

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

ISABELA DE ANDRADE ZANOTTI

IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE INFANTIL

VITÓRIA
2016

ISABELA DE ANDRADE ZANOTTI

IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE INFANTIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Profa. Dra Christyne Gomes Toledo de Oliveira.

VITÓRIA

2016

ISABELA DE ANDRADE ZANOTTI

IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE INFANTIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em 09 de dezembro de 2016, por:

Profa. Dra. Christyne Gomes Toledo de Oliveira – Orientadora

Profa Dra. Ariadne Dettmann Alves – Faculdade DOCTUM – Campus Serra

Prof. Dra. Grace Rangel Felizardo – Faculdade Multivix Vitória

Dedico este trabalho aos meus avós, que sempre me apoiaram e me cobriram de amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Nunca duvidei de que a Psicologia era o que eu queria para a minha vida, e eu agradeço a Deus por isso. Agradeço também, por Ele me manter seguindo em frente, independente das dificuldades.

A minha família por todo apoio, carinho e principalmente paciência. Só o amor verdadeiro aguenta tanto estresse.

A minha orientadora Christyne Gomes Toledo de Oliveira, meu muito obrigada, não só por todo apoio e suporte, mas por ter sido parte fundamental para a minha formação.

As crianças e suas respectivas mães que participaram desse estudo por confiarem em mim e permitirem que eu entrasse um pouco em seu mundo.

E aos meus amigos por sempre me apoiarem e me darem forças para que eu sempre mantivesse a cabeça erguida.

"A única razão de eu não ser comum é que ninguém além de mim me enxerga
dessa forma"

(R. J. Palacio – O extraordinário)

RESUMO

A obesidade é uma doença multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. Ela é considerada um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. O número de crianças obesas aumenta a cada dia, alcançando índices preocupantes, pois a obesidade pode acarretar patologias graves, de modo a prejudicar a qualidade de vida da criança. Este trabalho tem por finalidade investigar a influência da obesidade nos aspectos psicológicos de crianças obesas. Participaram desta investigação três crianças com idade de nove a dez anos que estão em tratamento contra a obesidade, e suas mães. Foram aplicados o teste HTP e a ETPC, além de entrevista com as crianças e com um responsável destas. A pesquisa é de caráter descritivo e qualitativo, com utilização da análise de estudo de caso. Após a análise dos dados, pode-se perceber que os familiares e as crianças possuem um conhecimento muito superficial sobre o que é a obesidade, além disso, foi possível observar que a obesidade impacta, juntamente com a resposta preconceituosa do ambiente, de modo negativo o autoconceito, a autoestima e a autoimagem da criança. Foi possível notar que as respostas do ambiente social sobre a criança tem alta influência sobre a sua autopercepção, sendo apontada a necessidade de projetos que trabalhem o preconceito sobre a obesidade, principalmente nas escolas, onde a criança passa grande parte de sua vida. O trabalho da equipe multidisciplinar foi visto como fundamental para a garantia de uma boa qualidade de vida para o indivíduo obeso. Destaca-se o papel do psicólogo no trabalho junto à criança, auxiliando para que ela desenvolva o seu autoconceito de maneira saudável, além de manter níveis bons de autoimagem e autoestima. O psicólogo também é visto como essencial no trabalho junto aos familiares, orientando sobre formas de manter o ambiente familiar saudável para o desenvolvimento mental da criança.

Palavras-chave: Obesidade infantil. Autoconceito. Autoimagem. Autoestima. Impacto psicológico.

ABSTRACT

Obesity is a multifactorial disease characterized by excessive accumulation of body fat. It is considered one of the largest public health problems of our time. The number of obese children increases every day, reaching alarming rates, as obesity can cause serious illnesses in order to harm the child's quality of life. This study aims to investigate the influence of childhood obesity on the psychological aspects of the subject. Participated in this research three children aged nine to ten years who are undergoing treatment for obesity. The tests HTP and ETPC were applied, as well as interviews with the children and with a responsible thereof. The research is descriptive and qualitative, using the case study analysis. After analyzing the data, was verified that the families and children have a very superficial knowledge of what is obesity, in addition, it was observed that the impact obesity, along with environmental biased response, negatively self-concept, self-esteem and the child's self-image. It was observed that the responses of the social environment of the child has high influence on their self-perception, and it is pointed to the need for projects to work prejudice about obesity, especially in schools, where the child spends most of their life. The work of the multidisciplinary team was seen as critical to ensuring a good quality of life for the obese individual. Stands that the psychologist has an important role in working with the child, helping her to develop her self-concept in a healthy way and to maintain good levels of self-image and self-esteem. The psychologist is also seen as essential in the work with the family, advising on ways of maintaining healthy family environment for the child's mental development.

Keywords: Child obesity. Self. Self image. Self esteem. Psychological impact.

LISTA DE SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

BMI – Body Mass Index

ETPC – Escala de Traços de Personalidade para Crianças

HTP – House - Tree - Person

IMC – Índice de Massa Corpórea

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 OBESIDADE	23
2.2 CAUSAS DA OBESIDADE	26
2.3 IMPACTO PSICOLÓGICO DA OBESIDADE	31
2.4 DESENVOLVIMENTO DO AUTOCONCEITO, AUTOESTIMA E AUTOIMAGEM	34
2.5 TRATAMENTO CONTRA OBESIDADE.....	41
3 METODOLOGIA	45
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	45
3.2 PARTICIPANTES	45
3.3 INSTRUMENTOS.....	45
3.4 PROCEDIMENTOS.....	47
3.5 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE.....	48
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA	51
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADA A CRIANÇA	79
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA DIRECIONADA AO FAMILIAR	81
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83

1 INTRODUÇÃO

A obesidade pode ser caracterizada pela presença de gordura corporal demasiada. Ela é considerada um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, pois além de ser fator de risco para várias outras patologias graves, está vinculada a um número alto de mortalidade (FRELUT e NAVARRO apud FELDMANN et al., 2009; MELLO, LUFT e MEYER, 2004).

Sendo assim, tem-se o aumento o número de projetos, documentários e pesquisas com a função de alertar a sociedade sobre o fato de a obesidade ser uma doença que precisa ser levada a sério. Principalmente a obesidade infantil, uma vez que a criança obesa possui chances altas de se manter obeso na vida adulta (DALCASTAGNÉ et al., 2008).

As causas da obesidade são muito variadas. Ela pode ser denominada de endógena, causada por questões genéticas, ou exógena, causada por questões ambientais, como péssimos hábitos alimentares (alimentos normalmente procurados e consumidos) e falta de atividade física (MELLO; LUFT; MEYER, 2004). A obesidade ainda pode ter origem por fatores emocionais, onde a criança utiliza a comida como meio de compensar sentimentos aversivos.

O excesso de gordura corporal pode influenciar no surgimento de patologias metabólicas, cardiovasculares, respiratórias e articulares. Essas patologias são mais comumente encontradas em adultos, porém estão surgindo precocemente em crianças obesas, fazendo que elas tenham um maior risco de mortalidade (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Sabe-se do impacto negativo que a obesidade tem sobre a saúde física do indivíduo, mas e sobre a saúde mental?

Há um incômodo em adultos e adolescentes obesos quanto a sua aparência. Principalmente com a pressão cultural de se ter um corpo magro e o estigma de que o obeso é preguiçoso (SIMÕES; MENESES, 2007). A partir dessas informações foi nascendo a questão principal desta pesquisa: como a obesidade infantil influencia nos aspectos psicológicos do indivíduo ainda em fase de desenvolvimento?

Entender os aspectos psicológicos que a obesidade pode trazer é uma forma de auxiliar a equipe de saúde que atende essas crianças a compreendê-las, buscando

recursos que possam fortalecer um trabalho de maneira mais integral junto ao indivíduo, trazendo uma melhoria na qualidade de vida (CARVALHO e outros, 2005).

O trabalho de uma equipe de saúde no tratamento com a obesidade é essencial, pois há a possibilidade de se trabalhar todos os aspectos envolvidos na doença. A atuação integrada da equipe de saúde visando a assistência ao paciente é de grande importância para a melhora, porém, essa conquista só será alcançada se houver também a participação da família e da escola (FARIA apud ROCHA, 2013).

É necessário que se compreenda, identifique e trate os aspectos psicodinâmicos expostos pelo indivíduo obeso, assim, além das orientações nutricionais e exercícios físicos, deve-se incluir intervenções psicoterápicas direcionadas para o tratamento dos sofrimentos psíquicos relacionados com a obesidade (MORAES; ALMEIDA; SOUZA, 2013).

Há uma realidade social de discriminação que acaba por afetar o funcionamento psicológico do indivíduo obeso de uma forma que contribui para a perturbação da autoestima e autoimagem, tanto na criança quanto no adulto. Após análise de literatura foi possível perceber que se não há um cuidado com as questões psicológicas do indivíduo na infância ele pode carregar essas questões por toda a vida (LUIZ e colaboradores apud FELDMANN et al., 2009).

“[...] é encontrada uma relação entre a obesidade infantil e aspectos psicológicos, tais como depressão, ansiedade e déficits de competência social” (LUIZ et al., 2005, p. 38).

Feldmann e outros (2009) afirmam que a criança já tem a consciência de seu peso, da sua imagem corporal, e há um desejo em mudar. Porém ao ser pressionada fica mais nervosa e com a autoestima mais afetada. A cobrança se torna um agravante. Estes autores salientam que a obesidade deveria ser abordada de modo a mostrar o mal biológico que ela traz e não a questão estética. Para as crianças, uma imagem corporal recriminada impacta muito mais negativamente a autoestima do que se a criança tivesse um problema que atingisse sua saúde.

É importante que a sociedade compreenda que a obesidade é uma doença que impacta de modo geral a vida do indivíduo. E com essa compreensão, a família, por exemplo, poderia estar observando se a criança apresenta algum tipo de sofrimento psicossocial e assim, procurando a devida ajuda. Durante a revisão de literatura,

ficou claro que a escola e os familiares não possuem base para lidar com a obesidade e a autoestima da criança obesa (FELDMANN e colaboradores, 2009).

Vaz e colaboradores (2010), afirmam que crianças e adolescentes, destacando-se as do sexo feminino, apresentam ou estão propensas a apresentar distúrbios alimentares, podendo exibir problemas de atitudes inadequadas como alimentação restritiva, compulsão alimentar e comportamentos compensatórios decorrentes da compulsão alimentar excessiva.

Conflitos familiares podem gerar ansiedade nas crianças, contribuindo também para uma ingestão alimentar excessiva. De forma geral, a ingestão compulsiva de alimentos é um resultado ou um estado de compensação da insatisfação corporal e das dificuldades de inserção social (VAZ et al., 2010).

Entende-se como autoconceito o conhecimento que o indivíduo tem sobre ele mesmo, através de uma autoavaliação em diferentes momentos, ele influencia na ação do indivíduo. A autoestima está relacionada à autoapreciação do sujeito. Cordás e Catilho, citados por Bosi e colaboradores (2006), afirmam que a imagem corporal é a imagem que o sujeito forma em sua mente sobre o seu corpo, ou seja, como o corpo do sujeito se apresenta a ele, ou como ele o vivencia.

Algumas pesquisas afirmam da importância da autoestima positiva no desenvolvimento social, cognitivo e afetivo do sujeito. Simões e Meneses (2007) afirmam que o autoconceito tem papel significativo em todas as áreas de funcionamento do sujeito.

Algumas pesquisas afirmam da importância da autoestima positiva no desenvolvimento social, cognitivo e afetivo do sujeito. A autoestima é razoavelmente estável durante a infância, onde crianças com autoestima elevada e sentimentos altos de autoeficácia apresentam níveis mais baixos de depressão (BEE; BOYD, 2011).

Durante a revisão da literatura surgiram pesquisas com resultados que confirmavam um impacto negativo da obesidade sobre a autoimagem, enquanto outras pesquisas resultaram em manifestações relativamente positivas. Essas pesquisas utilizaram instrumentos diferentes entre eles, enquanto esta pesquisa utilizará três instrumentos em conjunto para a análise dos dados.

O objetivo geral deste trabalho foi investigar a influência da obesidade infantil nos aspectos psicológicos do indivíduo. Tendo como objetivos específicos investigar qual conhecimento as crianças e suas mães possuem sobre obesidade, analisar o autoconceito e a imagem corporal de crianças obesas e avaliar aspectos de personalidade da criança.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 OBESIDADE

Existiram momentos na historia do homem que o ser obeso era vantajoso. Durante muito tempo, o belo estava relacionado à boa alimentação, resultando em uma boa saúde e ao valorizado conceito de fertilidade (RIBEIRO apud ROCHA, 2013). A obesidade era vista como sinal de saúde e beleza. Na atualidade a magreza tomou conta da ideia de corpo ideal, onde o corpo obeso é considerado o oposto da beleza.

“[...] a obesidade é definida como uma patologia do foro nutricional, caracterizada pela acumulação excessiva de gordura, contribuindo para o desenvolvimento de problemas de saúde” (VAZ et al., 2010, p. 31). Este excesso é resultado de consumo superior ao gasto de energia (VAZ et al., 2010).

Ela é uma doença crônica e de diferentes naturezas, podendo ser influenciado por fatores biológicos, psicológicos e socioeconômicos. É apontada como fator de risco para patologias graves, como complicações cardíacas e diabetes (SALIM; BICALHO, 2004).

A obesidade pode ser dividida em obesidade de origem exógena a mais freqüente e endógena. Para a endógena, deve-se identificar a doença básica e tratá-la. A obesidade exógena origina-se do desequilíbrio entre ingestão e gasto calórico, devendo ser manejada com orientação alimentar, especialmente mudanças de hábitos e otimização da atividade física (DIETZ apud MELLO; LUFT; MEYER, 2004, p. 178).

Apesar de ainda ser problema em famílias de baixa renda em diversas regiões do Brasil, o índice de desnutrição diminuiu. Porém, também houve um aumento no numero de obesos, principalmente entre famílias de baixa renda. Conclui-se que no país o problema de deficiência nutricional está sendo mudada para um problema de excesso alimentar. Sendo apontada a alteração no padrão alimentar das famílias brasileiras como um contribuinte para essas mudanças (MONTEIRO et al., apud QUAIOTI; ALMEIDA, 2006).

“Cerca de 82 milhões de pessoas apresentaram [...] sobrepeso ou obesidade. Isso indica uma prevalência maior de excesso de peso no sexo feminino (58,2 %), que no sexo masculino (55,6%)” (ABESO, 2015).

A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700

milhões, obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderia chegar a 75 milhões, caso nada seja feito (ABESO, [20--]).

Hedley e outros, citados por Papalia, Olds e Feldman (2009), afirmam que 16% das crianças dos seis aos onze anos têm excesso de peso, enquanto 15% estão quase chegando ao excesso de peso. Nessa fase, os meninos possuem uma maior tendência ao excesso de peso que as meninas.

A obesidade pode originar complicações articulares, metabólicas, cirúrgicas, psicossociais e respiratórias. Rech e outros (2007) salientam que a complicação com maior destaque é a cardiovascular, responsável por 31% do total de óbitos por causas conhecidas no Brasil. Sharkey e colaboradores, citados por Dalcastagné e outros (2008) afirmam que a insuficiência da prática de atividade física eleva as chances de desenvolvimento de doenças do coração, de modo tão significativo quanto a pressão arterial alta. A ausência de atividade contribui para um número de 34% das mortes causadas por doenças cardíacas.

Recentemente os Centros para Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e o Colégio Americano de Medicina do Esporte relataram que, aproximadamente, 250.000 vidas são perdidas anualmente devido ao estilo de vida sedentário. Compare-se isto com as vidas perdidas anualmente em acidentes automobilísticos (menos de 50.000), com o número de vidas perdidas por ano pelo ato sexual sem proteção (30.000) ou com o número perdido em toda a guerra do Vietnã (58.000) (SHARKEY E COLABORADORES, 1998 apud DALCASTAGNÉ E OUTROS, 2008, p. 54).

Mcardle e Katch, citados por Dalcastagne e outros (2008), afirmam que quando a obesidade se inicia na infância, a probabilidade da obesidade na vida adulta se torna três vezes maior que para crianças com quantidade de gordura corporal normal.

Vilarta e colaboradores (2007) salientam que os períodos em que deve se atentar para o desenvolvimento da obesidade são a vida intrauterina, a pré- puberdade e a adolescência, pois são nessas fases que há o aumento do número de adipócitos. Fisberg, citado por Salim e Bicalho (2004), adiciona que a maior parte das células adiposas são adquiridas na idade entre dois e três anos.

“Os filhos de pais obesos correm um risco duas a três vezes maior de obesidade como adultos em comparação com as crianças de famílias nas quais nenhum dos progenitores é morbidamente obeso” (MCARDLE; KATCH, apud DALCASTAGNE et al., p. 54, 2008).

Para se identificar o indivíduo como obeso ou sobrepeso se utiliza de algumas técnicas, como o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), a Bioimpedância, medidas de pregas da pele, entre outros (VENTURINI, 2000).

O IMC é um método simples, de preço acessível e pode ser amplamente utilizado nas práticas clínicas. A sua medida é calculada através da divisão do peso (em quilogramas) do indivíduo pela sua altura ao quadrado (em metros), ele é a principal escolha para a identificação de obesidade em adultos (ALVES, 2007).

A OMS recomenda a utilização do IMC, sendo considerado sexo e idade. Alguns autores consideram que usar somente o IMC para a avaliação de crianças não representa uma avaliação precisa, já que a proporção de gordura corporal é alterada em função de idade (SALIM; BICALHO, 2004). Porém, Giugliano e Melo (2004) avaliaram a “[...] concordância entre o índice de massa corporal segundo padrão internacional e indicadores de adiposidade no diagnóstico de sobrepeso e obesidade em escolares” (GIUGLIANO; MELO, 2004, p. 129) e confirmaram que o uso do IMC por idade possui uniformidade com a adiposidade crescente nos grupos estudados.

“[...] as crianças e adolescentes com um IMC entre o percentil 85 e o percentil 95, denominam-se crianças e adolescentes com excesso de peso, sendo consideradas obesas, quando se encontram com um IMC acima do percentil 95 [...]” (OMS apud RODRIGUES, 2011, p. 3).

O índice alto de IMC está relacionado a um risco maior de morbidade. Venturini (2000), afirma que, com essa informação, pode-se perceber a interferência negativa da obesidade na qualidade de vida do obeso mórbido.

Keller e Stevens, citado por Venturini (2000) apresentam que, em um estudo realizado por eles em que acompanhavam durante sete anos adolescentes obesas do sexo feminino, quando comparadas com meninas não obesas, apresentaram menos anos escolares completos, menor índice de casamentos, renda familiar mais baixa e maior nível de pobreza. Também salientaram que as adolescentes relataram insatisfação em relação ao peso e autoimagem.

O número de obesos continua aumentando apesar das campanhas de educação e incentivo às mudanças dos hábitos nutricionais e exercícios físicos (QUAIOTI, 2006).

2.2 CAUSAS DA OBESIDADE

O excesso de peso na infância possui várias causas, normalmente por combinação de fatores. Os fatores mais citados na literatura são hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e propensão genética.

Vilarta e colaboradores (2007) afirmam que em 98% dos casos de obesidade são resultantes da alta ingestão de alimentos aliada a baixo gasto de energia, enquanto apenas 2% dos casos são resultantes de problemas hormonais, tumores e síndromes genéticas.

Vaz e outros (2010) afirmam que além das patologias, a obesidade pode ser associada a alterações de comportamento alimentar e problemas psicológicos.

A obesidade se apresenta não apenas como problema científico e de saúde pública. Estudos realizados em algumas cidades brasileiras mostram que o sobrepeso e a obesidade já atingem 30% ou mais das crianças e adolescentes. Vários fatores são importantes na gênese da obesidade, como os genéticos, os fisiológicos e os metabólicos. No entanto, os que poderiam explicar este crescente aumento do número de indivíduos obesos parecem estar mais relacionados às mudanças no estilo de vida e aos hábitos alimentares. Confirmando a influência do meio ambiente sobre o desenvolvimento do excesso de peso em nosso meio e a influência do fator sócio-econômico e do micro-ambiente familiar (OLIVEIRA et al., 2003 apud DALCASTAGNÉ, 2008, p.55).

“O estilo de vida vincula-se ao conjunto de comportamentos, hábitos e atitudes, ou seja, são expressões socioculturais de vida” (PAIM, 1997; POSSAS, 1989; CHOR, 1999; MENDONÇA, 2005 apud SILVA; BITTAR, 2012, p. 199).

Sobre a questão alimentar, Mello, Luft e Meyer (2004) adicionam que ela pode ser influenciada por vários fatores, externos e internos. Os fatores externos são o núcleo familiar, onde ao se alimentar juntamente com os familiares, a criança apresenta hábitos mais ou menos saudáveis de acordo com as atitudes e comportamentos alimentares da família, além de valores sociais, culturais, mídia (a publicidade incentiva uma alimentação hipercalórica), fast-foods (alimentos calóricos com pouco valor nutricional e alta dose de gorduras e açúcares), conhecimentos de nutrição e manias alimentares.

Os fatores internos são compostos das “[...] necessidades e características psicológicas, imagem corporal, valores e experiências pessoais, autoestima, preferências alimentares, saúde e desenvolvimento psicológico” (MELLO; LUFT; MEYER, 2004, p.177).

Estes autores também relacionam a obesidade com a obrigação das crianças em comer tudo que é servido, podendo perder o ponto de saciedade.

“O obeso parece responder mais aos estímulos externos (tipo e qualidade do alimento) do que aos internos (fome e saciedade) no que diz respeito ao apetite” (CAMPOS et al. apud Sigulem e outros, 2001, p. 8).

Sobre o controle de saciedade, estes autores afirmam que a saciedade se origina após o consumo de alimentos, suprimindo a fome e mantendo essa supressão por um período determinado:

A fase cefálica do apetite inicia antes mesmo do alimento chegar à boca - são sinais fisiológicos, gerados pela visão, audição e odor. Esses estímulos fisiológicos envolvem um grande número de neurotransmissores, neuromoduladores, vias e receptores. A distensão do estômago é um sinal importante de saciedade. Além de estímulos mecânicos, estão envolvidos neurotransmissores e peptídeos, como colecistocinina, glucagon, bombesina e somatostatina. A colecistocinina tem sido considerada um hormônio mediador da saciação.

No sistema nervoso central, principalmente no hipotálamo, encontram-se os sistemas serotoninérgicos do controle do apetite. Outros peptídeos, como beta-endorfina, dinorfina e galanina, atuam no sistema nervoso central influenciando a ingestão e/ou a saciedade. O neuropeptídeo Y é o mais potente estimulador do apetite conhecido. A leptina, produzida no tecido adiposo, tem um papel central e periférico, participa do controle energético e, provavelmente, interage com o neuropeptídeo Y no controle do apetite e da saciedade. Assim, o tamanho do prato ou da porção servida não é o determinante da saciedade; a criança pode ter ficado satisfeita antes, ou então querer comer ainda mais (MELLO; LUFT; MEYER, 2004, p. 177 - 178).

Monteiro (2009) afirma que até pouco tempo, a alimentação da criança no Brasil, era indicada pela pediatra e constituía praticamente de apenas alimentos pouco processados e de preparo caseiro. Porém, com a rotina familiar modificada, com a inclusão da mulher no mercado de trabalho, houve mudanças na prática alimentar infantil, onde se apresentou um maior acesso a produtos alimentícios que visam a praticidade.

Quaioti e Almeida (2006) afirmam que após o desmame, a criança é influenciada pelo que a família consome. A idade pré-escolar está entre dois a seis anos e é o momento em que se inicia um vínculo com os alimentos e um consumo mais variado destes. Fagioli e Nasser (2008) assinalam que esse vínculo é responsável pelo início dos hábitos alimentares. Sendo assim, de extrema importância à estimulação do consumo de alimentos saudáveis variados.

Dessa forma, destaca-se que os pais de pré-escolares devem incentivar o comportamento de consumo de alimentos variados, senão estarão restringindo as experiências alimentares e contribuindo para uma dieta possivelmente desbalanceada para o desenvolvimento físico e cognitivo adequados (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006). Estes autores salientam que por mais que os pais tenham boas intenções, ainda há fatores que podem influenciar na dieta, como nível de informação e formação dos pais, trabalho dos pais fora de casa, influência das outras crianças e o acesso desta à mídia.

Friedrich, schuch e Wagner (2012) acreditam que as estratégias de promoção de saúde são prejudicadas pela indústria de alimentos através de seus anúncios e propagandas de alimentos hipercalóricos.

As crianças dão preferência para alimentos com quantidade alta de carboidrato, açúcar, gordura e sal, e indústria de alimentos se utiliza desta preferência na composição dos alimentos ofertados, além do investimento na propaganda dos produtos. Também é comum que a disposição dos produtos nas prateleiras do supermercado seja direcionada para que os alimentos dispostos estejam ao nível dos olhos das crianças, para que elas possam reconhecer a marca e alcançar os produtos facilmente (QUAIOTI; ALMEIDA, 2006).

Quaiti e Almeida (2006) citam uma análise feita por Almeida e outros (2002) sobre as propagandas das três maiores redes de canal aberto de televisão. Os resultados da análise demonstraram que a maioria das propagandas carregam a temática de alimentos, independente da hora, do canal e do dia da semana. Essa análise é de extrema importância, pois, Taras e colaboradores, citados por Quaioti e Almeida (2006) afirmam que os anúncios de televisão influenciam nas compras da famílias, além de afirmarem que as crianças insistem que os pais comprem alimentos vistos nas propagandas.

Além de poder influenciar nas escolhas alimentares incorretas, Vaz e colaboradores (2010) afirmam que vários investigadores apontam mais duas relações entre televisão e obesidade: a ingestão de alimentos hipercalóricos (por exemplo, fast foods) enquanto a criança assiste televisão e o aumento do sedentarismo, que resulta na redução do ritmo metabólico.

Puder e Munsch (2010), citam que pode haver relações entre obesidade e estresse familiar. Estresse familiar como doenças mentais ou doenças somáticas de familiares, ou estresse associado ao nível socioeconômico baixo, juntamente com a ingestão alta de alimentos.

Elkind, citado por Papalia, Olds e Feldman (2009), afirma que as pressões da vida moderna estão forçando a criança a se desenvolver prematuramente, tornando a sua infância muito estressante. Foi criada uma expectativa de que a criança seja bem sucedida na escola, competitiva no esporte e que atenda às questões emocionais dos pais. Além de conviver com a pressão de se adequar às expectativas, a criança ainda fica exposta aos problemas dos adultos, seja na televisão ou na vida real, antes de dominar os problemas da infância.

Os pacientes utilizados na pesquisa de Bayer e outros (2010) afirmaram que em situações motivadoras de ansiedade sentem maior necessidade de comer, sendo uma forma de se lidar com a ansiedade. Com essa análise os autores citam a afirmação de Mello Filho (2000) que refere aos obesos como “[...] aqueles que basicamente têm a comida como linguagem” (BAYER et al., 2010, p.878)

Rinaldi e colaboradores (2008) afirmam que a mudança dos hábitos alimentares da população está aliada à inatividade física. Belsky (2010) acredita que a inatividade física é um dos principais culpados da obesidade, a autora cita um estudo de Moore e colaboradores (2003) em que pesquisadores acompanharam um grupo grande de crianças da pré-escola à adolescência, utilizando sensores eletrônicos para monitorar os níveis de atividade ao longo de dois anos. As crianças que apresentavam altos níveis de atividade possuíam IMCs mais baixos quando chegavam à adolescência.

Dorneles (2015) afirma que uma criança sedentária possui a tendência a ficar obesa, e a sua obesidade pode torná-la mais sedentária. A autora considera a principal causa da obesidade a falta de atividade física, pois o aumento de peso corporal se dá pelo desequilíbrio no balanço energético, resultando na ingestão superando o gasto.

O balanço energético pode ser definido como a diferença entre a energia entre a quantidade de energia consumida e a quantidade de energia gasta [...] em geral, é determinado pela ingestão de macronutrientes, pelo gasto energético e pela termogênese dos alimentos (RIBEIRO apud ROCHA, 2013, p.26).

Barbosa, citado por Silva e Bittar (2012), adiciona que a inatividade está relacionada com o tempo excessivo que as crianças permanecem imóveis em frente à televisão, além da diminuição do espaço de lazer e das facilidades de locomoção.

As crianças em idade escolar passam menos tempo em brincadeiras e esportes ao ar livre se comparadas com as crianças de vinte anos atrás (JUSTER et al. apud PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

Muitos pais passaram a preferir que os seus filhos fiquem em casa, por questão de segurança, além disso, a maioria das escolas públicas já não oferece mais atividades físicas diárias devido aos cortes nos financiamentos e a pressão em focalizar nas disciplinas acadêmicas (BERG, 2004; BERKOWITZ; STUNKARD, 2002; STURM, 2004 apud BELSKY, 2010).

“A National Association of State Boards of Education (2000) recomenda 150 minutos de educação física por semana para alunos do ensino fundamental” (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 321). Apesar de recomendado, a National Center for Education Statistics (apud PAPALIA; FELDMAN, 2013), afirma que as escolas oferecem somente 85 a 98 minutos por semana. Se as escolas aumentassem 60 minutos de educação física por semana na pré-escola e na primeira série reduziria pela metade do número de meninas acima do peso (DATAR; STURM, 2006 apud PAPALIA; FELDMAN, 2013).

De acordo com os objetivos nacionais, grande parte das crianças em idade escolar que praticam exercícios suficientes não é tão ativa quanto deveria ser. Duke, Huhman e Heitzler, citados por Papalia, Olds e Feldman (2009), citam o resultado de um estudo que mostra que 22,6% das crianças de nove a treze anos não praticam atividades físicas no seu tempo livre.

Mello, Luft e Meyer (2004) salientam a importância da prática da atividade física, que aumenta a massa óssea e previne a osteoporose, além de evitar a obesidade. A obesidade também foi relacionada com o metabolismo em repouso, pois foi notada uma diminuição do metabolismo em repouso enquanto o indivíduo assiste televisão. Com isso, foi notada que a mídia possui influência não apenas no que o indivíduo consome, mas também no gasto calórico do sujeito.

Bee (1997) afirma que além da alimentação e inatividade física, a hereditariedade também é uma causa básica da obesidade. As crianças parecem herdar a tendência

à magreza ou ao acúmulo de gordura. Ela cita estudos de Stunkard e colaboradores com crianças adotadas (1986) e com gêmeos (1990) que já mostravam essa tendência. Apesar da afirmação da hereditariedade, Bee (1997) afirma que mesmo que a criança tenha propensão à obesidade, o que vai torná-la obesa são os seus hábitos alimentares e físicos.

2.3 IMPACTO PSICOLÓGICO DA OBESIDADE

Ao se comparar crianças em tratamento com crianças sem tratamento de obesidade, pode-se notar que no grupo em tratamento apresentou problemas comportamentais e emocionais mais pronunciados e sofriam mais frequentemente de transtornos mentais, apontando para uma maior vulnerabilidade em grupos clínicos de crianças obesas (MUNSCH; PUDER, 2010).

O problema da obesidade não é apenas na questão de saúde física recorrentes do excesso de gordura, mas o maior problema detectado por Dorneles (2015) foi os problemas psicológicos resultantes, geralmente, de comentários maldosos de colegas, que diminuem a autoestima da criança.

A obesidade tem efeitos adversos semelhantes para as crianças e adultos, onde elas estão em risco de apresentar problemas comportamentais, depressão e baixa autoestima (AAP Committee on Nutrition, 2003; DATAR; STURM, 2004; MUSTILLHO et al., 2003 apud PAPALIA; FELDMAN, 2013), além disso, as crianças podem compensar o sofrimento emocional através da ingestão de alimentos, de forma a tornar os seus problemas físicos e sociais piores (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A pessoa obesa tem dificuldade de sentir prazer nas relações sociais, o comer é o seu prazer número um. Dessa forma se estabelece um círculo vicioso: comer – obesidade - dificuldade de obter outros tipos de prazer - reforço do prazer oral como forma permanente de obtenção de prazer - dificuldade de aceitação grupal - não conexão com outros prazeres (NOBREGA; CAMPOS; NASCIMENTO, 2000 apud CARDOSO, 2006, p. 25).

O desagrado com sua imagem corporal é um dos motivos que influencia o sujeito com excesso de peso a buscar ajuda. Na cultura atual em que o corpo magro é supervalorizado, a imagem do seu corpo fora do socialmente aceitável pode ser uma

vivência desagradável com sentimentos de raiva, angústia e culpa (CARVALHO et al., 2005).

“Analisando a literatura, percebe-se que é encontrada uma relação entre a obesidade infantil e aspectos psicológicos, tais como depressão, ansiedade e déficits de competência social” (LUIZ et al., 2005, p. 38). Estes autores citam o estudo de Csabi, Tenyl e Molnar (2000) que comparam a presença de sintomas depressivos entre crianças obesas e em tratamento ambulatorial e crianças não obesas e encontraram nas crianças obesas maior proporção de sintomas depressivos. Outro estudo citado foi o de Anton e outros (2006) que investigaram a relação entre o índice de massa corporal (IMC), sedentarismo e sintomas depressivos, resultando em uma correspondência entre alto nível de sedentarismo, IMC com percentil elevado e sintomas depressivos.

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO, 2009) destaca que a obesidade aumenta em 55% o risco de depressão, e esta, em 58% o risco de obesidade, indicando possível circularidade entre as duas patologias (ABESO apud MORAES; ALMEIDA; BORGES, 2013, p. 555).

Além do incômodo, há a preocupação com a saúde, já que a obesidade está relacionada ao risco de problemas na coluna e articulações, além de doenças coronarianas, entre outras (CARVALHO et al., 2005).

Os obesos geralmente depreciam a sua própria imagem física, vivenciando sentimentos de insegurança em relação ao outro, imaginando como este os veem, acreditando ser de maneira hostil (FERRIANI; DIAS; SILVA; MARTINS apud BAYER et al., 2010).

Khaodhiar, McCowen e Blackburn citados por Luiz, Gorayeb e Júnior (2010) afirmam que alguns estudos mostraram que problemas relacionados às áreas sociais e comportamentais são mais comuns em crianças obesas. Elas sofrem maior discriminação e julgamentos, interferindo em seu funcionamento físico e psíquico.

A carência de confiança, o sentimento de isolamento são derivados do fracasso da família e do ambiente social em entender os aspectos relacionados à obesidade. A humilhação posterior à discriminação sofrida pelos sujeitos obesos podem trazer uma grande carga psicológica ao obeso (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007).

Cordas e Ascencio (2006) afirmam que não há indícios para se acreditar que a obesidade seja o efeito direto de distúrbios psicológicos, mas que ela resulta em estigma e preconceito.

O primeiro testemunho deste arraigado preconceito contra obesos já aparece na infância. Quando, por exemplo, crianças são apresentadas à desenhos, representando crianças em cadeiras de roda, em muletas, desfiguradas, amputadas ou obesas, elas tendem a rejeitar mais as representações de obesos do que qualquer outra figura com exceção dos mutilados. Crianças obesas são frequentemente definidas pelos seus colegas, já a partir dos 6 anos de idade, nos primeiros anos de escola, como “preguiçosas, sujas, estúpidas, feias e burras” ou, num dúbio elogio, “engraçadas, alegres” (superficiais seria o melhor termo). Meninas, em condições de observação, convidadas a escolher entre diferentes tipos de bonecas, preferem bonecas magras para brincar, mesmo que sejam elas próprias crianças obesas (CORDAS; ASCENCIO, 2006, p.45).

Crianças obesas, após vivenciarem experiência de fracasso e respostas hostis do meio social, podem apresentar sentimentos de baixa autoestima. Essas experiências podem gerar sofrimento psicológico intenso nessas crianças (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007).

Segundo Schwartz e Puhl, citados por Mishima e Barbieri (2009), os apelidos maldosos, a dificuldade nos esportes, as implicâncias dos colegas resultam em sentimentos de inferiorização e desprezo por si mesmo, podendo deixar marcas durante toda a vida do sujeito.

Em relação ao bullying, Griffiths, Wolke, Page e Horwood (apud BANDEIRA, 2009) afirmam que os meninos obesos não só tendem a se tornar vítimas, mas também podem se tornar agressores, enquanto as meninas estão mais propensas a se tornar vítimas. Crick e Grotpeter (apud BANDEIRA, 2009) adicionam que as meninas possuem a tendência a se importar mais com a resposta dos colegas para a formação do seu autovalor, o que as torna mais suscetíveis à comentários em relação a sua aparência física.

Dechen, Cano e Ribeiro, citados por Carvalho e outros (2005), identificaram, em crianças obesas em tratamento, verbalizações de descontentamento com o peso excessivo e sentimentos de menos valia resultantes das implicâncias sofridas por colegas da escola.

Adolescentes e adultos são discriminados em sua vida acadêmica e profissional, além de se deparar com dificuldades no ambiente familiar, na forma como são vistos e tratados (MISHIMA; BARBIERI, 2009). Essa situação aumenta o risco de

desencadeamento de quadros psiquiátricos como “depressão, transtornos ansiosos, abuso de álcool, drogas e transtornos alimentares” (CORDAS; ASCENCIO, 2006, p. 44).

Melo, Serra e Cunha (2010) citaram pesquisas que avaliavam a influência dos pais quanto à estigmatização que as crianças obesas sofrem. Em um desses estudos (ADAMS; HICKEN; SALEHI, 1988), confirmou que a comunicação entre pais e filhos tem a possibilidade de transmitir estereótipos negativos relacionados à obesidade. Foram entregues três fotos de crianças, uma com peso normal, uma com deficiência e uma obesa, então, os pais deveriam contar uma história sobre cada criança. A criança obesa foi retratada como a criança com a autoestima mais baixa e com menos chances de sucesso no final da história.

Segundo Lemes (apud CARDOSO, 2006), os autores que trabalham com a obesidade infantil afirmam que um vínculo mãe-criança ruim pode estimular e manter a obesidade. Durante a infância, a satisfação é modulada pelo olhar dos pais e, com o passar dos anos, o modo como o pai vê o filho se modifica, de modo que o amor incondicional se transforma em condicional, à imagem esperada do sujeito.

Os pais de crianças obesas estão diante de um complexo desafio. Primeiro, porque eles devem oferecer suporte e ajudar a proteger a autoestima de seus filhos perante a crescente estigmatização social. Segundo, eles precisam auxiliar as crianças quanto à escolha de alimentos saudáveis sem que isso seja entendido como punição (SCHWARZ apud MELO; SERRA; CUNHA, p. 369, 2010).

2.4 DESENVOLVIMENTO DO AUTOCONCEITO, AUTOESTIMA E AUTOIMAGEM

O autoconceito é a imagem total que o indivíduo tem de si mesmo, é aquilo que ele acredita ser o quadro total de suas capacidades e personalidade. A criança incorpora em sua autoimagem a crescente compreensão de como os outros a veem (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

O autoconceito do obeso merece atenção, já que o modo como é desenvolvido influencia o bem-estar, o sentido de valor pessoal, a construção da autoimagem e a capacidade de identificar e desenvolver as capacidades da criança (CORREIA apud SIMÕES; MENESES, 2007).

Colaciti (2006) afirma que a relação social do indivíduo é influenciado pelo autoconceito. Uma pessoa com bom conceito de si mesma é mais aberta, visto que

assume uma atitude menos defensiva. Enquanto as pessoas com autoconceito negativo e com uma percepção apreciativa distorcida, são consideradas companheiras difíceis, pois frequentemente estão na defensiva e carregam tensões internas.

Faria (2005) cita autores (HUBNER; STANTON, 1976; MARSH; HATTIE, 1996) que afirmam que as experiências de vida, as interpretações do sujeito sobre essas experiências e os reforços e avaliações feitas por outros sobre seus comportamentos, influenciam nas percepções de si e no desenvolvimento do autoconhecimento do sujeito.

Cada pessoa enfrenta as situações cotidianas com recursos psicológicos variados, entre estes pode se citar as percepções e julgamentos que se constrói acerca de si e a confiança que possui em si mesmo (LOSS; CASEMIRO, 2010).

[...] As crenças autorreferenciadas - formadas pelo autoconceito, pela autoestima e pelas crenças de controle (ou senso de autoeficácia) - interferem nos mecanismos autorreguladores que articulam as motivações e as atuações das pessoas; ou seja, influenciam no quanto elas se sentem motivadas a realizar determinada tarefa e como organizarão seu comportamento, mobilizando recursos de maneira a obter mais ou menos sucesso no empreendimento. Dessa forma, a construção de crenças autorreferenciadas positivas em um indivíduo é essencial para que ele se desenvolva tanto social quanto academicamente. (LOOS; CASSEMIRO, 2010, p. 294).

Papalia, Olds e Feldman (2009) afirmam que o desenvolvimento do autoconceito tem um grande aumento entre os cinco e sete anos de idade, isso fica evidente nas mudanças da autodefinição da criança. Autodefinição é o conjunto de características com as quais a criança se descreve. Os autores também relatam que o autoconceito da criança é afetado pela cultura, com a transmissão sutil dos pais, por meio de conversas do dia-a-dia, de ideias culturais e crenças sobre como definir a si mesmo.

Quando se observa os estágios psicossociais de Erik Erikson, onde ele rotula a tarefa desenvolvimental da idade escolar (6 a 12 anos) de produtividade versus inferioridade. Onde durante o ensino fundamental, a criança percebe a realidade da vida, compreendendo que ela não é perfeita, onde precisa-se trabalhar para que suas metas sejam alcançadas (BELSKY, 2010).

Harter, citado por Papalia, Olds e Feldman (2009) diz que entre os sete e oito anos, a criança tem a capacidade de julgar sua própria identidade de forma mais

consciente, de modo a comparar a identidade real com a identidade ideal, sabendo julgar sua medida em certos padrões sociais em comparação aos outros.

“A importância do estudo do auto-conceito prende-se com o seu carácter preditivo quanto à realização dos indivíduos nos diversos domínios da existência, entre eles o académico, o físico e o social” (FARIA, 2005).

Loos e Cassemiro (2010) relatam estudos em que, quando alunos com autoconceito positivo foram comparados com alunos de autoconceito negativo, foram definidos como “[...] mais cooperativos, mais persistentes nas tarefas, com maior liderança, com menor nível de ansiedade e pertencentes a famílias mais suportivas” (LOSS; CASSEMIRO, p. 295, 2010). Essa comparação demonstrou uma relação direta entre autoconceito e características desejáveis no ambiente escolar.

O domínio físico é um dos domínios que mais contribui para a definição do autoconceito e da autoestima global da criança, pois a criança, desde cedo, capta informações vindas da sociedade sobre sua atratividade física, sua condição física, peso, altura e da forma como se apresenta. Sendo assim, as reações dos outros sujeitos, junto com as comparações que a criança faz entre os seus atributos e os dos seus pares contribuem para a formação do seu autoconceito físico (BRACKEN apud FARIA, 2005).

Numa investigação em que se pretendeu avaliar a idade em que se adquirem crenças acerca da obesidade, Lerner e Gellert (1969, citados por Ogden, 1998/1999) mostraram desenhos de indivíduos adultos de diferentes tamanhos (magros, “normais” e gordos) a um grupo de crianças entre os cinco e os dez anos, pedindo-lhe que descrevessem o tipo de cada pessoa. Os autores verificaram que as crianças associavam indivíduos de tamanho médio a qualidades positivas e os magros e gordos a qualidades negativas. Num outro estudo, Lerner e Gellert (1969, citados por Ogden, 1998/1999) apresentaram às mesmas crianças cinco desenhos de meninos: um com deficiência, um desfigurado na face, uma criança com muletas e com uma tala na perna, uma criança cujo antebraço esquerdo tinha sido amputado e uma criança obesa.

Quando se perguntava às crianças de quem gostavam menos, respondiam que era da criança obesa. Os autores concluíram que a obesidade era vista como culpa da criança e resultado de voracidade, fraqueza e preguiça. Também Barlow (1993/1999) refere que as crianças tendem a classificar crianças com incapacidade física e deformações faciais como mais agradáveis comparativamente às crianças obesas. O autor acrescenta que os indivíduos adultos, perante gravuras de pessoas obesas, tendem a atribuir a estas características negativas, classificando-as como preguiçosas e desleixadas (SIMÕES; MENESES, 2007, p. 246).

Colaciti (2006) afirma que se o sujeito não possui um autoconceito apropriado pode não estar aberto às experiências afetivas, sendo a autoestima positiva de extrema importância para um comportamento afetivo, social e intelectual adequado.

É na infância que são implantados elementos básicos de personalidade que poderão acompanhar e influenciar as ações do sujeito durante toda a vida, sendo importante se atentar a problemática do autoconceito nesta fase (COLACITI, 2006).

Gonçalves, Silva e Antunes (2012) relataram que em seu estudo com grupos de crianças com peso normal, crianças obesas e crianças obesas em tratamento, quanto à questão do autoconceito, foi possível notar diferenças significativas em todas as dimensões de autoconceito entre os grupos por eles avaliados.

“O autoconceito contém um aspecto avaliativo, geralmente denominado *autoestima*” (BEE; BOYD, 2011, p. 291). Esta contém aspectos da autopercepção, onde está referido o grau em que alguém contempla os conteúdos que percebe em si mesmo.

Loss e Casemiro (2010), afirmam que alguns autores consideram a autoestima estável e consistente, enquanto outros a consideram vulnerável às influências situacionais (LOOS; CASSEMIRO, 2010).

Belsky (2010) afirma que à medida que a criança envelhece, sua autoestima não depende de apenas uma qualidade, onde mesmo que não esteja se saindo bem em uma determinada área, elas conseguem obter conforto nas outras áreas em que se sobressaem.

“[...] autoestima significa "autovalor", ou seja, representa quão bem, na visão de uma pessoa, o seu comportamento atinge padrões pessoais de valor ou mérito” (BANDURA, 1986 apud LOOS E CASSEMIRO, 2010).

Esses padrões vêm de um sistema adotado pelo indivíduo e compartilhado pelo grupo ao qual pertence. Antes dos oito anos a criança geralmente não articula um conceito de autovalor, mas demonstram através de seu comportamento que o possuem (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

Bee e Boyd (2011) afirmam que conforme as crianças desenvolvem julgamentos de autocompetência em um domínio específico, ao lado desses autojulgamentos, elas criam para si uma autoavaliação global. Essa avaliação do próprio valor é

geralmente declarada como autoestima. Porém, ela não é apenas a soma de avaliações isoladas que a criança faz sobre suas habilidades em diferentes áreas.

Belsky (2010) cita os estudos de Harter (1999) onde sugerem que as crianças ocidentais se utilizam de cinco áreas básicas de competência para determinar sua autoestima global: competência escolar, conduta comportamental, habilidades atléticas, estima social e aparência física.

Harter, citado por Papalia, Olds e Feldman (2009), afirma que antes da passagem dos cinco para os sete anos, a autoestima das crianças pequenas não é baseada em uma avaliação realista, apesar de saberem julgar sobre sua competência em varias atividades, ainda não estão aptas a ordená-las quanto a importância. Elas tendem a aceitar o julgamento dos adultos, que geralmente respondem positivamente, podendo supervalorizar suas habilidades. Assim como o autoconceito, a autoestima na segunda infância tende a ser tudo ou nada.

Harter, citado por Bee (1997), afirma que o nível de autoestima de cada criança resulta de duas avaliações ou juízos internos. Primeiro, a criança vivencia a divergência entre o que ela gostaria de ser, ou o que ela pensa que deveria ser, e aquilo que ela acredita ser. Quando essa divergência é baixa, a autoestima é alta, mas quando a discrepância é alta, a criança vê a si como um fracasso, tendo a autoestima baixa.

Burhans e Dweck e Ruble e Dweck, citados por Papalia, Olds e Feldman (2009) afirmam que quando a autoestima é alta, a criança é motivada a realizar coisas, porém, se a autoestima depender do sucesso, a criança poderá ver o fracasso ou a critica como uma indicação de seu valor e se sentir incapaz de executar a tarefa de uma melhor maneira.

Crianças com tendências de internalização tendem a ser altamente autocríticas, e possuem o risco de desenvolver desamparo aprendido (ABRAMSON; SELIGMAN; TEASDALE, 1978 apud BELSKY, 2010), que é quando a pessoa se sente incapaz de influenciar na mudança dos eventos de modo a desistirem de tentar ter um bom êxito. Essas pessoas podem interpretar tudo como fracasso e ter uma autoestima excessivamente baixa.

Um determinante importante para a autoestima é a visão que a criança tem de sua capacidade para o trabalho produtivo, de modo que as crianças precisam aprender

habilidades apreciadas por sua sociedade (ERIKSON apud PAPALIA, OLDS, FELDMAN, 2009).

Durante os anos, as avaliações das crianças sobre suas próprias capacidades vão se diferenciando cada vez mais. Os julgamentos de autocompetência vão se tornando menos positivos à medida que a criança cresce. Os declínios podem estar relacionados as suas experiências, por exemplo a avaliação da habilidade social de uma criança popular será maior do que naquelas rejeitadas por seus colegas (JACKSON; BRACKEN, 1998 apud BEE; BOYD, 2011).

Harter, citada por Papalia, Olds e Feldman (2009), constatou que crianças entre oito e doze anos, na América do Norte, julgam a si mesmas mais em questões de aparência e popularidade. O apoio social dos pais, colegas e professores é um fator importante que contribui positivamente para a autoestima, mas geralmente não serve para compensar uma autoavaliação negativa.

“A autoestima [...] torna-se uma questão importante durante o período da idade escolar” (BELSKY, 2010, p. 203).

Crianças com baixa autoestima podem ficar excessivamente preocupadas com o seu desempenho em situações mais sociais, podendo atribuir à rejeição social suas próprias deficiências de personalidades, que acreditam ser incapazes de mudar. Elas desistem ou insistem em repetir estratégias mal sucedidas. Enquanto crianças com autoestima elevada tendem a atribuir o fracasso à necessidade de aumentar o esforço ou a fatores externos. Elas insistem, tentam novas estratégias de forma a ter êxito naquilo que estavam falhando (ERDLEY, CAIN, LOOMIS, DUMAS-HINES & DWECK apud PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

Rey, citado por Feldmann e outros (2009) traz a importância da família e da escola na vida da criança, ela passa a maior parte de sua infância e adolescência na escola, esta tem papel importante no desenvolvimento de uma personalidade sadia, como o desenvolvimento da maneira como enfrentar conflitos, da capacidade para tomada de decisões e da autovalorização.

Bayer e outros (2010) cita que Allon, em seu artigo sobre autopercepção do estigma do excesso de peso, afirma que os adolescentes com sobrepeso não se sentem aceitos e sofrem discriminações, referindo ao peso como um fator agravante na interferência em seus relacionamentos sociais e afetivos. Também cita Gomes, onde

afirma que, por falta de aceitação do seu corpo também por parte dos outros, o adolescente se sente excluído da sociedade, fazendo com que a preocupação com sua imagem aumente juntamente com a tentativa de alcançar o ideal de beleza imposto culturalmente.

A imagem corporal é importante para a auto aceitação, sendo que a maior parte das crianças que possuem baixo conceito de si geralmente não gosta de sua aparência, ou como imagina ser (COLACITI, 2006).

“As crianças manifestam sua baixa autoestima de muitas maneiras diferentes. Elas podem nem estar conscientes de que não se sentem muito bem em relação a si mesmas, embora saibam que algo está errado” (Colaciti, 2006, p. 3) A baixa autoestima pode ser expressa pela necessidade de vencer, de querer comer demais, do sentimento de incapacidade de fazer escolhas e tomar decisões, entre outras formas de expressão (COLACITI, 2006).

A família é o ponto de apoio para as questões psicológicas, onde as crianças buscam conforto, carinho, amor, aceitação e valorização. Aspectos que não se encontram na escola, onde são submetidas a exclusão e humilhações, como piadas de gordo (FELDMANN et al., 2009).

Faria e Silva, citados por Faria (2005) relacionam autoconceito com atividade física, onde o desafio, o relaxamento, a cooperação, a receptividade social e a construção que compreendem a atividade física, contribuem para o crescimento do bem estar físico e psicológico, aprofundando seu autoconhecimento e suas possibilidades por meio da experimentação de sucessos e fracassos.

Vaz e colaboradores (2010) afirmam que a inatividade física pode afetar psicologicamente a criança ou adolescente obeso, pois percebem o seu peso corporal de modo mais intenso, uma vez que se cansam mais rápido e alguns de seus movimentos são mais difíceis de serem executados.

Desde cedo, a criança internaliza que o excesso de peso é algo indesejável, tendo o seu corpo como motivo de vergonha, e produzindo nela um sentimento de inferioridade em relação às outras crianças. Enquanto a sociedade tende a reagir de modo negativo aos indivíduos que não conseguem seguir os padrões de imagem corporal ideal, provando neste sofrimento tanto no nível social como psicológico. O

que pode tornar a obesidade uma condição de estigmatização e exclusão social (VAZ et al., 2010).

Belsky (2010) afirma que enquanto a autoestima das crianças pode variar, alguns sentimentos de inferioridade são inevitáveis no ensino fundamental e por toda a vida.

“De facto, a evidência empírica tem revelado as dificuldades que as crianças obesas têm em se sentirem em igualdade de condições para competir com crianças do seu meio” (CAMPOS et al., 1996 apud SIMÕES; MENESES, 2007, p.250).

2.5 TRATAMENTO CONTRA OBESIDADE

O tratamento para obesidade pode ser um grande desafio. Quaioti e Almeida (2006), citando o estudo de Quaioti (2002), apresentam que mesmo as crianças tendo conhecimento sobre o que são alimentos saudáveis e quais os alimentos que os pais indicariam, eles ainda iriam escolher os alimentos ricos em açúcar, gordura e sal. Mostrando de forma clara que há necessidades de alterações no ambiente social. Mudanças promovidas sobre a preferência alimentar pode impactar de modo significativo a mudança de atitude.

Carvalho e outros (2005) assinalam que os procedimentos realizados por equipes multiprofissionais são considerados mais eficientes para lidar com a obesidade. Sendo assim, a compreensão sobre os múltiplos aspectos relacionados com a obesidade é fundamental.

Problemas comportamentais são encontrados mais frequentemente em crianças obesas, necessitando da adição do atendimento psicológico junto à equipe multidisciplinar com o objetivo de diminuir os seus problemas internalizados e orientar os pais quanto a estratégias adequadas para lidarem com os filhos (LUIZ; GORAYEB; JUNIOR, 2010).

O trabalho psicológico no tratamento da obesidade visa “ampliar a percepção do paciente em relação ao seu corpo, à sua autoestima, as suas relações interpessoais e aos fatores emocionais e comportamentais presentes no processo de tratamento” (BAYER et al., 2010, p. 870). Também pode ser trabalhado o fornecimento de

informações sobre a doença e formas de cuidado e alternativas para uma melhora na sua e na qualidade de vida (BAYER et al., 2010).

Quando se atende uma criança em psicoterapia, tem-se a oportunidade de devolver-lhe o seu “eu”, pois num certo sentido um autoconceito pobre é a perda do senso de si mesmo. Tem-se a oportunidade de ajudá-la na busca pelo controle com o seu próprio potencial, de ajudá-la a sentir-se em casa no mundo. Pode-se ajudar a criança a abandonar suas mensagens negativas e reformular as positivas. Ao recuperar seu senso de eu, a criança pode, então, lançar-se totalmente no processo de explorar e descobrir todas as coisas de seu mundo (COLACITI, 2006).

No processo psicoterápico infantil voltado para um aumento de autoconceito se utiliza de atividades que desenvolvam desenhos de autorretrato, observação e conversação com a imagem no espelho, utilização de fotografias (tanto na época de bebê quanto fotos mais recentes) e desenho do contorno do corpo em uma folha grande de papel (COLACITI, 2006).

Rossi, Moreira e Rauen (2008) apresentam uma pesquisa feita por O’Dea onde ele avaliou as vantagens da alimentação saudável. As vantagens citadas foram os benefícios psicológicos (aumento da autoestima), sensações físicas agradáveis e melhora no desempenho físico. Apesar das vantagens, a escolha da alimentação saudável é impedida pelo acesso conveniente aos alimentos não saudáveis, o controle parental sobre os alimentos inadequados disponíveis na casa e as preferências e impulsos alimentares no controle emocional.

Estes autores também listaram algumas estratégias para lidar com as barreiras anteriormente citadas. Sendo elas o apoio parental, o planejamento (levar lanches saudáveis para a escola), estratégias cognitivas (lembrar dos inconvenientes da comida não saudável) e estratégias educacionais (publicidade e campanhas informativas).

Belsky (2010) sugere aos pais que evitem monitorar o consumo de alimento do filho, pois a consequência deste hábito pode ter efeito contrária ao esperado, onde a criança pode consumir os alimentos de forma mais rápida, comendo mais alimentos em menos tempo, e com isso ingerindo mais calorias.

A criança deve ter uma vida pouco sedentária, devendo participar de atividades desportivas escolares e extraescolares, esportes coletivos ou individuais. Ela também deve ser conscientizada que o excesso de peso só poderá ser revertido se houver mudança no seu estilo de vida e de toda a sua família. Porém, o trabalho não

se limita apenas a cuidar da mudança de hábitos alimentares, já que inclui a vida das pessoas, os seus vínculos afetivos familiares e sociais. Todo o processo de intervenção deve ter em conta sempre a saúde e bem estar físico e psicológico da criança (VAZ et al., 2010). Uma criança que não possui repertório de frustração terá dificuldades de lidar com as adversidades que lhe aparecem, podendo compensar esses sentimentos aversivos com a ingestão compulsiva de alimentos.

Colaciti (2006) afirma que crianças filhas de pais carinhosos e atentos possuem, geralmente, uma autoestima melhor do que os filhos de pais pouco afetivos e desinteressados. Pode-se também observar uma relação entre falas depreciativas que os jovens fazem de si e a falta de comportamentos afetivos demonstrados por seus pais.

Gonzáles Rey, citado por Feldmann e outros (2009) afirma que o sentido qualitativo para o indivíduo caracteriza o ser saudável e não é o tipo de atividade. Quanto mais o indivíduo ocupa o seu tempo com atividades sadias variadas, mais ele praticará sua autodeterminação e suas aptidões desenvolvidas nas atividades, de forma a reforçar um comportamento saudável.

Mello, Luft e Meyer (2004) salientam a necessidade de uma orientação dietética que determine a perda de peso de modo controlada, com crescimento e desenvolvimento adequado, além preservação de um consumo adequado de nutrientes de acordo com a idade e sexo da criança. Além disso, deve-se reduzir o apetite e preservar os hábitos alimentares adequados e modificar os inadequados. Para que não comprometam seu desenvolvimento, crianças menores devem manter o peso ou ganhar pouco peso.

“A criança precisa sentir-se amada, respeitada e valorizada” (FELDMAN et al., 2009, p. 228). A falta desses aspectos frequentemente começa dentro da família, não apenas na escola ou no ambiente social. Acredita-se que quando uma criança cresce com um bom apoio nos aspectos físicos, psíquicos e sociais, ela consegue lidar melhor com as adversidades da vida (FELDMAN et al., 2009).

Outro fator de preocupação dos profissionais de saúde é a adesão a propostas de tratamento. Segundo Denzer, Reithofer, Wabitsch e Widhalm (2004), a adesão a propostas de manejo da obesidade infantil é baixa, e constitui uma das grandes dificuldades para o tratamento. O estudo de Mello, Luft e Meyer (2004) concluiu que 50% dos adolescentes já haviam realizado dieta para emagrecer em algum momento de suas vidas, e ressalta o frequente insucesso obtido nas tentativas de redução da

obesidade. A realização de dietas prévias a um tratamento foi recentemente apontada como fator preditivo de baixa adesão, acrescentando-se que o ambiente familiar é um fator importante no manejo da obesidade infantil. No presente estudo, foi verificado que 71,1% das crianças e adolescentes tinham a obesidade presente na família (BAYER e outros, 2010, p. 872).

As pesquisas mostram que o tratamento da obesidade infantil é algo difícil e muito delicado, pois muitas vezes a criança não entende o que está acontecendo. Além disso, o tratamento inclui uma participação familiar direta, já que a criança segue os hábitos (tanto alimentares quanto ao sedentarismo) dos familiares. Com isso, os autores defendem que há uma necessidade de uma campanha maior quanto à prevenção da obesidade.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A Pesquisa é descritiva e qualitativa a qual permite o uso reduzido de amostra, propiciando uma coleta de dados mais detalhada (GIL, 2008).

Foi utilizada a análise de estudo de caso, definido pelo estudo significativo de um ou poucos objetos (como é o caso deste estudo). O estudo de caso comumente está relacionado a utilização de pesquisa qualitativa (GIL, 2008).

3.2 PARTICIPANTES

Participaram deste estudo três crianças, de idade entre nove e dez anos, em tratamento da obesidade e suas mães. As três crianças já possuíam o diagnóstico de obesidade, sendo que as crianças 1 e 2 receberam o diagnóstico por volta dos seis anos de idade, enquanto a criança 3 desde muito nova já se encontrava com o peso excessivo.

Sendo que, quando convidadas para participar da pesquisa, a criança 1 estava em tratamento com uma endocrinologista, que havia lhe prescrito uma dieta e atividade física com corda, a criança 2 estava em tratamento com a pediatra e realizando atividades físicas, enquanto a criança 3 praticava atividade física.

O tratamento básico para a obesidade infantil, como sugerem as pesquisas, é constituído principalmente pela inclusão de atividades físicas no cotidiano da criança e de acompanhamento nutricional de modo a melhorar os hábitos alimentares.

“Para o tratamento da obesidade infantil, faz-se necessário a presença de equipe multiprofissional, que consiste de médico, nutricionista, psicólogo, e o educador físico” (SOARES; PETROSKI, 2003, p.72). Estes autores afirmam que as orientações gerais para o tratamento da obesidade são reeducação alimentar que mantenha o crescimento adequado da criança, diminuição do tempo de inatividade, estimulando a prática de exercícios físicos.

3.3 INSTRUMENTOS

Foram aplicadas duas entrevistas semiestruturadas, sendo uma entrevista com a criança (APÊNDICE A) e uma entrevista com o familiar desta (APÊNDICE B), o teste HTP (House – Tree – Person) e a ETPC (Escala de Traços de Personalidade para Crianças).

“A entrevista é o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional” (MARCONI; LAKATOS, 2011, p. 80).

A entrevista com a criança foi centrada em questões sobre o conhecimento desta sobre a obesidade, em como ela enxerga o próprio corpo e como se sente em relação a esta imagem corporal. No teste HTP (House – Tree - Person), a criança é orientada a desenhar uma casa, uma árvore e uma pessoa e a responder um questionário sobre os desenhos.

“Por mais de 50 anos, os clínicos têm usado a técnica projetiva de desenho da Casa-Árvore-Pessoa [...] para obter informação sobre como uma pessoa experiencia sua individualidade em relação aos outros e ao ambiente do lar” (BUCK, 2003, p.1).

Conforme a Resolução nº 02/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos no Brasil, o HTP é o único teste gráfico projetivo para uso no contexto profissional da avaliação psicológica. Este instrumento foi aprovado pelo Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (SATEPSI), em janeiro de 2004 (CFP, 2009) (BORSA, 2010).

O HTP é dividido em três desenhos, o da casa, da árvore e da pessoa. Buck (2003) descreve a função dos três:

O desenho da casa “parece estimular uma mistura de associações conscientes e inconscientes referentes ao lar e às relações interpessoais íntimas” (BUCK, 2003, p. 42), nele é possível analisar a capacidade do sujeito de agir sobre estresse nos relacionamentos íntimos, além de analisar criticamente os problemas criados no ambiente familiar.

O desenho da árvore estimula “[...] menos associações conscientes e mais subconscientes e inconscientes do que os outros dois desenhos [...]” (BUCK, 2003, p. 49). A qualidade desse desenho exprime a capacidade do sujeito avaliar as suas relações com o ambiente de modo crítico.

O desenho da pessoa “[...] estimula mais associações conscientes do que a casa ou a árvore, incluindo a expressão direta da imagem corporal” (BUCK, 2003, p. 57). A qualidade do desenho da pessoa retrata a inclinação do sujeito para intervir em relacionamentos

A ETPC é designada para crianças brasileiras de cinco a dez anos, sendo composta por 30 perguntas com respostas de sim ou não que visa medir quatro fatores: neuroticismo, psicoticismo, extroversão e sociabilidade (SISTO et al., 2004).

Sisto e colaboradores (2004) descrevem os quatro traços:

O traço neuroticismo, quando a classificação é acima do quartil 75%, caracteriza a criança geralmente como ansiosa, depressiva, com sentimento de culpa, baixa autoestima, tímida, melancólica, temerosa, nervosa, inquieta e com oscilações de humor e emotividade. Abaixo do quartil 25%, a criança possui a tendência a ser menos impulsiva e com facilidade para recuperar o autocontrole.

O traço psicoticismo, é retratado como uma dimensão da personalidade dita normal, porém, uma pontuação alta neste traço indica que a criança possui certa despreocupação com o outro, sendo solitária, com tendendo a ser cruel e insensível, apresentando poucos indícios de socialização e empatia. Abaixo do quartil 25%, a criança é apresentada com a tendência a ser preocupada com os outros e com sensibilidade afetiva.

No traço extroversão, quando a classificação é acima do quartil 75%, a criança é descrita como impulsiva, despreocupada, agressiva, buscando sensações, otimista, espontânea e aberta às relações interpessoais. Quando abaixo do quartil de 25%, ela é descrita como tranquila, retraída e introspectiva.

A criança, no traço de sociabilidade, tem a tendência a se comportar dentro das regras sociais, quando a classificação é acima do quartil 75%, enquanto quando abaixo do quartil 25%, sugere-se observação das condutas, pois podem estar relacionadas a atitudes antisociais.

Estudos científicos comprovaram que o ETPC é bastante confiável na avaliação da personalidade de crianças, sendo o manual acessível para os profissionais com um mínimo de conhecimento na área (AMBIEL, 2005).

3.4 PROCEDIMENTOS

Através de indicações, as crianças em tratamento foram identificadas, sendo feito o contato com os responsáveis por telefone momento em que foram explicados os objetivos da pesquisa. A partir disso, foi agendado, conforme disponibilidade dos responsáveis, o momento para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE C), e para realização das entrevistas e as aplicações dos testes.

Os responsáveis escolheram o local, a data e os horários da coleta de dados, sendo que a coleta dos dados da criança 1 foi realizada na casa de um parente desta, da criança 2 foi realizada na clínica CIASC (Clínica Integrada de Atenção a Saúde da Católica) e a criança 3 no local de trabalho de sua responsável.

Para a coleta de dados foi necessário se reunir com o participante e seu responsável em dois dias, sendo no primeiro dia aplicado o teste HTP e no segundo dia a criança respondeu ao ETPC, posteriormente foram realizadas as entrevistas com esta e com o seu familiar. O teste, a escala e as entrevistas foram aplicadas de modo individual, em um ambiente silencioso.

Primeiramente foi aplicado o teste HTP, em que a criança foi orientada a desenhar em três folhas brancas separadas uma casa, uma árvore e uma pessoa (caso a criança desenhasse uma pessoa do sexo oposto, posteriormente foi lhe pedido para que desenhasse uma pessoa do mesmo sexo que ela). A análise do teste traz informações sobre autoconceito, a relação do indivíduo com o ambiente (relações interpessoais) e no lar (relações mais íntimas).

Após a execução dos três desenhos, foi respondido um inquérito com perguntas relacionadas às associações da criança sobre os aspectos de seus desenhos.

A primeira entrevista (APÊNDICE A) foi realizada com a criança, questionando sobre o seu conhecimento acerca da obesidade, a sua visão sobre o próprio corpo e quais os sentimentos sobre sua imagem corporal. A criança também foi submetida à ETPC (Escala de Traços de Personalidade para Crianças), onde leu 30 perguntas e as respondeu com sim ou não.

A segunda entrevista (APÊNDICE B), realizada com o familiar da criança, trouxe questionamentos sobre o comportamento desta, além de seu conhecimento sobre a obesidade e o histórico familiar.

3.5 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE

Os resultados obtidos no teste HTP e o ETPC foram analisados de acordo com seus respectivos manuais. As entrevistas foram analisadas de acordo com a linha da Psicologia do Desenvolvimento. Utilizou-se da análise de conteúdo, utilizando-se a análise por categorias temáticas.

A análise de conteúdo [...] é um método empírico, dependente do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Não existe coisa pronta em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, por vezes dificilmente transponíveis. A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos tem de ser reinventada a cada momento [...] (BARDIN, 2011, P. 36).

Bardin (2011), afirma que o campo de aplicação deste tipo de análise é bastante vasto, de modo que qualquer comunicação, excluindo-se o que não é propriamente linguístico, poderia ser interpretada pelas técnicas de análise de conteúdo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes desta pesquisa foram informados da relevância desta e dos procedimentos. Assegurou-se a preservação da identidade e de seus dados pessoais.

Os participantes possuíram a liberdade para, em qualquer momento, abandonar a pesquisa. Todas as informações de cunho ético e explicações sobre a pesquisa foram apresentadas através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), o qual os responsáveis dos participantes assinaram.

Após a análise e interpretação do teste (HTP) e da escala (ETPC) foi desenvolvido e entregue um laudo com os resultados das análises.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Para calcular o IMC de uma criança, os profissionais de saúde fazem uso da medida IMC para a idade, onde se calcula o IMC da criança e o compara com os de outras crianças de sua idade. São usados modelos diferentes para os sexos feminino e masculino, pois seus IMCs não aumentam na mesma proporção (BEE; BOYD, 2011).

Apesar dos participantes já possuírem o diagnóstico de obesidade, foi realizado o cálculo do IMC para localizar onde cada criança se situava nos gráficos da curva de IMC da WHO (2007).

O cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) é realizado através da divisão do peso da criança em quilogramas pela altura ao quadrado em metros.¹ A criança 1 tem nove anos, pesa 66 kg e mede 1,55, fazendo o cálculo, ele apresenta um IMC de 27,47. A criança 2 tem nove anos, pesa 62 kg e mede 1,53, fazendo o cálculo, ela apresenta um IMC de 26,48. A criança 3 tem dez anos, pesa 112 kg e mede 1,60, fazendo o cálculo, ela apresenta um IMC de 43,75.

De acordo com os gráficos das curvas de IMC por idade e sexo da WHO (2007) apresentados nas figuras 1 e 2, a criança 1 apresenta IMC acima da curva de obesidade grave, enquanto a criança 2 está na faixa de obesidade. O IMC da criança 3 ultrapassa a linha máxima estando muito acima da curva de obesidade grave, para esta faixa etária.

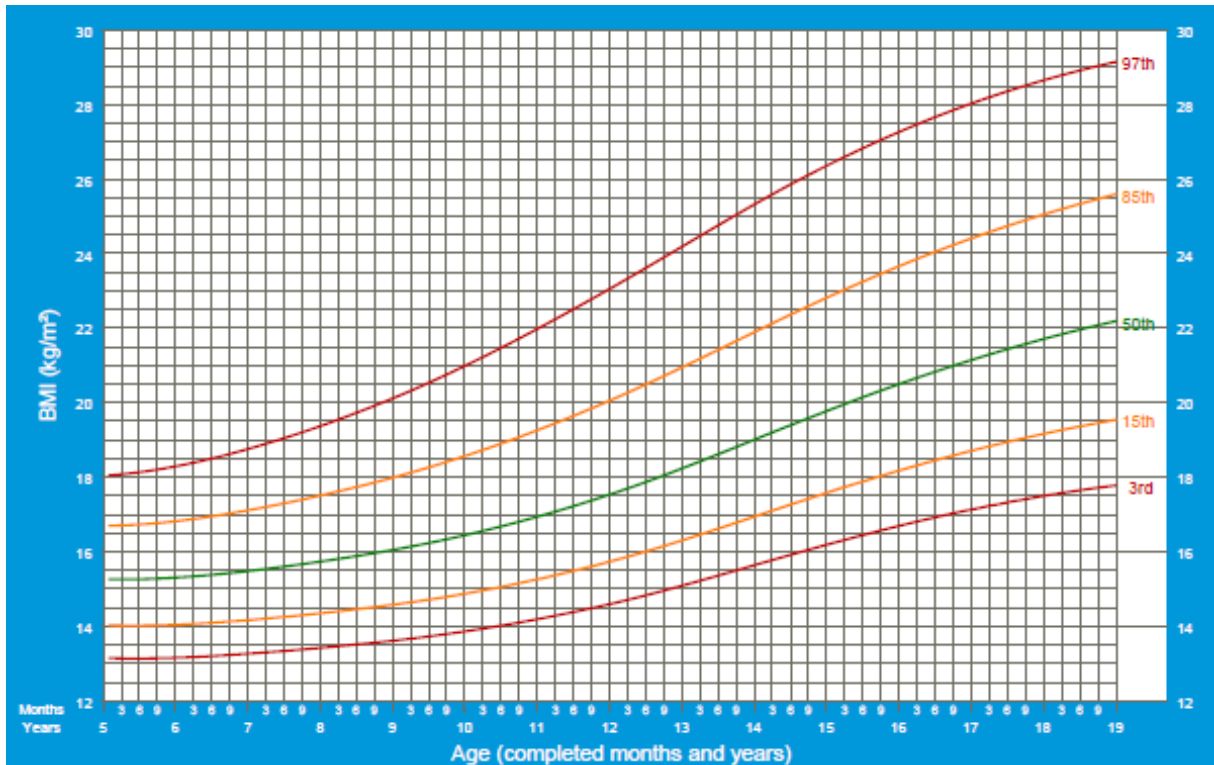
Segundo Nahas (apud RODRIGUES, 2011), o IMC é importante, pois ele possui relação com a taxa de mortalidade, ou seja, quanto maior o IMC, maior o risco de manifestarem-se doenças que podem conduzir à morte.

Hernandes e Valentini (2010), afirmam que patologias anteriormente diagnosticadas apenas na população adulta, têm aparecido em idades mais precoces. A obesidade aumenta o risco de hipertensão, doenças pulmonares, afeta o funcionamento

¹ Fazendo o cálculo $IMC = p(kg)/h^2(m)$

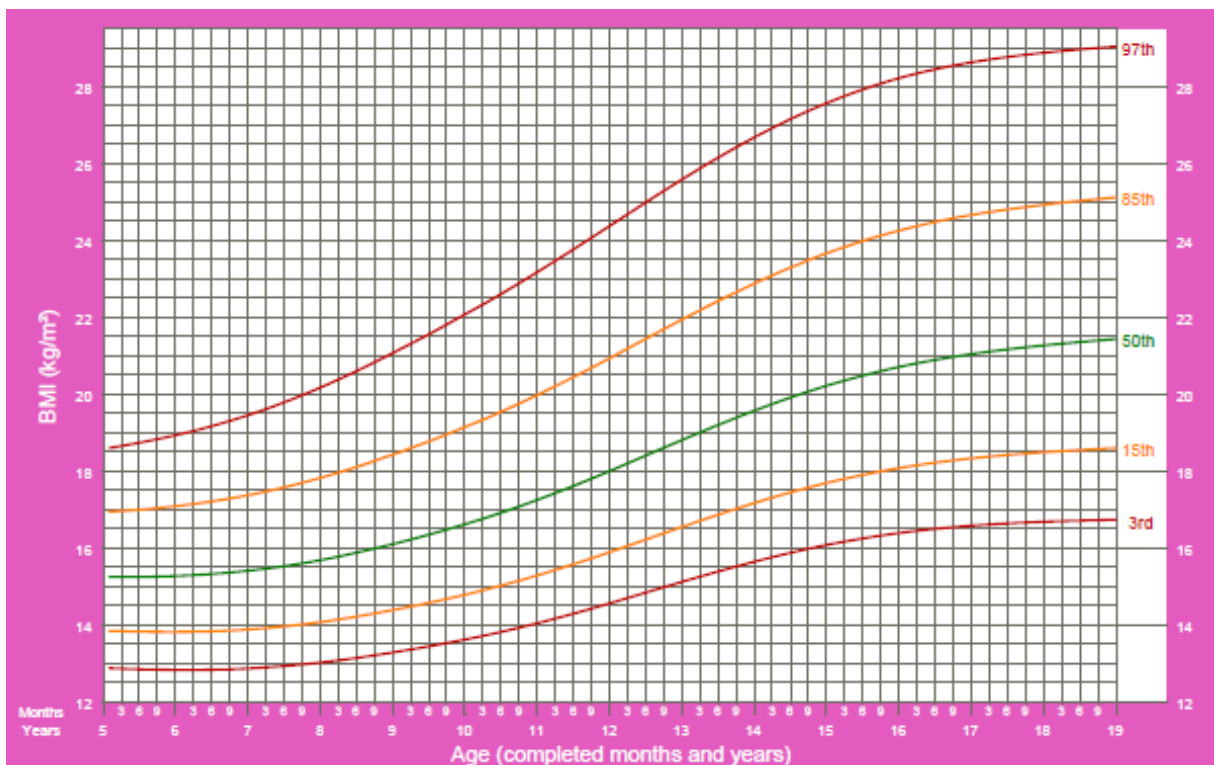
cardíaco, artrite, entre outros problemas de saúde que podem afetar a qualidade de vida do sujeito.

Figura 1 - Gráfico IMC (BMI) por idade para o sexo masculino



Fonte: WHO (2007)

Figura 2 - Gráfico IMC (BMI) por idade para o sexo feminino



Fonte: WHO (2007)

“A obesidade atualmente é tão prejudicial à saúde que chega ser comparada ao tabagismo, lipídios elevados no sangue e hipertensão quanto ao risco coronariano” (SIMÃO apud HERNANDES; VALENTINI, 2010, p. 57).

As três crianças se encontram no diagnóstico de obesidade, estando vulneráveis a enfrentar problemas de saúde. A mãe da criança 1 cita alguns incômodos sentidos pela criança, que ela relaciona ao peso excessivo: “Eu percebi o seguinte, que ele não consegue, por exemplo, assim, fazer uma atividade física. Quando ele faz ele fica com muita falta de ar, ele sente dores no tornozelo, nas costas, nessa parte física que eu senti mais dificuldade.” Esses problemas respiratórios e ortopédicos são citados por Soares e Petroski (2003), juntamente com problemas de crescimento, cardiovasculares, metabólicos e dermatológicos.

A mãe 2 afirma que a filha se tornou menos ativa, com diminuição de sua agilidade. Enquanto a mãe 3 não citou dificuldades físicas sofridas por sua filha.

4.2 HISTÓRICO SOBRE A DOENÇA

As mães foram questionadas sobre a percepção do início da doença nos filhos e sobre a possibilidade de ter histórico familiar de obesidade. A mãe da criança 1 afirma que apenas o pai era “mais gordinho”, enquanto na família da criança 2, a mãe e a avó apresentam obesidade. Na família paterna da criança 3 existem casos de obesidade.

“De acordo com estimativas recentes, a criança que tem os pais obesos tem 80% de chance de se tornar obesa, enquanto que a proporção diminui para 40% quando apenas o pai ou a mãe é obeso” (RAMOS; FILHO, 2003, p. 664), como é o caso das crianças 2 e 3, que possuem apenas um dos pais obesos. Eles ainda citam que em estudos que comparavam o peso de crianças adotadas com os pais adotivos e biológicos, houve comprovação de influência maior do componente genético na obesidade.

Ainda quanto a pesquisas sobre a influência genética, Bee e Boyd (2011) citam as pesquisas de Stunkard, Harris, Pedersen e McClearn (1990) e Wardle, Carnell, Haworth e Plomin (2008) com gêmeos e adoção, em que os resultados relacionaram a tendência a ganhar peso excessivo na infância como provável resultado da relação

entre uma predisposição genética para a obesidade e condições ambientais que promovem o comer excessivo e a inatividade física.

Campos e colaboradores, citados por Sigulem e outros (2001), ainda falam sobre a hipótese de crianças carregarem a herança de uma estrutura psíquica que levaria a tendência a maior gratificação oral do que outras satisfações, resultando em um consumo alimentar maior.

Todas as crianças entrevistadas na pesquisa apresentaram algum familiar com excesso de peso, podendo a sua obesidade estar relacionada ao fator genético juntamente com as influências do ambiente.

4.3 CONHECIMENTO SOBRE A OBESIDADE

Considerada um problema de saúde pública (WHO, 2012), a obesidade é um distúrbio crônico de etiologia multifatorial e correlação com outras doenças crônicas que diminuem a duração e a qualidade de vida do indivíduo [...] (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008). É definida como acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo [...]. (COUTINHO; GENTIL; TORAL apud MORAES; ALMEIDA; SOUZA, 2013, p. 554).

Quando questionadas sobre o que sabiam acerca da obesidade, nenhuma criança caracterizou a obesidade como a citação acima. Todas caracterizaram a obesidade como uma pessoa obesa ou gorda. Além disso, uma criança acrescentou afirmando que essa pessoa sofre preconceito.

“[...] a obesidade é uma coisa que, uma pessoa gordinha ela sofre de... de preconceito com as outras pessoas” (C3, 10 anos).

Ao perguntar aos familiares se as crianças entendiam o que era obesidade e como lhe foi explicada, duas mães afirmaram que os filhos não entendiam.

“[...] nós explicamos pra ele né o que é obesidade, mas eu acredito que ele não entende, porque que ele não entende: porque em nenhum momento ele procura tentar assim, diminuir, melhorar a alimentação dele” (Mãe 1)

“Ela entende mas não compreende. Ela sabe o que que é, mas ela não compreende que tem que mudar não” (Mãe 2)

As mães disseram que, apesar dos filhos não entenderem, elas explicaram o quanto a obesidade afeta a saúde e acarreta outras doenças, além das questões sociais e de relacionamento, como bullying ou preconceito.

A mãe 1 afirma ter explicado além da estética e do bullying, acrescentando os danos à saúde da criança. Ela orientou seu filho a melhorar e diminuir a alimentação, mas diz que o filho não tenta melhorar, que está sempre querendo comer mais, que o comer é um pensamento frequente da criança. Esta falta de controle adequado de impulsos aparece no desenho da pessoa do teste HTP e no ETPC. Em ambos os testes ela se apresenta como impulsiva.

A mãe 2 afirmou que explicou e também foi explicada por uma endocrinologista que a obesidade faz mal para ela e que é preciso melhorar sua saúde. Mas, por falta de compreensão, a filha não entende que é necessária uma mudança, tendo dificuldade de seguir os horários da dieta.

A mãe 3 afirmou que a filha, apesar de entender, simplesmente não consegue mudar.

“Entende, ela sabe que ela precisa, mas ela não consegue” (Mãe 3).

Ela explicou que a obesidade é uma doença e que é necessário que a criança coma menos, mas que a filha afirma que “a mente puxa”, que é ansiosa. Essa ansiedade se apresentou no desenho da casa e no desenho da pessoa no teste HTP, além de tendência a se comportar de modo impulsivo, buscando satisfação emocional, imediata e direta de suas necessidades e impulsos. Também foi possível notar essa impulsividade no resultado do ETPC, onde apresentou traço impulsivo, em busca de sensações.

Belsky (2010) salienta que a pressão muito intensa dos pais para fazer dieta pode acarretar o efeito contrário, ela cita um estudo observacional em laboratório de Laessle, Uhl e Lindel (2001) em que crianças de oito anos obesas consumiam rapidamente os alimentos, consumindo mais calorias, mas esse comportamento só era evidenciado quando suas mães estavam por perto. As crianças 1 e 3 apresentaram dificuldade no controle de impulsos, pode-se notar que as falas das respectivas mães apresentam uma responsabilização sobre a criança quanto a mudança de seus hábitos inadequados.

Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005) afirmam que grande parte dos indivíduos obesos come para resolver ou compensar problemas. Essas pessoas podem apresentar dificuldades na obtenção de prazer em suas relações sociais, por se sentirem discriminados e rejeitados, se isolando. Esses sentimentos colaboram para a visão

dos obesos sobre a comida como significativa fonte de prazer. Eles acrescentam que os obesos consomem mais alimentos em situação de estresse emocional.

Essas afirmações podem ser associadas às respostas das mães 1 e 3, onde afirmam que as crianças possuem dificuldades de controlar os seus impulsos, podendo ser analisada como uma impulsividade alimentar vinculada com questões emocionais. No desenho da pessoa no HTP da criança 1, foi possível notar a presença de sentimento de ser dominado pelo outro, podendo ser interpretado como a criança estar se sentindo pressionada pelo ambiente.

No desenho da pessoa no HTP da criança 3, foi analisada a busca por satisfação emocional, imediata e direta de suas necessidades e impulsos, isso também pode ser relacionado à fala de sua mãe que afirma que “ela fala comigo assim, que a mente puxa [...] Ai ela fala comigo que ela é ansiosa...”

A impulsividade, apesar de estar relacionada a espontaneidade e iniciativa, em excesso pode afetar a capacidade de fazer boas escolhas. Pode-se notar esse excesso em atos impensados, como nos transtornos de controle de impulso e nos transtornos alimentares (APA apud PEREIRA; CHEHTER, 2011).

Obesidade e compulsão alimentar podem ter relação causal na qual o comportamento compulsivo é o agente causador ou facilitador da obesidade, assim como a gravidade da compulsão também parece estar relacionada com o grau de obesidade (MACHADO et al., 2008, p. 185).

Questionadas sobre o que lhes vem à mente quando pensam sobre obesidade, duas crianças responderam com a palavra *gordo*. Enquanto a criança 3 respondeu que a primeira coisa que lhe vem à mente é que *estão olhando para ela*.

Stunkard e Wadden, citados por Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005), afirmam que a desvalorização de sua imagem física resulta em uma preocupação com a obesidade, proporcionando ao obeso o sentimento de insegurança resultante de sua dificuldade em ter êxito na perda de peso. Esses sentimentos são expressivos na análise do teste e da escala da criança 3.

As mães responderam de modo mais diferenciado, a mãe 1 respondeu que lhe vem à mente a ideia de uma criança que come demais, que só pensa em comida. Enquanto a mãe 2 apresentou as palavras: constrangimento, tristeza e reclusão. A mãe 3 disse pensar que é uma doença.

A dificuldade da família e dos amigos em entenderem os aspectos da obesidade, fazem com que a criança se sinta isolada e sem confiança (STUNKARD; WADDEN apud BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005). Observa-se nas falas das mães, uma falta de entendimento quanto à obesidade, a mãe 1 caracteriza a obesidade como resultante apenas do comportamento alimentar inadequado, sendo que a causa da obesidade é complexa, compreendendo diversas etiologias, onde “Fatores genéticos, culturais, econômicos, emocionais e comportamentais atuam em diferentes combinações nos indivíduos obesos” (BROWNELL; O’NEIL apud LUIZ et al., 2005, p. 36).

A mãe 2 cita algumas palavras relacionadas às consequências psicológicas da obesidade no indivíduo, como os participantes da pesquisa de Oliveira (2013) afirmam, a obesidade não é apenas uma questão de doença e massa corporal excessiva, mas também é uma questão de sofrimento. Juntam-se sentimentos de frustração, diminuição, impotência ou incapacidade, resultando em vulnerabilidade e fragilidade do sujeito.

Oliveira (2013) cita Carvalho e Martins, onde observa duas definições de obesidade na esfera social: a primeira definição seria o estado que se afasta do padrão culturalmente aceito, onde o corpo gordo contrapõe o corpo magro e/ou musculoso, que é visto como padrão de normalidade da cultura. A segunda definição seria o estado de patologia, definida como doença, dado que apresenta sinais de enfermidade, relação com comorbidade e interferência negativa na qualidade de vida do sujeito. A resposta da mãe 3 está diretamente relacionada a essa segunda definição.

Nota-se nas respostas das crianças sobre o que é a obesidade, elas relatam características físicas, não citando os outros aspectos da doença. Nas análises dos resultados dos testes e das entrevistas, pode-se observar que há um impacto maior sobre a criança em relação a como o ambiente a percebe do que com relação aos problemas de saúde que a obesidade pode acarretar. “Para as crianças, uma imagem corporal recriminada fere muito a autoestima, mais do que se tivessem um problema que atingisse a saúde” (FELDMANN et al., 2009, p.231).

4.4 AUTOIMAGEM, AUTOCONCEITO E AUTOESTIMA

Neste tema, foi abordada a forma como as crianças se descrevem. A imagem de sua identidade manifesta-se após o primeiro ano da criança, durante o desenvolvimento de sua autoconsciência. O autoconceito vai se tornando mais nítido e mais discriminado conforme a pessoa adquire capacidades cognitivas e lida com tarefas de desenvolvimento da infância, adolescência e idade adulta (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

As três crianças responderam que se acham mais ou menos obesas, duas responderam que isso as incomoda enquanto a criança 2 disse incomodar apenas quando outras pessoas a xingam.

As crianças entrevistadas demonstraram possuir certo conhecimento sobre obesidade, mas quando questionadas, nenhuma afirmou que era realmente obesa. Isso pode ser interpretado pela dificuldade das crianças em aceitarem e assumirem essa imagem não aceita pela sociedade. Essa dificuldade de se aceitar pode ser analisada no desenho da pessoa do teste HTP da criança 1, onde é observada forte evitação de estímulos desagradáveis.

Bandeira (2009) afirma que como a pessoa enxerga a si mesma é fortemente influenciada pelo como a sociedade a vê. Essa influência é observada na resposta da criança 2, que assume que o modo como ela sente em relação ao seu corpo se abala quando ela é discriminada. Segundo Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005), o preconceito e a rejeição social podem proporcionar sofrimento psíquico por parte do sujeito obeso.

Esse sentimento de hostilidade em relação ao ambiente, de insegurança é expresso no desenho da casa no teste HTP. Também pode ser observado no ETPC, onde apresentou traços de timidez, nervosismo e baixa autoestima.

Wilhelm, Lima e Schirmer (2007) citam Bastos (2005), que afirma que a criança não nasce com a autoestima, mas que ela irá surgir e se desenvolver durante a vida e nas relações estabelecidas com outras pessoas. A autoestima é desenvolvida a partir de olhares significativos que as crianças recebem desde os primeiros anos no contexto social e do modo como a criança entende as coisas que estão a sua volta.

“[...] as principais consequências psicológicas da obesidade são a baixa autoestima, fraca interação social, depressão e perturbações do controlo de impulsos” (BRITZ et al., 2000 apud GOÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012, p. 3). O traço de depressão e baixa autoestima aparecem na análise do ETPC das três crianças, no fator de neuroticismo. Enquanto a dificuldade no controle de impulsos e a fraca interação social apareceram nos resultados da análise do teste HTP nas crianças 1 e 3.

A autoestima baixa de uma criança aumenta a probabilidade desta sofrer de depressão, tanto na infância quanto na adolescência, especialmente quando ela apresenta altos níveis de neuroticismo (HARTER, 1987; RENOUF; HARTER, 1990 apud BEE; BOYD, 2011).

“Os primeiros meios sociais que a criança tem acesso são as instituições família e a escola e nestes contextos que começará a ter e trocar as suas primeiras experiências positivas ou negativas” (BASTOS, 2005, apud WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007, p.146). As crianças analisadas apresentaram traço de baixa autoestima, que pode estar relacionado ao preconceito que elas sofrem em seu ambiente social, juntamente com o olhar estigmatizados de seus familiares, que os responsabilizam por sua condição e pela dificuldade em obter sucesso em seu tratamento.

Belsky (2010) afirma que enquanto uma criança de três anos se descreve como se vivesse em uma bolha, a criança mais velha consegue listar as suas qualidades e dificuldades em vários aspectos da vida, onde focaliza a sua posição ao se comparar com seus semelhantes. “Assim, Harter acredita que, durante as operações concretas, as crianças começam a avaliar suas capacidades de maneira realista e decidir se gostam ou não da pessoa que são” (BELSKY, 2010, p. 203).

Quando questionados se se achavam bonitos, os três responderam que sim e apresentaram diferentes justificativas. A primeira criança disse que se sentia bonito porque o seu rosto era bonito, a segunda afirmou que Deus a fez assim, enquanto a terceira disse gostar de seu corpo.

Perguntou-se o que as crianças mais gostavam e menos gostavam nelas, duas responderam as mesmas coisas, gostam do rosto, mas não da barriga. A outra criança disse gostar de seus olhos e não soube dizer algo que não gostava nela. Sobre o que eles viam quando se olhavam no espelho, a primeira respondeu que de

cima se vê bonita e de baixo uma pouco gorda, a segunda respondeu que se vê linda e a terceira disse que se vê gordinha, obesa.

A criança 3 afirma se ver obesa, mas quando perguntada diretamente, responde que se acha mais ou menos. Isso pode ser interpretado como o fato de a criança saber que ela é obesa, mas não querer assumir diretamente a sua condição, pois esta é ligada a sentimentos de inadequação em um ambiente hostil.

No desenho da casa do teste HTP foi observada uma interação com o ambiente conscientemente controlada, que pode estar relacionada a esse comportamento de controlar as suas respostas de acordo com a provável resposta do ambiente. Também pode estar relacionada a esses sentimentos de hostilidade em relação ao ambiente, juntamente com os sentimentos de inferioridade e inadequação demonstrados na análise do teste.

Carvalho e outros (2005) verificaram, em sua pesquisa, que as crianças obesas analisadas não apresentavam um conceito de seus corpos totalmente negativo, apesar de se incomodarem com a aparência, elas concordavam com afirmações positivas sobre características como ser bonito, ter o rosto agradável e olhos bonitos. Essas afirmações podem ser observadas nas falas das crianças entrevistadas.

Muller (2001) relata que alguns autores discutem sobre o fato de nem todos os indivíduos obesos carregarem sentimentos negativos sobre seus corpos. Esses sentimentos são mais comuns em pessoas com a obesidade iniciada na infância, época em que a autoimagem e a autoestima se formam e desenvolvem. Esse desenvolvimento fica prejudicado quando há censura e desvalorização contínua sobre pessoas acima do peso. Quando a criança obesa se torna adolescente, o estigma da obesidade já impactou negativamente sua autoimagem, além de influenciar em um comportamento mais passivo e isolamento social, reforçados pela pouca aceitação do ambiente social.

Faria (2005) afirma que o domínio físico, um dos que mais contribui para a definição do autoconceito, destacando-se a questão de aparência física, tem papel fundamental, desde a infância, no ajustamento psicossocial do sujeito, uma vez que as crianças recebem desde cedo reações diretas e indiretas sobre a sua atratividade física, seu peso e da forma como se apresentam.

Na interpretação do teste HTP, foi possível notar que as três crianças participantes demonstraram sentimento de inadequação, que pode ser relacionado com a pouca aceitação por parte do ambiente social.

Através das análises dos testes e das respostas dadas pelos participantes na entrevista, foi possível notar que o modo como as crianças se sentem em relação a elas, é fortemente influenciado pelo meio social. Também foi possível perceber, não apenas nas análises, mas também na revisão de literatura, que este meio é carregado de discriminação e preconceito.

Apesar dessa influência do meio ser forte, as respostas negativas do ambiente sobre a criança não resultaram em uma autoimagem completamente negativa, visto que todas as crianças responderam se achar bonitas e souberam apontar algo que gostassem em sua aparência. Destaca-se a criança 2, que não soube dizer o que não achava bonito nela.

4.5 ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO DA OBESIDADE

Cordas e Ascencio (2006, p. 47), afirmam que “Desde tempos hipocráticos, a dieta alimentar e o emprego de atividade física são os principais componentes do tratamento da obesidade”.

Quando contatadas, a criança 1 estava em tratamento com uma endocrinologista, que lhe prescreveu dieta e exercícios com corda, a criança 2 realizava atividade física e a criança 3 praticava esporte. No período da análise de dados, pôde-se observar algumas mudanças no tratamento, a criança 1 já não realizava mais nenhum tratamento, a criança 2 havia iniciado uma dieta juntamente com sua família, enquanto a criança 3 permaneceu praticando esporte.

Quando questionadas sobre quais os métodos utilizados para perda de peso, observou-se nas respostas das três mães uma carga de responsabilidade imposta sobre a criança. Rodrigues e Boog (2006) salientam que o papel da família nas mudanças alimentares para o tratamento da obesidade é essencial, porém, muitas vezes, a família sobrecarrega na criança o dever de mudar os hábitos e ignora a sua parte da responsabilidade.

A criança 1 afirmou não estar fazendo nada para combater a obesidade, sua mãe acrescentou dizendo que já tentou fazer a dieta, que a endocrinologista havia passado juntamente com o exercício, mas diz que consegue iniciar, mas não mantém.

“[...] é aquela coisa, você consegue iniciar mas não consegue estabilizar, não consegue continuar com ele”.

A criança 2 disse jogar bola de vez em quando, entre outras coisas. A mãe diz que já tentou levar a filha para caminhadas, mas sem sucesso. Também afirmou que iniciaram uma dieta, a família toda, porém diz que o problema da filha são os horários, ela não gosta da ideia de ficar três horas sem comer, ficando desesperada e ansiosa. Essa ansiedade pode ser vista no desenho da árvore no teste HTP e no ETPC pode-se também notar ansiedade, emotividade e inquietação.

A criança 3 afirmou fazer academia e jogar vôlei, a mãe acrescenta dizendo que “luta” com a alimentação todos os dias. Destaca-se também, uma ênfase maior na atividade física do que na alteração da alimentação, uma vez que as mães afirmam que as crianças não conseguem seguir o plano alimentar. Quanto a isso, Camargo e outros (2013) afirmam que o papel da família no sucesso do tratamento da obesidade das crianças tem sido discutido, eles ainda salientam um dado levantado por Zehle e colaboradores (2007) onde apesar das mães estarem bem informadas quanto à alimentação saudável, sobre prevenção a obesidade elas apresentam conhecimento pobre, resultando em comportamentos possivelmente errados sobre nutrição e atividade física.

Moraes, Almeida e Souza (2013) afirmam que a abordagem nutricional isolada pode ser insuficiente para efetivar as mudanças necessárias para o tratamento da obesidade, ou seja, para uma mudança efetiva há a necessidade de se relacionar a prática de exercício físico com a alimentação balanceada, o que não se é observado nas crianças estudadas.

Camargo e Colaboradores (2013) citam pesquisas de Jahnke e Warschburger (2008) e Novaes, Franceschini e Priore (2008) onde afirmam que a obesidade de familiares é fator de risco para a obesidade infantil. Sendo fundamental que os pais diminuam o seu peso, principalmente as mães. É necessária a conscientização de que as práticas alimentares indevidas da família também contribuem para a

obesidade. A redução do peso dos pais, a melhora do comportamento e da prática alimentar familiar, resultam em uma melhora na alimentação da criança.

Friedrich, Schuch e Wagner (2012) afirmam que as crianças são influenciadas pelos hábitos de seus familiares, fazendo com que programas de intervenção que incluem a participação familiar apresentam melhores resultados.

Dessa forma, diante das falas das mães e das crianças observa-se uma falta de conhecimento sobre a obesidade, suas causas, consequências e formas de tratamento. É imposta sobre a criança total responsabilidade sobre todos os aspectos da doença, fazendo com que ela não tenha o suporte necessário para realizar um tratamento efetivo. Além disso, essa responsabilização também acarreta sentimentos de culpa, onde a criança se sente responsável por seu peso e incapaz de perdê-lo.

O tratamento para o problema de obesidade não é simples e deve envolver o comprometimento de toda a família, além da necessidade desta ser avaliada e entrar para o tratamento, não apenas no caso de familiares obesos, mas também em familiares que possuem hábitos inadequados, pois é necessária uma mudança de hábito alimentar já que a criança utiliza os hábitos dos familiares como molde. Também é de extrema importância a estimulação da família para atividades menos sedentárias. “As mudanças mais efetivas são aquelas nas quais os pais são ajudados a mudar seus próprios comportamentos bem como os dos seus filhos” (KITZMAN et al., 2010 apud PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 322).

4.6 MUDANÇA DO COMPORTAMENTO E INTERAÇÃO

Neste tópico, é questionada a influência da obesidade no comportamento das crianças. A mãe 1 afirma que seu filho interage bem com as outras crianças, inclusive sendo elogiado pelas professoras. Mas afirmou que ele pode ser bem mandão, teimoso, não aceitando quando não lhe é feita a sua vontade. Ela ainda acrescentou que quando diz que ele não pode comer algo, ele diz que prefere morrer a não comer aquilo, afirma que ele vê a comida em primeiro lugar em sua vida.

Quanto à mudança de comportamento, após o diagnóstico de obesidade grave, a mãe percebeu as dificuldades físicas do filho, como falta de ar e dores nas costas. Mas em termos psicológicos, ele se sente uma criança feliz, “ele não vê que ele é gordo”. Ele não acha que ser gordo vai atrapalhá-lo de alguma forma, mas a mãe cita um exemplo de quando quis colocar o filho na natação e ele ficou com vergonha porque os outros iriam olhar o seu corpo e iriam debochar dele.

Essa contradição da criança não se ver gorda, mas tem vergonha de seu corpo, pode ser interpretada no desenho da pessoa do HTP, onde nota-se forte evitação de estímulos desagradáveis. Os sentimentos de inadequação (desenhos da casa e pessoa), insegurança e impulsividade podem ser observados tanto no teste HTP quanto no ETPC. Também se pôde observar o bom ajustamento e a falta de controle de impulsos no desenho da pessoa no HTP.

A mãe da criança 2 afirma ter percebido que a filha ficou menos ativa, diminuindo a frequência das brincadeiras, se tornando uma criança mais triste. Afirma que a filha interage bem, mas que as vezes as crianças acabam olhando ela por “ser diferente”, por estar acima do peso. Vieira e outros (2005) afirmam que essa diminuição pela busca por jogos e atividades mais físicas pode estar relacionada com a depreciação que essa criança tem sobre suas características físicas diferentes do seu grupo social.

O bom ajustamento social pode ser observado na análise do desenho da pessoa no teste HTP, enquanto no ETPC pôde se observar traços de melancolia, tristeza e depressão.

Em sua pesquisa, Luiz, Goyareb e Júnior (2010), utilizaram o Inventário de Depressão Infantil, que resultou em um índice maior de sintomas depressivos em crianças obesas do que em crianças não obesas.

Enquanto a mãe da criança 3 diz ter percebido que a filha se sente oprimida de brincar na rua com “as crianças que são magrinhas”, preferindo ficar isolada em casa, vendo televisão e comendo. Também se sente intimidade de fazer esportes, pois se acha muito gorda para jogar vôlei. A mãe afirma que a filha é uma criança comunicativa, que tem várias colegas que gostam muito dela, mas que sua filha também sofre preconceito.

Na análise nos desenhos do teste HTP, notou-se um sentimento de hostilidade em relação ao ambiente, além de sofrimento de inferioridade, insegurança, tendência negativa e bom ajustamento. Na análise do ETPC foi observado traço de conduta antissociais.

Belsky (2010) afirma que as crianças mais pesadas podem assistir mais televisão porque quando participam de esportes, podem ser provocadas. A autora cita algumas características utilizadas de forma provocativa como desajeitado e lento. "somos vulneráveis a sentimentos de inferioridade, a ter a dolorosa sensação de que não estamos à altura dos outros" (BELSKY, 2010 p. 203).

As crianças obesas geralmente são discriminadas e menos aceitas socialmente do que as crianças com peso adequado, resultando em sofrimento e a restrições diante de atividades rotineiras, como ir à escola, fazer exercícios físicos, comprar roupas e se divertir (DAMIANI, 2002; FERRIANI; DIAS; SILVA; MARTINS, 2005; KHAODHIAR et al., 1999 apud LUIZ; GOYAREB; JUNIOR, 2010).

Essas restrições podem ser notadas na vergonha da criança 1 de ir para a natação, na diminuição das brincadeiras da criança 2 e na troca do brincar na rua pelo isolamento em casa da criança 3.

Hibert e Hibert (apud RODRIGUES, 2011) afirma que a criança tem dificuldade de se aceitar como é, pois teme que os outros a ridicularizem, prejudicando a aceitação de sua imagem corporal, levando a um isolamento social.

Juntamente a consciência negativa sobre o corpo obeso, motivado pelos padrões de beleza que a sociedade impõe, somam-se "[...]sentimentos de insuficiência, incapacidade, vergonha e autodepreciação [...]" (UEHARA; MARIOSIA apud MORAES; ALMEIDA; SOUZA, 2013, p. 555). Sentimentos aparentes nos relatos das três mães e nas análises dos testes. Bernardi, Cichelero e Vitolo (2005), em sua pesquisa, encontraram em pessoas obesas mudança de humor, ansiedade, sentimento de culpa e perda de autoestima. As crianças se mostraram mais ansiosas, com a autoestima diminuída, preocupados em como a sociedade as enxergam.

As três crianças foram apontadas como vítimas de preconceito, e o estigma da obesidade carrega intensa carga psicológica e abala a estrutura psíquica do

indivíduo. Ser obeso pode ser visto como ser tratado de modo singular em relação à alimentação, ao vestuário e a ser alvo de apelidos e brincadeiras.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade desta pesquisa foi entender como as crianças obesas são impactadas psicologicamente pela obesidade, destacando-se a autoestima, autoconceito e autoimagem. Além de analisar se havia alguma mudança de comportamento relacionada com a doença observada pelo responsável da criança e investigar o conhecimento que a criança possuía sobre obesidade, se ela compreendia os riscos e as características da doença.

Observa-se que a obesidade tem um impacto negativo na vida do indivíduo, mas não de forma isolada. Durante a análise dos testes e das respostas das entrevistas, foi possível notar que a criança sofre grande influência do seu ambiente social. Também foi percebido, tanto na análise quando na revisão bibliográfica, que a criança obesa é, geralmente, recebida pelo ambiente de forma preconceituosa, lidando com brincadeiras hostis, xingamentos e isolamento.

Essa resposta negativa do ambiente pode acarretar grande sofrimento psíquico, além de interferir no desenvolvimento do seu autoconceito, diminuir a sua autoestima e afetar a sua autoimagem. Além disso, pode resultar em sentimentos de insegurança, em que a criança não se vê em igualdade com as outras do seu meio.

As crianças demonstraram possuir um conhecimento muito superficial sobre o que é a obesidade, de forma a se atentar mais para a questão da estética e preconceito do que para o modo como a obesidade pode agravar a saúde do sujeito. Este foco na imagem corporal é confirmado na revisão bibliográfica, que afirma que as crianças se preocupam mais em como o ambiente as recebe do que para o seu possível adoecimento.

Estudos afirmam que a obesidade não afeta totalmente a autoimagem da criança de forma negativa. Esse dado é comprovado neste trabalho, pois apesar de apresentarem baixa autoestima nas análises, as crianças participantes demonstraram que possuem uma boa autoimagem, que é o conhecimento que a criança tem de si mesmo, conseguindo descrever pontos positivos em sua aparência.

Porém, mesmo com uma boa autoimagem, as crianças apresentaram nos testes sentimentos negativos, como inadequação, ansiedade e insegurança. Também

apresentaram níveis altos de neuroticismo, que é caracterizado por traços de depressão, sentimento de culpa, baixa autoestima, tristeza, entre outros.

Com os resultados das análises dos testes, foi possível observar algumas características semelhantes entre as crianças, com destaque para a impulsividade, sendo citada diversas vezes. A dificuldade de controlar os seus impulsos pode afetar a capacidade de fazer escolhas adequadas e, desse modo, favorecer a compulsão alimentar relatada pelas mães. Essa compulsão pode estar vinculada a questões emocionais, pois algumas pesquisas afirmam que a criança aprende a lidar com as frustrações através da ingestão de alimentos.

De acordo com a literatura, crianças que crescem em um ambiente com censura e desvalorização por estar acima do peso, tendem a ter uma autoestima baixa. Em nosso estudo, além desse sentimento as crianças manifestaram (nos testes), o sentimento de inadequação, onde a criança não se sente pertencente àquele ambiente social.

As mães também demonstraram pouco conhecimento sobre a obesidade e seus aspectos, tendo uma visão estigmatizada da criança. O modo como a família lida com a obesidade pode afetar tanto a saúde mental da criança, quanto a participação da família no tratamento.

O preconceito, além de se apresentar no ambiente social, também pode estar no ambiente familiar, onde a criança é estigmatizada como preguiçosa e comilona. As falas das mães implicavam em culpabilização da criança pela obesidade, além de perceber as crianças como sem força de vontade ou capacidade de controlar os seus impulsos. Também demonstraram acarretar total responsabilidade aos filhos para a perda de peso, essa responsabilização pode estar relacionada tanto com a diminuição da autoestima da criança, quanto com o sentimento de culpa presente nos resultados, em que além de ser responsável pelo seu excesso de peso, também é responsável pelo fracasso de perdê-lo.

A revisão de literatura enfatiza que a participação da família no tratamento é essencial, pois a criança é dependente dos hábitos alimentares desta, sendo influenciada pelo estilo de vida de seus entes próximos. A criança segue o modelo da família, ou seja, os familiares não só devem incentivar os hábitos saudáveis, mas também exercê-los.

Foi percebida a necessidade de favorecer o conhecimento da família sobre as questões acarretadas pela obesidade e pelo ambiente, de modo que os familiares possam acolher a criança de forma adequada, aumentando a sua autoestima e diminuindo os seus sentimentos de inadequação. Também se deve desenvolver o conhecimento da criança, de modo que ela entenda as consequências que esse excesso de peso pode lhe causar, além de compreender melhor as formas de tratamento, de forma a aderir de maneira mais efetiva.

Pode-se notar a necessidade de um trabalho psicológico junto à criança, com a finalidade de que esta desenvolva de modo saudável o seu autoconceito, mantendo uma autoestima alta e uma boa autoimagem. As famílias também devem ser trabalhadas, recebendo orientação sobre a melhor maneira de acolher as suas crianças, de modo a manter um ambiente saudável para o desenvolvimento mental desta.

Nota-se, ainda, a necessidade de projetos que trabalhem o preconceito sobre a obesidade nas comunidades, principalmente nas escolas, onde a criança passa grande parte de sua vida.

O trabalho em conjunto da equipe multidisciplinar possui grande importância no tratamento da obesidade infantil, pois eles tem a possibilidade de trabalhar todos os aspectos dessa condição, contribuindo para um aumento da qualidade de vida da criança.

REFERÊNCIAS

ABESO, [2009?]. Disponível em: < <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>. Acesso em: 20 mai. 2016.

ABESO, 2015. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/noticia/quase-60-dos-brasileiros-estao-acima-do-peso-revela-pesquisa-do-ibge>>. Acesso em: 27 out. 2016.

ALVES, B. da S. **Obesidade na infância: critérios diagnósticos e impacto no rendimento escolar**. 2007. 76 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós- Graduação em Ciências Médicas: Endocrinologia, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13051/000632547.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 24 out. 2016.

AMBIEL, R. A. M. Escala de Traços de Personalidade para Crianças (ETPC). **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 83 – 85, jun. 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v4n1/v4n1a10.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

BANDEIRA, C. de M.; HUTZ, C. S. As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. **Revista semestral da associação de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 131 – 138, jan. /jun. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pee/v14n1/v14n1a14>>. Acesso em: 25 out. 2016.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAYER, A. A. de A.; VASCO, C. C.; LOPES, S. R. de A.; TEIXEIRA, C. J. C. Intervenção grupal em pacientes com obesidade e seus familiares: relato de experiência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 868 – 881, dez. 2010. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n4/v30n4a15.pdf> >. Acesso em: 3 jun. 2016.

Bee, H. L. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BEE, H.; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BELSKY, Janet. **Desenvolvimento humano: experienciando o ciclo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 85 – 93, jan./fev. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n1/23510.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

BORSA, J. C. Considerações sobre o uso do Teste da Casa- Árvore-Pessoa – HTP. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 151 – 154, abr. 2010. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n1/v9n1a17.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2016.

BOSI, M. L. M.; LUIZ, R. R.; MORGADO, C. M. da C.; COSTA, M. L. dos S. C.; CARVALHO, R. J. de. Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 108 – 113, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n2/v55n2a03>>. Acesso em: 1 nov. 2016.

BUCK, J. N. **HTP: Casa- Árvore – Pessoa, técnica projetiva de desenho: Manual e Guia de Interpretação**. São Paulo: Vetor, 2003.

CAMARGO, A. P. de M. de; FILHO, A. de A. B; ANTONIO, M. A. R. de G. M.; GIGLIO, J. S. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 323 – 333, Feb. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/04.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

CARDOSO, L. K. de O. **Avaliação Psicológica de crianças obesas em um programa de atenção multiprofissional a obesidade da universidade de São Paulo - 2001 e 2002**. 2006. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde.../CARDOSO_LKO.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

CARDOSO, L. K. de O.; CARVALHO, A. M. P. Avaliação psicológica de crianças acompanhadas em programa de atenção multiprofissional à obesidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 297 – 312, mai/ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/09.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2016.

CARVALHO, A. M. P.; CATANEO, C.; GALINDO, E. M. C.; Malfara, C. T. Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 131-139, Apr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n30/14>>. Acesso em: 5 abr. 2016.

COLACITI, A. K. A construção do autoconceito na infância: sua importância no processo de desenvolvimento da criança. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, São Paulo, n. 7, Nov. 2006. Disponível em: <http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/qFxYGXkTwTI5d7Q_2013-5-10-15-38-36.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2016.

CORDAS, T. A.; ASCENCIO, R. F. R. Tratamento comportamental da obesidade. **BSV**, São Paulo, v. 4, s. 1, p. S44-S48, 2006. Acesso em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=455904&indexSearch=ID>>. Acesso em: 4 out. 2016.

COSTA; FERREIRA; AMARAL. Obesidade infantil e juvenil. **Acta med Port.** n. 23, p.379 - 384, 2010. Disponível em: <<http://h4l.edu.pt/download/Obesidade%20infantil%20e%20juvenil.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2016.

DALCASTAGNÉ, G.; RENUCCI, J. M. de A.; NASCIMENTO, M. A., LIBERALI, R. Influência dos pais no estilo de vida dos filhos e sua relação com a obesidade infantil. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 2, n. 7, p. 44 – 52, Jan/Fev. 2008. Disponível em: < <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/67>>. Acesso em: 2 Jun. 2016.

DORNELES, C. J. **Atividade física e obesidade infantil**. 2015. 39 f. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Departamento de Humanidades e Educação, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Santa Rosa, 2015. Disponível em: < <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3387/CI%C3%A1udia%20Jardim%20Dorneles.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 out. 2016.

FAGIOLI, D.; NASSER, L. A. **Educação nutricional na infância e na adolescência: Planejamento, intervenção, avaliação e dinâmicas**. São Paulo: RCN editora, 2008.

FARIA, L. Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. **Análise Psicológica**, Porto, v. 23, n. 4, p. 361 – 371, 2005. Disponível em: < <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/554/pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2016.

FELDMANN, L. R.; MATTOS, A. P.; HALPERN, R.; RECH, R. R.; BONNE, C. C.; ARAÚJO, M. B. Implicações psicossociais da obesidade infantil em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade serrana do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 3, n. 15, p. 225 – 233, Maio/Jun. 2009. Disponível em: < <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/viewFile/151/148>>. Acesso em: 5 abr. 2016.

FRIEDRICH, R. R.; SCHUCH, I.; WAGNER, M. B. Efeito de intervenções sobre o índice de massa corporal em escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 551 – 560, abr./ jun. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3678.pdf>> Acesso em: 05 out. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008.

GIUGLIANO, R.; MELO, A. L. P. Diagnóstico de sobrepeso e obesidade em escolares: utilização do índice de massa corporal segundo padrão internacional. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 129 – 134, mar./apr. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2/v80n2a10.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

GONÇALVES, S.; SILVA, D.; ANTUNES, H. Variáveis psicossociais no excesso de peso e na obesidade infantil. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 1 – 11, 2012. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n2/pt_09.pdf>. Acesso em: 26 set. 2016.

HERNANDES, F.; VALENTINI, M. P. Obesidade: causas e consequências em crianças e adolescentes. **Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física**

da **UNICAMP**, Campinas, v. 8, n. 3, p. 47-63, set/dez. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637727/5418>>. Acesso em: 4 out. 2016.

LOOS, H.; CASSEMIRO, L. F. K. Percepções sobre a qualidade da interação familiar e crenças autorreferenciadas em crianças. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 27, n. 3, p. 293 – 303, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n3/02.pdf> >. Acesso em: 22 mai. 2016.

LUIZ, A. M. A. G.; GORAYEB, R.; LIBERATORE JUNIOR, R. Del R. L. Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 41 – 48, jan/mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a05.pdf> >. Acesso em 5 abr. 2016.

LUIZ, A. M. A. G; GOYAREB, R.; JUNIOR, R. D. R. L.; DOMINGOS, N. A. M. Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 3, p. 35 – 39, set./ dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n1/28006.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.

MACHADO, C. E.; ZILBERSTEIN, B.; CECCONELLO, I.; MONTEIRO, M. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. **ABCD**, v. 21, n. 4, p. 185 – 191, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abcd/v21n4/v21n4a07.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 7. Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2011.

MELO, V. L. C.; SERRA, P. J.; CUNHA, C. de F. Obesidade infantil – impactos psicossociais. **Revista médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, p. 367 – 370, 2010. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/374>>. Acesso em: 25 out. 2016.

MELLO, Elza D.; LUFT, Vivian C.; MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 173 -182, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04>>. Acesso em: 6 abr. 2016.

MISHIMA, F. da K. T.; BARBIERI, V. O brincar criativo e a obesidade infantil. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 249-255, set/dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n3/a09v14n3>>. Acesso em: 7 out. 2016.

MONTEIRO, R. A. **Influências de aspectos psicossociais e situacionais sobre a escolha alimentar infantil**. 2009, 225 f. Tese de doutorado (pós graduação em Psicologia social, do trabalho e das organizações) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2009. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4699/1/2009_RenataAlvesMonteiro.pdf> Acesso em: 6 abr. 2016.

MORAES, A. L.; ALMEIDA, E. C.; SOUZA, L. B. Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 553 – 572, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a12.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.

MULLER, R. C. L. Obesidade na infância. **Pediatria moderna**, v. 37, n. especial, mai. 2001. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1413&fase=imprime>. Acesso em: 10 set. 2016.

OLIVEIRA, C. B. A. C. de. **Obesidade: um olhar social**. 2013. 54 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7142/1/2013_CristhianiBarbosaArrudaCelestinod eOliveira.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 10. ed. Porto Alegre: AMGH, 2009.

PAPALIA, D.E; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PEREIRA, C.; CHEHTER, E. Z. Associações entre impulsividade, compulsão alimentar e obesidade em adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 3, p. 16 – 30, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v63n3/03.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

PUDER, J J; Munsch, S. Psychological correlates of childhood obesity. **International Journal of Obesity**. Suíça, 2010. Disponível em: <<http://www.nature.com/ijo/journal/v34/n2s/full/ijo2010238a.html>>. Acesso em: 8 abr. 2016.

QUAIOTI, T. C. B.; ALMEIDA, S. de S. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 193-211, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a11>>. Acesso em: 6 abr. 2016.

RAMOS, A. M. P. P.; FILHO, A. de A. B. Prevalência da obesidade em adolescentes de Bragança Paulista e sua relação com a obesidade dos pais. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 663 – 668, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n6/a07v47n6.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016.

RECH, R. R.; HALPERN, R.; MATTOS, A.P. de; BERGMANN, M. L. de A.; CONSTANZI, C. B.; ALLI, L.R. Obesidade infantil: complicações e fatores associados. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Caxias do Sul, v. 15, n. 4, p. 111 – 119, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=522064&indexSearch=ID>. Acesso em: 1 jun. 2016.

RINALDI, A. E. M.; PEREIRA, A. F.; MACEDO, C. S.; MOTA J. F.; BURINI, R. C. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 271 – 277, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n3/12> >. Acesso em: 12 out. 2016.

ROCHA, L. M. da. **Obesidade infantil: uma revisão bibliográfica**. 2013. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6400.pdf>> Acesso em: 12 out. 2016.

RODRIGUES, E. M.; BOOG, M. C. F. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 923 – 931, mai. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n5/05.pdf> >. Acesso em: 10 out. 2016.

RODRIGUES, E. A. G. da S. **O comportamento alimentar, o Autoconceito e a Obesidade Infantojuvenil**. 2011. 51 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Minho, Área de Especialização em Psicologia Clínica, [S. L.], 2011. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17810/1/Eliana%20Andreia%20Gomes%20da%20Silva%20Rodrigues.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2016.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.21, n. 6, p. 739 – 748 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n6/a12v21n6.pdf> >. Acesso em: 03 jun. 2016.

SALIM, C. M. R.; BICALHO, R. N. M. Obesidade Infantil: aspectos psicológicos envolvidos na causa e suas consequências. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 1 – 38, jan/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/view/521/342>>. Acesso em: 5 abr. 2016.

SIGULEM, D. M.; TADDEI, J.A. de A. C.; ESCRIVÃO, M. A. M. S.; DEVINCENZI, M. U. Obesidade na infância e na adolescência. **Revista Compacta**, v. 2, n. 1, p. 3 – 18, jun. 2001. Disponível em: <<http://sweetlift.com.br/wp-content/uploads/2013/04/Sweet-Lift-3.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016.

SILVA, C. P. G.; BITTAR, C. M. L. Fatores ambientais e psicológicos que influenciam na obesidade infantil. **Revista saúde e pesquisa**, v. 5, n. 1, p. 197–207, jan/abr. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2063/1568>>. Acesso em: 6 abr. 2016.

SIMÕES, D.; MENESES, R. F. Auto-Conceito em crianças com e sem obesidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto, v. 20, n. 2, p. 246- 251, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a10v20n2>>. Acesso em: 5 abr. 2016.

SISTO, F. F.; OLIVEIRA, S. M. S. S.; OLIVEIRA, K. L. de; BARTHOLOMEU, D.; OLIVEIRA, J. C. S.; COSTA, O. R. S. Escala de traços de personalidade para crianças e aceitação social entre pares. **Interação em Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 15 – 24, 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Katya_Oliveira/publication/267771077_Escala_d_e_tracos_de_personalidade_para_crianças_e_aceitacao_social_entre_pares/links/518957c0cf29ab36bc4dde1.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

SOARES, L. D.; PETOSKI, E. L. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, 5, n. 1, p. 63 – 74. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Edio_Petroski2/publication/242257103_PREV_ALENCIA_FATORES_ETIOLOGICOS_E_TRATAMENTO_DA_OBESIDADE_INFANTIL/links/54a17b030cf267bdb902c021.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

SOUSA, J.; LOUREIRO, I.; CARMO, I. do. A obesidade infantil: um problema emergente. **Saúde & Tecnologia**, 2, p. 5-15, Nov. 2008. Disponível em: <<https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/view/74/94>>. Acesso em: 7 out. 2016.

VAZ, A.; SILVA, D.; REGO, C.; VIANA, V. Determinantes comportamentais em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade. **Revista Científica Nacional**. V. 16, n. 2, p. 31 – 36, 2010. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/52557>>. Acesso em: 6 abr. 2016.

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. 133 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 2000. Disponível em: <http://bdt.d.ibict.br/vufind/Record/USP_9cf73ff77bc0c5f8592e9506d950930a>. Acesso em: 5 abr. 2016.

VIEIRA, S. **Como escrever uma tese**. 5. Ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

VILARTA, R. et al. **Alimentação saudável e atividade física para a qualidade de vida**. Campinas: IPES Editorial, 2007. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000399280>. Acesso em: 1 nov. 2016.

WILHELM, F. A.; LIMA, J. H.C. A. de; SCHIRMER, K. F. Obesidade infantil e a família: educadores emocionais e nutricionais dos filhos. **Psicologia argumento**, Curitiba, v. 25, p. 49, p. 143-154, abr/jun. 2007. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=1656&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 4 out. 2016.

World Health Organization (WHO). Growth reference data for 5-19 years. Disponível em: <<http://www.who.int/growthref/en/>>. Acesso em: 26 out. 2016.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista direcionada a criança

1. Você sabe o que é obesidade? Se sim, você pode me explicar?
2. Quando falam sobre obesidade, quais as primeiras palavras que lhe vem a mente?
3. Você se acha obeso? Isso te incomoda?
4. Você faz alguma coisa para perder peso? O que?
5. Você se acha bonito? Por que?
6. O que você mais gosta em você?
7. E o que menos gosta?
8. Quando você se olha no espelho, o que você vê?
9. Você tem dificuldade de se aproximar de pessoas novas?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista direcionado ao familiar

1. Qual a idade da criança?
2. Qual o peso e a altura da criança?
3. Há histórico de obesidade na família?
4. Quando falam sobre obesidade, quais as primeiras palavras que lhe vem a mente?
5. Em que momento você percebeu o aumento de peso da criança?
6. Ela entende o que é obesidade? Como lhe foi explicada? Se não, por que?
7. Você percebeu mudanças no comportamento da criança após o diagnóstico? Quais?
8. Quais são as intervenções utilizadas para a perda de peso?
9. Como você percebe a interação de seu filho com outra criança?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido
CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA OBESIDADE INFANTIL

Pesquisador Responsável: Profa Dra. Christyne Gomes Toledo de Oliveira

Justificativa, objetivos e procedimentos da pesquisa:

Esse projeto tem como objetivo identificar como a obesidade influencia nos aspectos psicológicos do indivíduo. Pesquisas mostram que ela afeta não somente a saúde física, mas também a saúde mental. É importante que a sociedade compreenda a obesidade como uma doença grave que impacta de modo geral a vida do indivíduo. A pesquisa será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e aplicação dos testes H-T-P e ETPC.

Desconforto e possíveis riscos associados à pesquisa:

A natureza desta pesquisa não oferece desconfortos ou riscos. Caso haja, o participante poderá receber assistência na clínica da Faculdade Católica Salesiana (CIASC).

Benefícios da pesquisa:

A pesquisa em questão visa entender os aspectos psicológicos que a obesidade pode trazer para a criança. Podendo, assim, acrescentar informações para a equipe de saúde trabalhar de maneira mais integral, trazendo, assim, maior qualidade de vida.

Forma de acompanhamento e assistência:

Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Basta procurar a pesquisadora Christyne Gomes Toledo de Oliveira, pelo telefone do trabalho 3331 8641, e também no endereço Av. Vitória, 950, Forte São João. Vitória-ES. CEP: 29017-950.

Esclarecimentos e direitos:

Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

Confidencialidade e avaliação dos registros:

As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizado. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

Consentimento pós-informação:

Eu, _____,
portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo
Órgão _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido
(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvido, livremente
expresso meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Fui
informado que meu número de registro na pesquisa é _____ e
recebi cópia desse documento por mim assinado.

Assinatura do Participante Voluntário

Data

Assinatura do Responsável pelo Estudo

Data