 1.187-1.194. doi:10.1542/peds.113.5.1187.
- Keller, P. S., Cummings, E. M., Davies, P. T., & Mitchell, P. M. (2008). Longitudinal relations between parental drinking problems, family functioning, and child adjustment. *Dev. Psychopathol.*, 20(1), 195-212. doi:10.1017/S0954579408000096.
- Leclaire, S. (2007). O ouvido com o que convém ouvir. In S. Leclaire. (Org.), *Psicanalisar* (Cap. 1, 2a ed., pp. 7-23). São Paulo: Perspectiva.
- Lissau, I., & Sorensen, T. I. (1994, Feb.). Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *The Lancet*, 343(8893), 324-327. doi:10.1016/S0140-6736(94)91163-0
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22, (37), 7-32.
- Must A, Dallal GE, Dietz W. H. (1991, Apr.). Reference data for obesity 85th and 95th percentiles of Body Mass index – a correction. *Am J Clinical Nutrition*, 53(4), 839-846.
- Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Obesity and psychiatric disorder: Developmental trajectories. *Pediatrics*, 111(4Pt 1), 851-859. doi: 10.1542/peds.111.4.851.
- Nóbrega, F. J. (2005). *Vínculo mãe/filho*. São Paulo: Revinter.
- Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G., & Piccolo, E. G. (2003). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Pagnini, D., King, L., Booth, S., Wilkenfeld, R., & Booth, M. (2009). The weight of opinion on childhood obesity: Recognizing complexity and supporting collaborative action. *Int. J. Pediatr. Obes.*, 4, 233-41. doi: 10.1080/17477160902763333.
- Roth, B., Munsch, S., Meyer, A., Isler, E., & Schneider, S. (2008). The association between mothers' psychopathology, children's competences and psychological well-being in obese children. *Eat Weight Disord.*, 13(3), 129-36.
- Saito, M. I. (2001). Obesidade na adolescência. In M. I. Saito & L. E. V. Silva. *Adolescência, prevenção e risco* (pp. 257-68). São Paulo, SP: Atheneu.
- Spitz, R. A. (1991). *O primeiro ano de vida – 3ª parte: Patologia das relações objetais* (pp. 149-197). São Paulo: Martins Fontes.
- SPSS – Statistical package for the social sciences. Base 10.0. (1999). *User's guide*. Chicago: SPSS.
- Tanner, J. M., & Whitehouse, R. H. (1975). Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity, and stages of puberty. *Arch. Dis. Child.*, 51(3), 170-9. doi:10.1136/adc.51.3.170
- Trombini, E., Baldaro, B., Bertaccini, R., Mattei, C., Montebaccoci, O., & Rossi, N. (2003). Maternal attitudes and attachment styles in mother of obese children. *Percept. Mot. Skills*, 97(2), 613-20.
- Trombini, E. (2007). L'obesità in adolescenza: Fattori psicologici e dinamiche familiari. *Recenti Prog. Med.*, 98(2), 112-9.
- Vieira, C. M., & Turato, E. R. (2010). Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: um estudo qualitativo. *Rev. Nutr.*, 23(3), 425-32. doi: 10.1590/S1415-52732010000300010.
- Winnicott, D. W. (1987). *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.