

VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS NO EXCESSO DE PESO E NA OBESIDADE INFANTIL

PSYCHOSOCIAL CORRELATES OF OVERWEIGHT AND OBESITY IN INFANCY

Sónia Gonçalves¹, Dora Silva², Henedina Antunes³

Resumo

A obesidade acarreta consequências para além das meramente relacionadas com a saúde física, sendo também de salientar os aspetos psicossociais. Com o objetivo de avaliar as diferenças ao nível da qualidade de vida, morbidade psicológica e imagem pessoal (autoconceito) foram avaliadas 267 crianças divididas em três grupos: um grupo de crianças da comunidade com peso normal ($N = 147$), um grupo de crianças da comunidade com excesso de peso/obesidade ($N = 89$) e um grupo de crianças com excesso de peso/obesidade em tratamento (grupo clínico) ($N = 31$). Os resultados mostraram que as crianças com excesso de peso/obesidade em tratamento são as que têm uma percepção mais negativa da sua saúde física e da saúde escolar, quando comparadas com as restantes crianças. Relativamente ao auto-conceito o grupo de crianças com excesso de peso/obesidade do grupo clínico percebe-se como menos competente no domínio escolar, atlético, aparência física, aceitação social, comportamento e auto-estima. As crianças do grupo clínico com excesso de peso/obesidade apresentam ainda mais sintomatologia depressiva quando comparadas com as crianças da comunidade com peso normal e com as crianças do grupo clínico. Não foram encontradas diferenças significativas ao nível da sintomatologia ansiosa nas três amostras estudadas. Em suma, as diferenças entre os grupos avaliados podem refletir diferentes características das crianças com excesso de peso/obesidade que procuram tratamento.

Palavras-chave: excesso de peso; obesidade; infância; variáveis psicossociais

1 Psicóloga, Doutorada em Psicologia Clínica, Professora Auxiliar na Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal

2 Psicóloga, Mestre em Psicologia da Saúde. e-mail: dorabastos@gmail.com

3 Médica Pediatra, Doutorada em Pediatria (Nutrição), Consulta de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição, Serviço de Pediatria, Hospital de Braga; Professora Auxiliar na Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, Portugal. e-mail: henedinaantunes@gmail.com

Correspondência para: sgoncalves@psi.uminho.pt

Suggested citation: Gonçalves S, Silva D, Antunes H. Psychosocial correlates of overweight and obesity in infancy. J. Hum. Growth Dev. 2012; 22(1): 179-186.

Manuscript submitted Jan 08 2011, accepted for publication Aug 19 2011.

Abstract

Obesity is a complex disease with not only physical consequences but also psychological. The aim of the present work was to analyze differences between community children with normal weight versus community overweight children versus children with overweight in clinical setting, at the level of quality of life, psychological morbidity and self-concept. The study sample has 267 children represented in three groups: group of community children with normal weight ($N = 147$), group of community overweight children ($N = 89$) and a group of overweight children in treatment ($N = 31$). The results from this study showed differences on quality of life, for the total scale and on the dimension of physical health and school health, in which overweight children in the clinical sample are the ones who presented more negative perception of physical health and school health, when compared with community children with normal weight vs community overweight children. For the rest of the dimensions of quality of life, no significant differences were found between the three groups. Regarding the self-concept on the group of children with a clinical diagnosis of obesity they perceived themselves as less competent relative to school competency, athletic competency, physical appearance, social acceptance, behavior and self-esteem. Regarding the variable depression this study suggests that community overweight children present more depressive symptomatology when compared with the other groups. No significant differences were found regarding anxiety symptomatology. To summarize, results from this empirical study demonstrated the importance of psychological variables when in the presence of obesity.

Key words: overweight; obesity; infancy; psychosocial variables.

INTRODUÇÃO

A obesidade é definida como excesso de peso, que resulta de um consumo de energia superior àquele que é gasto¹. A obesidade consiste numa condição de saúde complexa, com dimensões sociais e psicológicas, que pode afetar pessoas de qualquer idade e grupo socioeconómico, tanto em países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento². Uma revisão de estudos publicada recentemente³ identificou 21 estudos em Portugal sobre excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes. A prevalência de excesso de peso variou entre os 8.3% e os 29.6% para o sexo masculino e 8.8% e os 35% para o sexo feminino. Em relação aos valores de prevalência da obesidade os valores de prevalência variaram entre os 3.2% e os 26% para o sexo masculino e os 0.6% e os 21.3% para o sexo feminino. No Brasil a prevalência de sobrepeso e obesidade foi de 37.2% para o sexo masculino e 33.4% para o sexo feminino em crianças de dois a seis anos de idade⁴.

Para além da análise da obesidade e da sua prevalência em crianças, torna-se pertinente salientar os principais factores psicossociais que estão por trás do aparecimento, manutenção e desenvolvimento da mesma. Passamos a apresentar alguns dos

factores psicossociais referidos na literatura como estando associados ao excesso de peso na infância e adolescência.

Qualidade de vida (QDV) e obesidade infantil

Em crianças e adolescentes a QDV é definida como a combinação do bem-estar objetivo e subjetivo nas diferentes áreas da vida consideradas pertinentes na sua cultura e tempo histórico⁵. No que se refere aos domínios específicos da QDV três dimensões parecem consensuais nomeadamente a dimensão física, a dimensão psicológica e a dimensão social⁶.

Um estudo com 4287 participantes, classificados como obesos clínicos e obesos não clínicos não se verificou qualquer diferença significativa relativamente ao funcionamento emocional, social e escolar nos grupos em estudo⁷. Também Williams e colaboradores⁸ procuraram relacionar a percepção de qualidade de vida dos pais e das próprias crianças tendo concluído que esta era melhor em crianças não obesas, do que em crianças com peso acima do normal e em crianças consideradas obesas. Numa recente revisão da literatura⁹ os autores identificaram uma relação inversa entre o índice de massa corporal e a qualidade de vida, nomeadamente o funcionamento físico e social surge mais comprometido nas crianças com

excesso de peso e obesidade. Em resumo, a investigação sobre qualidade de vida em crianças com excesso de peso e obesidade mostra que, quando comparadas com crianças com peso normal, as crianças com excesso de peso apresentam uma pior percepção da sua qualidade de vida, em especial ao nível do funcionamento físico. No entanto, segundo Tsiros e colaboradores⁹ existe uma série de limitações nos estudos sobre qualidade de vida e excesso de peso, que dificultam a generalização dos resultados, nomeadamente (1) a maior parte dos estudos são transversais (2) poucos estudos avaliam as diferenças entre amostras clínicas e amostras comunitárias (3) as diferentes classificações de obesidade existentes, (4) a utilização de diferentes medidas para avaliar a qualidade de vida, e por fim (5) o recurso a avaliações junto dos pais, o que pode levar a dados pouco fidedignos.

Auto-conceito e obesidade infantil

O auto-conceito pode ser definido como a percepção do indivíduo acerca de si próprio face às suas competências, habilidades, aceitação social e aparência física. Assim, o auto-conceito é uma estrutura organizada, hierarquizada, desenvolvimental, avaliativa e, fundamentalmente, multifacetada, abrangendo diversas dimensões como a académica, física e social¹⁰. No sexo feminino, para além da auto-estima se basear na aparência física, também se verificam relações significativas com a vergonha relativa ao aspecto corporal, a insatisfação corporal e a necessidade de possuir um corpo magro e esbelto¹¹. Num estudo no qual se comparou crianças obesas com crianças não obesas, verificou-se que as crianças obesas apresentavam valores mais baixos ao nível da percepção pessoal em aspetos como a aparência física, e competência atlética, que os apresentados pelas crianças com peso normal¹². Os resultados obtidos num estudo no Brasil¹³ com pré-adolescentes obesos e não obesos, permitiu constatar que o grupo de pré-adolescentes obesos apresentava maiores índices de insatisfação corporal e maior grau de restrição alimentar relativamente ao grupo de não obesos. Outros estudos^{14, 15} verificaram que não existe associação entre auto-estima e obesidade na infância.

Em suma, a investigação relativa à relação entre a obesidade e ao auto-conceito é pouco conclusiva, na medida em que os resultados da investigação apresentam-se ambíguos e contraditórios. Alguns estudos demonstram a relação entre dificuldades ao nível do auto-

conceito e a obesidade enquanto outros mostram que as crianças obesas e com excesso de peso não se diferenciam das crianças com peso normal.

Morbilidade psicológica e obesidade infantil

Tem sido frequentemente referido que indivíduos obesos apresentam com alguma frequência um variado número de problemas psicológicos como depressão¹⁶ e ansiedade¹⁷. Durante a infância a existência de psicopatologia costuma ser mais elevada junto de populações clínicas de crianças e adolescentes obesos, sendo que as principais consequências psicológicas da obesidade são a baixa auto-estima, fraca interação social, depressão e perturbações do controlo de impulsos¹⁸. Alguns autores¹⁹⁻²⁰ referem que, ao nível das perturbações psicológicas, a mais comum é a depressão, sendo de destacar também as perturbações da ansiedade. Um estudo longitudinal desenvolvido por Mustillo e colaboradores²¹ com 991 crianças com idades compreendidas entre os 9 e os 16 anos permitiu verificar que a obesidade infantil não se encontrava associada a problemas de depressão, sendo que apenas o grupo com obesidade crónica apresentava problemas psiquiátricos. Por sua vez, os resultados obtidos em estudos desenvolvidos por Erickson, Robinson, Farish Haydel e Killen²² e Dixon, Dixon e O'Brien²³ permitiram constatar a existência de uma associação entre sintomas depressivos e obesidade, essencialmente nas raparigas com pobre imagem corporal.

Por outro lado, e contrariando os resultados verificados nos estudos anteriores, estudos desenvolvidos junto de amostras comunitárias de crianças obesas não encontraram diferenças estatisticamente significativas relativamente à existência de estados depressivos em grupos de crianças obesas quando comparadas a grupos de crianças com peso considerado dentro da média²⁴⁻²⁶.

Em resumo, os resultados obtidos relativamente à associação entre obesidade e problemas psicopatológicos ou psiquiátricos são muito inconsistentes. Um conjunto razoável de investigações efectuadas tem associado a depressão como potencial consequência da obesidade, embora esta relação se apresente modesta e nem sempre conclusiva²⁷⁻²⁹.

Assim, este trabalho tem o objetivo de verificar as diferenças no nível da qualidade de vida, morbilidade psicológica e auto-conceito entre crianças com excesso de peso e obesidade.

MÉTODOS

Participantes

A população do estudo foi constituída por 267 crianças, divididas em três grupos: o grupo (1) de crianças da comunidade com peso normal ($N = 147$), o grupo (2) de crianças da comunidade com excesso de peso/obesidade ($N = 89$), o grupo (3) crianças com excesso de peso/obesidade em tratamento médico ($N = 31$).

Os dados relativos ao sexo, idade, índice de massa corporal e nível socioeconómico estão alocados na tabela 1. A caracterização do nível socioeconómico da família das crianças da amostra foi realizada com base em informação recolhida acerca da profissão dos pais e do ano de escolaridade.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão para o grupo de crianças com peso normal a existência de doença física, e para o grupo de crianças com excesso de peso/obesas da comunidade a existência de outra doença e o acompanhamento médico para a obesidade. O estudo foi aprovado pela Comissão de ética do Hospital de Braga (Portugal) e pela Direção Escolar do Norte do Ministério da Educação de Portugal.

Entende-se por autoconceito a perceção do indivíduo acerca de si próprio, nomeadamente as atitudes, sentimentos e autoconhecimento que possui face às suas competências, habilidades, aceitação social e aparência física.

INSTRUMENTOS

Questionário sócio demográfico

O questionário sócio demográfico foi elaborado pelos autores, tendo em conta as se-

guintes variáveis sócio demográficas: idade, género, ano de escolaridade, peso, altura e profissão dos pais.

Escala de Auto-Conceito de Susan Harter (1985)

A escala de auto-conceito para Crianças e Pré-adolescentes³⁰ - versão portuguesa¹⁰ destina-se neste estudo, a medir a forma como as crianças percecionam a sua competência em diferentes domínios da vida, bem como avaliam a sua auto-estima. Assim este instrumento é indicado para uma população entre os 8 e 12 anos, sendo composta por seis sub-escalas (competência escolar, aceitação social, aparência física e atitude comportamental), num total de 36 itens. O alfa de Cronbach encontrado neste estudo para a escala do auto-conceito é de .88, demonstrando boa consistência interna.

CDI- Children's Depression Inventory

O CDI³¹ - versão portuguesa³² é um instrumento de auto-relato, composto por 27 itens e destinado a crianças e adolescentes entre os 7 e os 17 anos. Este questionário quantifica sintomas depressivos em populações de natureza mais jovem. Entre os sintomas depressivos, o instrumento permite quantificar particularmente o humor deprimido, a capacidade de sentir prazer, funções vegetativas, auto-avaliação e comportamentos interpessoais. Os itens são compostos por 3 frases, sendo que os sujeitos têm de optar por aquela que melhor traduz o seu funcionamento nas últimas duas semanas. O alfa de Cronbach encontrado neste estudo para a escala da depressão é de .80, ou seja, apresenta boa consistência interna.

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica dos três grupos avaliados

	Total <i>N</i> = 267 <i>N</i> %	Amostra Comunidade Peso Normal <i>N</i> = 147 <i>N</i> %	Excesso de Peso <i>N</i> = 89 <i>N</i> %	Amostra Clínica <i>N</i> = 31 <i>N</i> %
SEXO				
Masculino	106 (44.9)	61 (41.5)	45 (50,6)	19 (61.3)
Feminino	130 (55.1)	86 (58,5)	44 (49.4)	12 (38.7)
NSE				
Médio-baixo	60 (29.7)	47 (44.3)	11 (15.1)	2 (8.7)
Médio	133 (65.8)	55 (51.9)	59 (80.8)	19 (82.6)
Médio alto	9 (4.5)	4 (3.8)	3 (4.1)	2 (8.7)
IMC	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
	20.04 (3.97)	17.24 (1.92)	22.74 (2.47)	24.52 (3.55)
IDADE	10.5 (1.46)	10.08 (1.53)	9.93 (1.21)	10.26 (1.79)

STAI – State Trait Anxiety Inventory for Children

O SAIC-Traço³³ – versão portuguesa³² foi desenvolvido para avaliar a ansiedade em duas dimensões distintas: ansiedade-estado (STAIC c-1) e a ansiedade traço (STAIC c-2). No presente estudo apenas foi aplicada a escala c-2, relativa à ansiedade traço, por se tratar de uma medida mais estável dos níveis de ansiedade das crianças. A escala de ansiedade traço consiste em 20 frases, que os sujeitos respondem indicando como geralmente se sentem, numa escala em 3 níveis: “nunca”, “às vezes”, “muitas vezes”. Esta escala foi desenvolvida para medir diferenças individuais relativamente estáveis na tendência para experienciar estados de ansiedade. O alfa de Cronbach encontrado neste estudo para a escala da ansiedade é de .77, o que demonstra uma boa consistência interna.

Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL de Varni –

O inventário de qualidade de vida genérica³⁴ – versão portuguesa³⁵ – constitui uma forma modular de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, para crianças e adolescentes de idades compreendidas entre os 2 e os 18 anos de idade. Assim, as dimensões avaliadas pelas escalas genéricas são o funcionamento físico, o funcionamento emocional, o funcionamento social e o funcionamento na escola. As instruções sugerem que a criança pense em casa um dos problemas apontados em termos da sua ocorrência durante o mês anterior e as respostas estão organizadas numa escala tipo likert com 5 opções. A cotação dos itens implica a sua reversão de forma que os resultados mais elevados sejam indicadores de uma melhor qualidade de vida. O alfa de Cronbach encontrado neste estudo para a escala da QDV total é de .81, o que demonstra uma boa consistência interna.

Procedimento

Para se proceder ao recrutamento das crianças e pré-adolescentes da amostra 1 e 2 (amostras comunitárias), os objetivos do projeto de investigação foram apresentados aos Concelhos Executivos no sentido de averiguar a possibilidade de se realizar a recolha da amostra para o estudo. Depois de devidamente informados de todas as implicações do protocolo, foi pedido, um consentimento aos Concelhos Executivos, aos alunos e respetivos encarregados de educação.

Durante a administração dos questionários enfatizou-se a relevância dos seguintes aspectos para ambas as amostras (1, 2): (1) participação voluntária dos sujeitos; (2) a não existência de respostas certas ou erradas; (3) o incentivo para não omitir nenhuma resposta; e (4) o tratamento dos dados ser anónimo e confidencial. À medida que as crianças acabavam o preenchimento dos questionários, foram convidadas a sair de modo a ser registado o seu peso e a sua altura. O processo de recolha do peso para as amostras comunitárias, foi realizado nas salas de aula, sendo as crianças avaliadas sem sapatos, em pé, olhando para a frente, posicionadas no centro da balança. A estatura foi medida com o auxílio de uma fita métrica de 2m, em que os alunos foram orientados a permanecerem eretos, com os pés e joelhos juntos. Quanto aos dados recolhidos no âmbito da consulta (amostra clínica) foi, igualmente, respeitado o consentimento informado, existindo sempre o cuidado de explicitar a cada encarregado de educação, o objetivo e natureza desta investigação e que o preenchimento dos questionários era facultativo e confidencial. A realização da avaliação antropométrica e a análise dos restantes critérios de inclusão eram efetuadas na sala de Enfermagem, pela enfermeira de serviço. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de Braga (Portugal) e pela Direção de Educação do Norte (DREN) tutelada pelo Ministério da Educação (Portugal).

Análise estatística

Para proceder à análise dos dados foi usado o programa estatístico SPSS 17. Na análise de diferenças, procedeu-se ao estudo das diferenças entre as variáveis, utilizando a ANOVA One-way para as escalas gerais e para as sub-escalas utilizamos o teste MANOVA. Para identificar a localização das diferenças foi utilizado o teste Post-Hoc Gabriel por se tratar de um teste adequado para quando os grupos não têm o mesmo número de participantes.

RESULTADOS

Qualidade de vida

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na escala global da qualidade de vida ($F(2,264) = 5.56; p = .004$). O teste Post-Hoc Gabriel revelou que as crianças com excesso de peso do grupo clínico relataram menor qualidade de vida geral do que as crianças com peso nor-

mal ($M = 72.82$; $DP = 10.06$ vs. $M = 79.75$; $DP = 11.77$, $p = .002$) e do que as crianças com excesso de peso da comunidade ($M = 72.82$; $DP = 10.06$ vs. $M = 79.75$; $DP = 9.51$, $p = .005$).

Foi possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos ao nível da qualidade de vida (Wilks' $\lambda = .92$, $F(8,522) = 2.87$, $p = .004$, $\eta^2 = .04$). Na tabela 2 estão apresentados os resultados univariados para as sub-escalas da PedsQL. A partir da análise da tabela é possível

observar que existem diferenças estatisticamente significativas na sub-escala saúde física ($F(2,264) = 8.76$; $p < .000$) e na subescala saúde escolar ($F(2,264) = 3.11$; $p = .046$). Os resultados dos testes Post-Hoc Gabriel revelam que as crianças do grupo clínico apresentam níveis mais baixos de saúde escolar quando comparadas com as crianças com excesso de peso da comunidade ($p = .035$), e níveis mais baixos de saúde física quando comparadas com ambos os grupos de comparação ($p < .001$).

Tabela 2: Média e desvio padrão das dimensões da qualidade de vida nos três grupos avaliados em Braga, Portugal, 2009

Sub-escalas	Amostra Comunidade			F	p
	Peso normal (n = 147)	Excesso peso/obesidade (n = 89)	Amostra Clínica (n = 31)		
	Média (desvio padrão)				
Saúde física	84.38 (15.91)	84.74 (12.00)	72.85 (14.86)	8.76	<0.001
Saúde emocional	75.78 (15.76)	74.44 (17.06)	71.13 (11.08)	1.15	0.318
Saúde social	84.95 (18.41)	82.72 (16.64)	79.44 (14.54)	1.44	0.240
Saúde escolar	74.01 (15.86)	76.69 (12.72)	69.19 (13.36)	3.11	0.046

Auto-conceito

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao nível da variável auto-conceito total ($F(2,260) = 16.99$; $p < .000$). Os resultados dos testes Post-Hoc Gabriel mostram que o grupo de crianças do grupo clínico apresenta um auto-conceito mais negativo quando comparado com o grupo com peso normal ($M = 2.36$; $DP = .33$ vs $M = 2.78$; $DP = .37$, $p = .001$) e quando comparadas com o grupo com excess-

so de peso em tratamento ($M = 2.36$; $DP = .33$ vs $M = 2.72$; $DP = .36$, $p = .001$).

Após as análises realizadas, foi possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos ao nível do auto-conceito (Wilks' $\lambda = .81$, $F(12,518) = 4.87$, $p < .000$, $\eta^2 = .10$). Os testes univariados (tabela 3) revelaram que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões do auto-conceito: escolar ($F = 3.88$; $p = .022$); social ($F = 6.47$;

Tabela 3: Média e desvio padrão das dimensões do autoconceito nos três grupos avaliados em Braga, Portugal, 2009

Sub-escalas	Amostra Comunidade			F	p
	Peso normal (n = 147)	Excesso peso/obesidade (n = 89)	Amostra Clínica (n = 31)		
	Média (desvio padrão)				
Autoconceito escolar	2.61 (0.56)	2.62 (0.49)	2.33 (0.44)	3.88	0.022
Autoconceito social	2.77 (0.45)	2.73 (0.45)	2.45 (0.47)	6.47	0.002
Autoconceito físico	2.90 (0.57)	2.66 (0.57)	2.17 (0.42)	23.84	< 0.001
Autoconceito atlético	2.63 (0.48)	2.55 (0.49)	2.28 (0.40)	7.02	0.001
Autoconceito comportamental	2.81 (0.54)	2.90 (0.62)	2.45 (0.53)	7.13	0.001
Autoconceito autoestima	2.94 (0.53)	2.87 (0.57)	2.37 (0.36)	15.34	< 0.001

$p = .002$); físico ($F = 23.84$; $p < .000$); atlético ($F = 7.02$; $p = .001$); comportamental ($F = 7.13$; $p = .001$) e auto-estima ($F = 15.34$; $p < .000$). Os resultados dos testes Post-Hoc revelaram que as crianças com excesso de peso do grupo clínico apresentam um auto-conceito escolar mais baixo quando comparadas com as crianças com peso normal ($p = .014$) e quando comparadas com o grupo da comunidade ($p = .024$).

Da mesma forma, as crianças do grupo clínico apresentam valores mais baixos de auto-conceito social ($p < .001$ e $p = .007$, para as comparações grupo peso normal e grupo comunitário, respetivamente), de auto-conceito atlético ($p < .001$ e $p = .014$, para as comparações grupo peso normal e grupo comunitário, respetivamente), de auto-conceito físico ($p < .001$ para as comparações com ambos os grupos), auto-conceito comporta-

mental ($p = .003$ e $p < .001$, para as comparações grupo peso normal e grupo comunitário, respetivamente) e auto-estima ($p < .001$ para as comparações com os dois grupos).

Morbilidade psicológica

Relativamente à morbilidade psicológica, a partir da análise da tabela 4, podemos verificar que foram encontradas diferenças marginalmente significativas ao nível da ansiedade ($F(2,264) = 2.72$; $p = .068$), e relativamente à depressão foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ($F(2,264) = 4.62$, $p = .011$). Os resultados dos Post-Hoc permitem verificar que as crianças com excesso de peso referiram mais sintomas depressivos quando comparadas com as crianças com peso normal ($p = .011$) e quando comparadas com as crianças com excesso de peso da comunidade ($p = .007$).

Tabela 4: Média e desvio padrão das dimensões da ansiedade e depressão nos três grupos avaliados em Braga, Portugal, 2009

Sub-escalas	Amostra Comunidade			F	p
	Peso normal (n = 147)	Excesso peso/ obesidade (n = 89)	Amostra Clínica (n = 31)		
	Média (desvio padrão)				
Ansiedade	32.34 (4.42)	32.81 (4.98)	30.13 (4.95)	2.72	0.068
Depressão	10.78 (6.37)	10.10 (5.34)	12.74 (6.11)	4.62	0.011

DISCUSSÃO

Relativamente à qualidade de vida os resultados sugerem a existência de diferenças significativas para a perceção da saúde física e da saúde escolar. A QDV nestas dimensões percebida pelas crianças da amostra clínica é menor comparativamente com a dos dois grupos comparativos. As crianças em tratamento relataram que tinham dificuldades em correr, pouca energia, e dificuldades em praticar determinados exercícios físicos.

Os resultados vão de encontro ao estudo realizado por Hughes e colaboradores³⁶, em que compararam as perceções das crianças obesas clínicas e crianças com peso normal e verificaram que as perceções de qualidade de vida no grupo das crianças obesas se apresentavam inferiores no que se refere ao domínio da saúde física. Também Williams³⁷ procurou relacionar a perceção de qualidade de vida das crianças tendo concluído que esta era melhor em crianças não obesas, do que em crianças

com peso acima do normal e em crianças consideradas obesas.

Relativamente à sub-escala saúde escolar, podemos inferir que como as crianças do grupo clínico possuem uma consciencialização maior acerca do seu excesso de peso, poderá haver contaminação da sua imagem influenciando a perceção que tem das suas competências a vários níveis, nomeadamente a nível escolar.

Desta forma, e comparativamente às crianças com excesso de peso/obesidade da comunidade, as crianças do grupo clínico relataram, por exemplo, ter dificuldades em estar atentas nas aulas, o esquecimento de conteúdos abordados e o ter de faltar às aulas para ir ao médico.

Relativamente ao auto-conceito os resultados do nosso estudo sugerem a existência de diferenças significativas em todas as dimensões do auto-conceito (competência escolar, competência atlética, aparência física, aceitação social, comportamento, auto-estima) en-

tre os grupos avaliados. Começando pela análise dos resultados no domínio do auto-conceito escolar, os nossos resultados sugerem que o grupo das crianças do grupo clínico se percebe como menos competente no domínio escolar, quando comparado com os outros dois grupos.

Estes dados parecem ir de encontro a alguns estudos que mostram que as crianças com excesso de peso e obesas podem ser alvo de estigmatização e discriminação por parte dos colegas, e em sequência disso, mostrarem dificuldades em algumas tarefas do dia-a-dia, como por exemplo, a ida à escola, tendo percepções acerca da sua competência escolar e aceitação social muito negativas³⁸. Os resultados deste estudo mostram ainda o grupo das crianças do grupo clínico com excesso de peso/obesidade são as que parecem revelar menores níveis de auto-estima quando comparados com as crianças da comunidade com peso normal e com as crianças da comunidade com excesso de peso/obesidade.

São vários os estudos que parecem ir de encontro aos resultados obtidos no presente estudo, mostrando uma tendência generalizada das crianças com elevados índices de massa corporal apresentarem uma auto-estima relativamente pobre quando comparadas com crianças com peso normativo^{39,40}.

Não existe, contudo consenso nesta área, sendo que existem estudos que apontam claramente para a não diferenciação das crianças com excesso de peso/obesidade no domínio da auto-estima⁴¹. Relativamente ao domínio da aparência física, os resultados mostram mais uma vez que as crianças com excesso de peso/obesidade em tratamento são as que apresentam um auto-conceito físico mais pobre. Este resultado é consistente com estudos que mostram que estas crianças apresentam grandes níveis de insatisfação com a sua imagem corporal e com a sua aparência física⁴¹. Os resultados obtidos no estudo de Malfará¹³ com pré-adolescentes obesos e não obesos, permitiu constatar que o grupo de pré-adolescentes obesos apresenta maiores índices de insatisfação corporal e maior grau de restrição alimentar relativamente ao grupo de não obesos.

Por último, aparecem os domínios do auto-conceito relativos à competência atlética e ao comportamento das crianças. Os resultados indicaram que, o grupo das crianças com excesso de peso/obesidade do grupo clínico estão mais insatisfeitos com a sua competência atlética quando comparados com os outros

dois grupos de crianças. Um estudo realizado na Austrália com crianças obesas e crianças não obesas, verificou-se a existência de valores um pouco mais baixos ao nível da percepção pessoal em aspetos como a aparência física, e competência atlética, que os apresentados pelas crianças com peso normal⁴².

Deste modo, partindo para uma análise mais integrada relativamente ao auto-conceito das crianças, verificou-se que o auto-conceito das crianças com excesso de peso/obesidade em tratamento, quando comparado com as crianças da comunidade com peso normal e com as crianças da comunidade com excesso de peso/obesidade, parece estar mais comprometido. A literatura⁴³ sugere da mesma forma, que crianças com excesso de peso que se encontravam em tratamento, apresentavam um auto-conceito mais negativo que as dos outros grupos.

No que concerne à morbidade psicológica, os resultados obtidos mostram que as crianças com excesso de peso em tratamento apresentam mais sintomas depressivos. Assim são vários os estudos que corroboram os resultados obtidos no presente estudo, mostrando que as crianças obesas apresentam um número significativamente maior de sintomatologia depressiva por comparação às crianças da comunidade^{22,44}. Contudo, todos estes estudos parecem ter uma característica comum, que é o fato das amostras das crianças obesas serem de natureza clínica.

Deste modo, facilmente se conclui que neste tipo de população a probabilidade de encontrarmos sintomatologia psicopatológica secundária a um estado físico geral, é muito maior²⁴. Alguns dos estudos efetuados com amostras de natureza comunitária, revelam, no entanto, que não parece existir qualquer tipo de associação, ou existirem associações muito modestas entre os sintomas depressivos e a obesidade infantil^{24,45}.

Relativamente à ansiedade não foram encontradas diferenças entre os grupos avaliados. Este resultado foi surpreendente, na medida em que a literatura tem mostrado que as crianças obesas para além de apresentarem níveis de ansiedade mais elevados que as restantes, apresentam um maior número de comportamentos do tipo manipulativo. Outros estudos demonstraram, no entanto, que as crianças obesas não apresentam qualquer tipo de diferenças no que diz respeito a sintomas de ansiedade quando comparadas com crianças não obesas⁴⁵. Consideramos importante realizar outros estudos semelhantes, para

melhor clarificar a relação entre a ansiedade e o excesso de peso na infância.

Assim, as crianças com excesso de peso/obesidade em tratamento apresentam de uma forma geral um nível de funcionamento psicológico inferior aos dois de grupos de comparação. Este fato pode dever-se a uma maior consciencialização destas crianças relativamente ao fato que têm um problema de saúde, uma vez que têm acompanhamento médico.

Por outro lado, o tratamento pode ser experienciado como algo negativo, na medida, em que existe uma tentativa de modificação de um estilo de vida, o que muitas vezes pode proporcionar sentimentos de fracasso e de culpa quando, por exemplo, os objetivos de alteração do padrão alimentar ou aumento da prática de atividade física não são conseguidos. Uma outra possibilidade deve ainda considerar o fato das crianças com

excesso de peso/obesidade do grupo clínico poderem apresentar já maiores consequências físicas decorrentes da condição do seu peso, e daí apresentarem um maior comprometimento psicológico. As implicações psicossociais avaliadas não parecem advir tão diretamente do peso, mas podem surgir associadas à experiência de tratamento.

Assim, as crianças com excesso de peso em tratamento apresentam maior comprometimento no seu funcionamento. Assim, as crianças com excesso de peso/obesidade em tratamento são as que têm uma percepção mais negativa da sua saúde física e da saúde escolar, e apresentam ainda mais sintomatologia depressiva quando comparadas com as restantes crianças. Relativamente ao autoconceito o grupo de crianças com excesso de peso/obesidade do grupo clínico percebe-se como menos competente no domínio escolar, atlético, aparência física, aceitação social, comportamento e autoestima.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. 2004 Acedido em 8 de Outubro de 2008, em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf. [Consultado em 08/10/2008].
2. World Health Organization. Control-ling the global obesity epidemic. 2008 Acedido em 10 de Novembro de 2008, em: <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/index.html>.
3. Antunes A, Moreira P. Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes portugueses. *Acta Médica Portuguesa*. 2011; 24: 279-284.
4. Simon VGN, Souza JM, Leone C, Souza S. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de dois a seis anos matriculadas em escolas particulares no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* 2009; 19(2): 211-218.
5. Wallander J. Theoretical developmental issues in quality of life for children and adolescents. In Koot, H.M., Wallander, J.L., editors. *Quality of life in child and adolescent illness: Concepts, methods and findings* 2001. New York: Brunner-Routledge. p.24-45.
6. Bullinger M, Schmidt S, Petersen C, Disabkids C. Assessing quality of life of children with chronic health conditions and disabilities: A European approach. *International Journal of Rehabilitation Research* 2002; 25: 197-206
7. Swallen K, Reither E, Haas S, Meier A. Overweight, obesity, and health related quality of life among adolescents: The national Longitudinal study of adolescent health. *Pediatric* 2005; 115: 340-347.
8. Williams A, Wake M, Heskett K, Maher E, Water E. Health-Related Quality of Life of Overweight and Obese children. *Jama* 2005; 293: 70-76.
9. Tsiros MD, Olds T, Buckley JD, Grimshaw P, Brennan L, Walkley J, Hills AP, Howe PRC, Coates AM. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Pediatric Review* 2009; 33: 387-400.
10. Martins M, Peixoto F, Mata L, Monteiro V. Escala de auto-conceito para crianças e pré-adolescentes de Susan Harter. *Provas Psicológicas em Portugal*. 1995; I: 79-89.
11. Crocker J, Garcia J. Self-Esteem and the Stigma of Obesity. 2004; Acedido em 25 de Outubro de 2008, em: http://www.rcgd.isr.umich.edu/crockerlab/articles/2005_Crocker_Garcia_Self-Esteem_&_Stigma_of_Obesity.pdf
12. Franklin G, Denyer G, Steinbeck K, Caterson I, Hill A. Obesity and risk of low self-esteem: A statewide survey of Australian Children. 2006; Acedido em 20 de Janeiro de 2009, em: <http://journal.shouxi.net/qikan/article.php?id = 376906>

13. Carvalho AP, Cataneo C, Galindo E, Malfará C. Auto-conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia* 2005; 15(30): 131-139 .
14. Lau P, Lee A, Ransdell L, Yu C, Sung R. The association between global self-esteem, physical self-concept and actual vs ideal body size rating in chinese primary school children. *International Journal of Obesity* 2004; 28: 314-319.
15. Simões D, Meneses R. Auto-Conceito em Crianças com e sem obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2007; 20: 246-251.
16. McElroy S L, Kotwal R, Malhotra S, Nelson E B, Keck P E, Nemeroff CB. Are mood disorders and obesity related? *Journal of Clinical Psychiatric* 2001; 81:40-46.
17. Becker ES, Margraf J, Turkei V, Soeder U, Neumeri S. Obesity and Mental Illness in a representative sample of Young Women. *International Journal of Obesity* 2001; 25: 5-9.
18. Britz B, Siegfried W, Sieglers A, Lamertz, C, Herpertz-Dahlmanns B., Remschmidt H Wittchen H, Hebebrand J. Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International Journal of Obesity* 2000; 24: 1707-1714.
19. Kolotkin R, Crosby R, Kosloski K, Williams R. Development of a Brief Measure to Assess Quality of Life in Obesity. *Obesity Research* 2001; 9: 102-111.
20. Segal A, Libonori H, Azevedo A. Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. *Obesity Surgery*.2002; 12: 598-601.
21. Mustillo S, Worthman C, Erkanli A, Keeler G., Angold A, Costello, E. Obesity and Psychiatric Disorder: Developmental Trajectories. *Pediatrics* 2003; 11: 851-859.
22. Erickson S, Robinson T, Haydel F, Killen J. Are Overweight Children Unhappy? Body Mass Index, Depressive Symptoms, and Over-weight Concerns in Elementary School Children. *Archives Pediatrics Adolescents Medicine* 2000; 154: 931-935.
23. Dixon J, Dixon M, O´Brien P. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163: 2058-2065.
24. Wardle J, Cooke L. The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 2005; 19: 421-440.
25. Eisenberg M, Newmark-Sztainer D, Story M. Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine* 2003; 157: 733-738.
26. Brewis A. Biocultural aspects of obesity in young Mexican school-children. *American Journal of Human Biology* 2003; 15: 446-460.
27. Goodman E, Whitaker R. A Pros-pective Study of the Role of Depression in the Development and Persistence of Adolescent Obesity. *Pediatrics* 2002; 109: 497-504.
28. Erermis S, Cetin N, Tamar M, Bukusoglu N, Akdeniz D, Goksen, D. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International* 2004; 46: 296-301.
29. Luiz M, Gorayeb R, Júnior R, Domingos N. Depressão, Ansiedade e Competência Social em Crianças Obesas. *Estudos de Psicologia* 2005; 10: 35-39.
30. Harter S. The perceived competence scale for children. *Child Development* 1982; 53: 87- 97.
31. Kovacs M. (1992). *Children´s Depression Inventory manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
32. Dias P, Gonçalves M. Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. In Soares, A.P., Caires, S., Araújo; S., editors. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga; 1999. p. 553-564
33. Spielberger C, Edwards D, Lushene R, Montuori J, Platzek D. *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. 1973 Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc.
34. Varni J, Seid M, Kurtin P. The PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations. *Med Care* 2001; 39: 800-812.
35. Lima L, Guerra MP, Lemos MS. Adaptação da escala genérica do Inventário Pediátrico de Qualidade devida a uma população portuguesa. *Estudos psicométricos* 2008; 8:83-91.
36. Hughes A, Farewell K, Harris D, Reilly J. Quality of life in a clinical sample of obese children. *International Journal of Obesity*. 2007; 31, 39-44.
37. Williams A, Wake M, Hesketh K, Maher E, Water E. Health-Related Quality of Life of Overweight and Obese children. *Jama* 2005; 293: 70-76.

38. Diamiani D, Carvalho D, Oliveira R. Obesidade na infância – um grande desafio. *Pediatria Moderna* 2000; 36: 489-528.
39. Paxton H. The effects of childhood obesity on self-esteem. *Pro Quest* 2005; 43: 24-33.
40. Strauss R. Childhood obesity and self-esteem. *Pediatric*. 2000; 105: 15.
41. Kaplan K, Wadden, T. Childhood obesity and self-esteem. *Journal of Pediatrics* 1986; 109: 367-370.
42. Wal J, Thelen M. Eating and body image concerns among obese and average-weight children. *Addictive Behaviors* 2000; 25: 775-778.
42. Franklin G, Denyer G, Steinbeck K, Caterson I, Hill A. Obesity and risk of low self-esteem: A statewide survey of Australian Children. 2006. Acedido em 20 de Janeiro de 2009, em: <http://journal.shouxi.net/qikan/article.php?id = 376906>
43. Braet C, Mervielde I. Psychological Aspects of childhood obesity: A controlled study in a clinical and non-clinical sample. *Journal of Pediatric Psychology* 1997; 22: 59-71.
44. Csabi G, Tenyi T, Molnar D. Depressive symptoms among obese children. *Journal of Eating and Weight Disorders* 2000; 5: 43-45.
45. Cataneo C, Carvalho A, Galindo E. Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-Conceito, Locus de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2005; 18: 39-46.