UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCELI KELLY DE OLIVEIRA CARDOSO

**Avaliação psicológica de crianças obesas em um programa de
atenção multiprofissional a obesidade da Universidade de São
Paulo – 2001 e 2002**

Ribeirão Preto
2006

LUCELI KELLY DE OLIVEIRA CARDOSO

**Avaliação psicológica de crianças obesas em um programa de
atenção multiprofissional a obesidade da Universidade de São
Paulo – 2001 e 2002**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental
Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho

Ribeirão Preto

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Cardoso, Luceli Kelly de Oliveira

Avaliação psicológica de crianças obesas em um programa de atenção multiprofissional a obesidade da Universidade de São Paulo – 2001 e 2002. Ribeirão Preto, 2006.

103 p.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Carvalho, Ana Maria Pimenta

1. Obesidade. 2. Criança. 3. Psicologia.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luceli Kelly de Oliveira Cardoso

Avaliação psicológica de crianças obesas em um programa de atenção multiprofissional a obesidade da Universidade de São Paulo – 2001 e 2002

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Enfermagem psiquiátrica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

Profa. Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

Profa. Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

Dedico este trabalho

**Ao meu marido Paulo, por seu amor,
compreensão e apoio incansável durante o
período de elaboração deste trabalho.**

**Aos meus pais Demir e Otaídes, por terem
me educado com amor e carinho, por tudo que
me ensinaram e pelo incentivo que sempre me
deram.**

**À minha avó Helena, por estar sempre a
meu lado.**

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho**, por ter acreditado em mim, por ter me incentivado, por ter me dado a oportunidade de caminhar nesta direção e também pela maneira humana, gentil, carinhosa e competente com que me orientou durante este caminhar, que muito contribuiu para o meu crescimento científico, intelectual e como ser humano.

À **Jacqueline Rodrigues da Cunha Neto e Maria Aparecida Prioli Bugliani**, supervisoras do Programa de Aprimoramento em Saúde na Comunidade/HCFMRP, por terem realizado trabalho tão dedicado e competente junto ao Programa de Atenção Multiprofissional à Obesidade da Universidade de São Paulo, como supervisoras e por terem concordado com que eu trabalhasse com o material coletado por sua equipe.

À **Elaine Cristina Minto, Thaís Angélica G. Montalvão e Jane N. Dacanal**, Bolsistas do Programa de Aprimoramento em Saúde na Comunidade/HCFMRP, também por terem realizado trabalho tão dedicado e competente junto ao Programa de Atenção Multiprofissional à Obesidade da Universidade de São Paulo, acompanhando as crianças e seus pais e por terem concordado que eu trabalhasse com o material por elas coletado.

À **Profa. Dra. Maria das Graças Bomfim de Carvalho**, pelas relevantes considerações e sugestões realizadas durante o meu exame de qualificação.

À **Profa. Dra. Teresinha Pavanello Godoy Costa**, pelas relevantes considerações e sugestões realizadas durante o exame de qualificação. Como minha chefe na Universidade de Ribeirão Preto, pelas inúmeras vezes em que tornou meu horário flexível para que eu cumprisse as atividades da Pós-Graduação, pelas oportunidades de crescimento que me deu e também pelo carinho e compreensão que sempre me dispensou.

À **Adriana Borela Botoleti Arantes, Edilene Aparecida Foletto e Josilene de Paula Andrade**, Secretárias do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, por serem tão atenciosas e estarem sempre disponíveis, facilitando o trabalho dos alunos.

**“Ninguém ignora tudo,
ninguém sabe tudo. Por isso,
aprenderemos sempre”.**

Paulo Freire

RESUMO

CARDOSO, L. K. O. Avaliação psicológica de crianças obesas em um programa de atenção multiprofissional a obesidade da Universidade de São Paulo – 2001 e 2002. 2006. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

A obesidade vem aumentando em crianças e adultos, o que traz sérias conseqüências para a saúde física e mental do indivíduo. Muitos estudos têm demonstrado que o excesso de peso tende a diminuir a expectativa de vida e predispõe à morbidade. A obesidade está relacionada com a redução das atividades motoras, fadiga e problemas psicológicos. É um problema de difícil tratamento. Assim, medidas de intervenção devem ser incentivadas para obter controle em fase precoce. O objetivo deste estudo foi de descrever e analisar os resultados das avaliações psicológicas de crianças que vieram para atendimento no Programa de Atenção Multiprofissional a Obesidade da Universidade de São Paulo nos anos de 2001 e 2002, ao iniciar o atendimento proposto pelo programa e ao final do mesmo, e também analisar peso, altura e IMC iniciais e finais dessas crianças. Os sujeitos desse estudo foram 19 crianças com percentil do IMC igual ou acima de 95, com idades entre 10 e 12 anos, participantes do programa. O Programa de Atenção Multiprofissional a Obesidade da Universidade de São Paulo tinha duração de um ano letivo e contava com uma equipe integrada por psicólogos, professores de educação física, nutricionistas e enfermeiros. O estudo foi realizado por meio da análise dos protocolos das avaliações psicológicas realizadas no início do trabalho e no final, durante os anos de 2001 e 2002. Em 2001 os testes aplicados foram:

Teste do desenho da Figura Humana, IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado Forma C e Escala Infantil Piers-Harris de Auto-conceito. Em 2002 os testes aplicados foram: Teste do desenho da Figura Humana, Escala de Ansiedade “O que penso e sinto”, Escala de Lócus de Controle para crianças e Escala Infantil Piers-Harris de Auto-conceito. Os protocolos das avaliações psicológicas foram analisados de acordo com as normas de padronização de cada instrumento utilizado e foi verificado que, em sua maioria, as crianças deste estudo encontram-se dentro da média, com relação aos aspectos do seu funcionamento psicológico. Foi realizada uma comparação dos resultados dos instrumentos psicológicos de cada criança no início do trabalho e no final, em cada um dos anos, e não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes mostrando que, de maneira geral, não houve alteração em relação aos aspectos do funcionamento psicológico das crianças após o trabalho realizado. Com relação ao peso inicial e final, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa para o ano de 2001. Já para o ano de 2002 houve diferença, mostrando que as crianças tiveram aumento de peso na avaliação final. Com relação à altura inicial e final, foi encontrada diferença estatisticamente significativa nos dois anos, houve aumento na altura final das crianças. Com relação ao IMC inicial e final não foi verificada diferença estatisticamente significativa nos dois anos. Enquanto grupo, as crianças, ao final do programa, tenderam a manter seus índices de massa corporal (IMC), permanecendo na faixa do percentil 95 e, portanto indicando quão difícil é tratar o problema em crianças.

Palavras-chave: Obesidade, Criança, Psicologia.

RESUMEN

CARDOSO, L. K. O. Evaluación psicológica de niños obesos en un programa de atención Multiprofissional en la Universidade de São Paulo – 2001 y 2002. 2006. 103 h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

La obesidad viene aumentando en niños y adultos, lo que acarrea serias consecuencias para la salud física y mental del individuo. Muchos estudios han demostrado que el exceso de peso tiende a disminuir la expectativa de vida y predispone a la morbilidad. La obesidad está relacionada con la reducción de las actividades motoras, fatiga y problemas psicológicos. Es un problema de difícil tratamiento y, así, se debe incentivar medidas de intervención para alcanzar el control en la fase precoz. La finalidad de este estudio fue describir y analizar los resultados de las evaluaciones psicológicas de niños que fueron atendidos en el Programa de Atención Multiprofesional a la Obesidad de la Universidad de São Paulo en 2001 y 2002, al inicio y al final de la atención propuesta por el programa, y también analizar peso, altura y IMC iniciales y finales de esos niños. Participaron de ese estudio 19 niños con percentil del IMC igual o arriba del 95, con edad entre 10 y 12 años, participantes del programa. El Programa de Atención Multiprofesional a la Obesidad de la Universidad de São Paulo tenía duración de un año lectivo y disponía de un equipo integrado por psicólogos, profesores de educación física, nutricionistas y enfermeros. El estudio se realizó mediante el análisis de los protocolos de las evaluaciones psicológicas efectuadas al inicio y al final del trabajo, durante los años de 2001 y 2002. En 2001 se aplicaron los siguientes tests: Test del dibujo de la Figura Humana, IDATE – Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado Forma C

y Escala Infantil Piers-Harris de Autoconcepto. En 2002, se aplicaron: Test del dibujo de la Figura Humana, Escala de Ansiedad “Lo que pienso y siento”, Escala de Locus de Control para niños y Escala Infantil Piers-Harris de Autoconcepto. Se analizaron los protocolos de las evaluaciones psicológicas según las normas de cada instrumento utilizado y se verificó que la mayoría de los niños de este estudio están dentro de la media con relación a los aspectos de su funcionamiento psicológico. Se compararon los resultados de los instrumentos psicológicos de cada niño al inicio y al final del trabajo, en cada uno de los años, y no se encontraron diferencias estadísticamente significantes. En general, no se produjo ninguna alteración en los aspectos del funcionamiento psicológico de los niños tras el trabajo efectuado. En cuanto al peso inicial y final, no se encontró diferencia estadísticamente significativa para 2001. Para 2002, por otro lado, se observó una diferencia, lo que muestra un aumento en el peso de los niños en la evaluación final. Con relación a la altura inicial y final, ocurrieron diferencias estadísticamente significativas en los dos años, con aumento en la altura final de los niños. No se verificó ninguna diferencia estadísticamente significativa respecto al IMC inicial y final. Al final del programa, este grupo de niños tendió a mantener sus índices de masa corporal (IMC) y permanecer en la fracción del percentil 95, lo que indica cuán difícil es tratar el problema en niños.

Palabras-clave: Obesidad, Niño, Psicología.

ABSTRACT

CARDOSO, L. K. O. Psychological evaluation of obese children in a multiprofessional care program at Universidade de São Paulo – 2001 and 2002. 2006. 103 p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2006.

Obesity has been increasing in children and adults, entailing serious consequences for people's physical and mental health. Many studies have demonstrated that excess weight tends to decrease life expectancy and predispose to morbidities. Obesity is related to a reduction in motor activities, to fatigue and psychological problems. As it is difficult to treat, intervention measures must be encouraged to get it under control at an early stage. This study aims to describe and analyze the psychological evaluation results of children attended in the Multiprofessional Obesity Care Program offered by the University of São Paulo in 2001 and 2002, at the beginning and end of the assistance proposed by the program, as well as to analyze these children's initial and final weight, height and BMI. Subjects were 19 children between 10 and 12 years old, with a BMI percentile of 95 or higher, who participated in the program. This Multiprofessional Obesity Care Program by the University of São Paulo took one school year and its team included psychologists, physical education teachers, nutritionists and nurses. We analyzed the children's psychological evaluation records, realized at the beginning and end of this program, in 2001 and 2002. In 2001, we applied the Human Figure Drawing Test, STAI-C – State-Trait Anxiety Inventory for Children and the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. In 2002, we used the Human Figure Drawing

Test, the Anxiety Scale “What I think and feel”, the Locus of Control Scale for Children and the Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale. The psychological evaluation records were analyzed according to the standards of each instrument. We verified that most children in this study scored within average levels for the aspects of their psychological functioning. For each child, we compared the results of the psychological instruments at the beginning and end of the work in each year and could not find any statistically significant differences. This shows that, in general, the aspects of the children’s psychological functioning did not change after the program. With respect to initial and final weight, we did not find any statistically significant difference for 2001. The difference found for 2002, on the other hand, shows an increase in the children’s weight on the final evaluation. In terms of initial and final height, we found a statistically significant difference in both years, with an increase in the children’s final height. We did not find any statistically significant difference between initial and final BMI in both years. At the end of the program, this group of children tended to maintain their BMI within the 95 percentile range, which indicates how hard it is to treat this problem in children.

Keywords: Obesity, Child, Psychologist.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Problemas associados à obesidade	19
1.2. Classificação da obesidade	20
1.3. Aspectos psicológicos relacionados à obesidade	22
1.4. Tratamento da obesidade em crianças e adolescentes	35
1.5. Justificativa	45
1.6. Objetivo	46
2. METODOLOGIA	47
2.1. Participantes	47
2.2. Local de realização do estudo	48
2.3. Aspectos éticos	49
2.4. Procedimentos	50
2.4.1. Coleta de dados	50
2.4.2. Avaliação psicológica	50
2.5. Análise dos dados	52
3. RESULTADOS	54
3.1. Comparações entre as primeiras e as segundas avaliações de cada instrumento das duas turmas	54
3.1.1. Ano de 2001	54
3.1.2. Ano de 2002	54
3.2. Comparações entre peso, altura e IMC inicial e final para cada turma	55
3.3. Apresentação dos valores de mediana, mínimo e máximo dos escores da Escala Infantil Piers-Harris de Auto-conceito, para cada turma	56

3.4. Distribuição dos participantes com relação à avaliação dos instrumentos: Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE C); Escala de Ansiedade “O que Penso e Sinto”; Escala de Lócus de Controle; Desenho da Figura Humana.	56
3.5. Apresentação dos valores de média, desvio padrão, mediana e mínimo e máximo do peso, altura e IMC inicial e final, para cada turma	59
3.6. Análise de casos de crianças que apresentaram perda de peso e /ou diminuição do IMC nas duas turmas	60
4. DISCUSSÃO	63
5. CONCLUSÃO	70
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
7. APENDICE	81
8. ANEXOS	90

1. INTRODUÇÃO

A obesidade é provavelmente uma das enfermidades mais antigas do homem. Desenhos rupestres mostram o homem da pré-história com aparência de peso excessivo para sua altura. A análise de uma possível composição corporal de homens pré-históricos aponta indivíduos de baixa estatura, excesso de peso e com índices de massa corporal elevados. O homem ingeria uma grande quantidade de alimento objetivando armazenar energia para a sua sobrevivência em um meio inóspito. (FISBERG, 2004).

Durante séculos, a obesidade foi vista como sinônimo de beleza, de riqueza e de poder. No entanto, hoje ela se constitui um problema importante de saúde, tanto pelo impacto que provoca na expectativa média de vida como pela piora que causa na sua qualidade. É a doença crônica nutricional que mais cresce no mundo, com conseqüências desastrosas em todas as faixas etárias e todas as camadas da população. (VIUNISKI, 2005).

Há uma grande mudança com a chegada dos anos de 1960 e a busca por um corpo magro, atlético e bem definido. A geração saúde se impõe, chegando a extremos causadores de anorexias mortais. O excesso de peso passa de padrão de beleza para vilã dos tempos modernos. (FISBERG, 2004).

A obesidade é definida como uma condição do organismo no qual há depósito excessivo de gordura, caracterizando-se pelo desvio dos padrões de peso para altura, idade e sexo. (MEDEIROS, 1994).

A obesidade é considerada uma doença multifatorial que envolve fatores genéticos, psicológicos e psicossociais, hábitos e cultura. Casos de origem endocrinológica são exceções. (OLIVEIRA, 2000).

O interesse no estudo da obesidade não tem sido priorizado em países em desenvolvimento, onde há a prevalência da desnutrição energético-proteica, principalmente quando se trata da população infantil. Porém, nos últimos dez anos vem sendo documentado um aumento de crianças, adolescentes e adultos obesos em países menos favorecidos, considerando fatores sócio-econômicos. (SIGULEM; VEIGA; PRIORE, 1995).

A obesidade infantil vem aumentando significativamente no mundo todo. A prevalência da obesidade nos EUA e no Brasil aumentou em torno de 50% na última década e cerca de $\frac{1}{4}$ das crianças são obesas ou apresentam sobrepeso. Cerca de 40 e 80% das crianças obesas serão adultos obesos. Diversos estudos estimam que cerca de 50% das crianças obesas aos sete anos serão adultos obesos e cerca de 80% dos adolescentes obesos se tornarão adultos obesos. (OLIVEIRA, 2000).

Conforme as estatísticas da Sociedade Brasileira de Pediatria, 15% das crianças são obesas. Acredita-se que 20% das crianças até 10 anos estão acima do peso ideal. Nos anos 80 apenas 3% das crianças eram consideradas obesas. (FISBERG; RODRIGUES, 2000).

Estudos recentes apontam a obesidade como o problema nutricional mais prevalente nos Estados Unidos, afetando um terço da população adolescente e adulta. As projeções indicam que, caso não haja intervenção, a população americana chegará em 2035 com 90% dos indivíduos com excesso de peso. No Brasil, dados da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade (ABESO) demonstram que aproximadamente 40% da população brasileira apresenta excesso de peso. (FISBERG, 2004).

É estimado que cerca de 50% dos lactentes obesos serão obesos sempre, e que em torno de 80% dos pré-escolares obesos permanecerão obesos na vida

adulta. A criança pré-escolar é ativa, ágil e de pouca comida e quando essa criança é gorda e comilona, quase certamente será obesa mais tarde.(CHAGAS; VIEIRA, 1989).

Alguns autores revelam que o peso ao nascimento e no primeiro ano de vida não é necessariamente um indicativo de obesidade posterior. (NETTO; SAITO, 1991).

O risco de uma criança se tornar obesa é aumentado em função da obesidade dos pais, sendo baixo o risco quando nenhum dos pais é obeso, alto quando apenas um é e muito alto quando ambos são obesos. Uma criança que esteja em idade escolar, e com sobrepeso, que tenha um dos pais com obesidade, tem mais de 70% de chance de ser um jovem adulto obeso. (SPADA, 2005).

1.1. Problemas Associados à Obesidade

Várias doenças estão associadas à obesidade e embora as conseqüências ocorram mais no adulto, a obesidade infantil apresenta maior risco para algumas delas, além do que os distúrbios psicossociais, provocados pelo estigma da obesidade, são muito importantes nesta fase de estruturação da personalidade. (SPADA, 2005).

A obesidade infantil aumenta o risco da obesidade na fase adulta, pode aumentar os riscos para as doenças cardiovasculares, diabetes, etc. Pode levar a criança a ter uma pressão sangüínea alta, pode colaborar para o aumento dos níveis de mau colesterol (LDL/VLDL) e diminuição dos níveis de bom colesterol (HDL) no sangue. Podem, também, ocorrer deformações da coluna vertebral, proporcionais ao excesso de peso, interferindo inclusive no crescimento. (MEDEIROS, 1994).

Ainda o autor ressalta que a obesidade no adulto pode levar o indivíduo a um maior risco para diversas doenças, tais como a diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, alterações circulatórias, hipertensão arterial, arteriosclerose, hipercolesterolemia, hiperlipemia, problemas estruturais e até o câncer (diversos estudos demonstraram a relação entre a obesidade e a mortalidade por câncer de mama, endometrial, do cólon, do reto e da próstata).

A obesidade é uma das distrofias nutricionais que têm merecido mais atenção por parte dos pesquisadores, não apenas pelo aumento significativo que tem apresentado na sua frequência, na maioria dos países do mundo (incluindo os subdesenvolvidos), mas também pelas inúmeras implicações de naturezas social, psicológica e orgânica apresentadas pela obesidade. (JEAN; RESEGUE, 2000).

Muitos estudos têm demonstrado que o excesso de peso tende a diminuir a expectativa de vida e predispõe à morbidade. A obesidade está relacionada com a redução das atividades motoras, fadiga e problemas psicológicos como: rejeição, discriminação, carência, etc. A obesidade é um problema de difícil tratamento, assim medidas de intervenção devem ser incentivadas para obter controle em fase precoce.

1.2. Classificação da Obesidade

Conforme Medeiros (1994), a obesidade pode ser classificada em obesidade endógena, obesidade exógena e obesidade por fatores psicológicos. Faremos um esboço a seguir de cada uma delas, dando ênfase para a obesidade por fatores psicológicos:

a) Obesidade Endógena: ocorre devido a conseqüências de alterações metabólicas, neuroendócrinas e fisiológicas. Como exemplo, podemos citar os fatores genéticos, os fatores endócrinos e a obesidade hipotalâmica.

b) Obesidade Exógena: ocorre devido à ingestão excessiva de alimentos, baixo nível de atividade física e aspectos culturais. Neste tipo de obesidade podemos considerar três fatores importantes, tais como: hábitos alimentares errôneos ou inadequados, sedentarismo e aspectos culturais.

c) Obesidade por Fatores Psicológicos: Não há um tipo de personalidade associada ao problema. Os fatores sociais também são importantes, pois a sociedade estigmatiza o obeso, contribuindo para os sentimentos de auto-rejeição, rotulando o excesso de peso como desvio social desenvolvido pela falta de controle. Assim o obeso pode entrar num círculo vicioso de baixa auto estima, depressão e compulsão de comer, agravando o quadro, como num processo de auto-punição. Muitos obesos comem demasiadamente para satisfazer uma ou mais necessidades emocionais. O comer demais serve para compensar ou substituir as carências afetivas, acalmando os conflitos interiores. A pessoa torna-se dependente do alimento para aliviar seu vazio emocional, sua ansiedade e sua frustração. O alimento pode representar amor, segurança, alívio das tensões, satisfação, doçura. Os obesos geralmente vêm de famílias orais em sua orientação diante da vida. Pais que eram incapazes de dar amor, davam comida; pais que reprimiam a sexualidade, tentavam compensá-la com a comida; pais com dificuldades financeiras orgulhavam-se de uma mesa farta, e assim por diante.

De acordo com Lemes (2004), são dois os tipos de causas para a obesidade:

a) Obesidade endógena: que decorre de problemas orgânicos, como a disfunção da glândula tireoidiana, problemas metabólicos, entre outros. Ocorrendo em 5% dos casos.

b) Obesidade exógena: surge em função de nutrição inadequada, sedentarismo e problemas emocionais. Representando 95% dos casos. Este autor considera os fatores psicológicos da obesidade dentro da obesidade exógena.

Os fatores psicogênicos são bastante importantes e sempre devem ser investigados, sendo que os transtornos emocionais podem alterar os hábitos alimentares condicionando a obesidade, e por outro lado, a obesidade pode criar ou agravar transtorno emocional já existente. (BARBIERI; SANTORO, 1994).

A obesidade exógena ocorre em crianças com potencial genético para serem obesas e que o meio ambiente permite que esse potencial se cumpra plenamente. Recentes pesquisas confirmam que algumas crianças obesas realmente, podem comer menos que seus colegas magros, a diferença é que os magros têm taxas metabólicas mais altas, ou seja, eles queimam mais calorias. As pessoas são capazes de realizar um mesmo trabalho, gastando diferentes quantidades de energia. Trabalhos têm mostrado que a falta de atividade tem um papel maior que o excesso de alimentação na gênese da obesidade. Assim, crianças poupadoras de energia precisam fazer muito mais atividades que as grandes queimadoras. (VIUNISKI, 2005).

1.3. Aspectos Psicológicos Relacionados à Obesidade

A obesidade pode evoluir após distúrbios psicológicos reacionais, como estresse por cirurgias, tratamentos médicos, hospitalizações etc. Situações do dia-a-

dia de muitas famílias também podem favorecer a evolução da obesidade, tais como: ciúme de irmãos, sentir-se pouco amado, problemas escolares, conflito entre os pais. Na infância quando a obesidade já está instalada, é por si só fonte importante de distúrbios psicológicos, muito mais precoces que os orgânicos, os quais provavelmente atingem a totalidade das crianças obesas. (CHAGAS; VIEIRA, 1989).

A criança obesa sente-se discriminada, é alvo de inevitáveis piadinhas entre os colegas, enfrentando um grande desgaste emocional o que colabora para o seu isolamento e compromete sua saúde mental.

Os autores que trabalham com a obesidade infantil concordam em afirmar que o estabelecimento de um vínculo mãe-criança ruim poderá desencadear e atuar na manutenção da obesidade. (LEMES, 2004).

Muitas vezes, a mãe, por ter dificuldades de lidar com o seu próprio mundo emocional, transfere para a criança expectativas pessoais e frustrações, sobrecarregando-a emocionalmente e/ou com alimentação. A mãe pode responder a toda manifestação do bebê ou da criança por meio do aporte alimentar. (SPADA, 2005).

A mãe pode sentir-se motivada a superalimentar o filho, seja para compensar alguma rejeição inicial, seja porque a aparência “saudável” do famoso bebê Johnson, tão valorizada no passado, tranquiliza a mãe porque atesta a sua condição de boa mãe, tanto perante si mesma como perante aos olhos dos outros. O bebê que come e engorda valoriza a imagem que a mãe tem dela mesma em um momento que é vital que ela se sinta a mãe perfeita. Mediante as dificuldades, se a mãe não puder ser orientada e tranquilizada, a relação se complica e a amamentação pode não ser satisfatória, tanto para a mãe como para o bebê, o que

pode apressar o desmame. Sentimentos de que a mãe lhe nega algo tão desejado acarreta uma sensação de perda, de vazio, que por fazer parte da fase no qual a boca, o sugar e o alimento são muito importantes, adquire o significado de que tem sempre que se tentar encher com comida. Esses sentimentos podem ser generalizados para toda perda que a criança vier a sofrer na vida (nascimento de irmãos, perda de um ente querido, separação dos pais, para não falar das perdas inerentes ao crescimento e ao desenvolvimento). Assim, o paciente tenta evitar emoções dolorosas associadas à perda sofrida, comendo em excesso. O comer demais pode passar a ser sentido como fazer um estoque contra todas as perdas, ou então uma busca incessante de um prazer infantil perdido. (CAMPOS, 2004).

Há pais que oferecem o alimento de forma indiscriminada, ao menor sinal de necessidade da criança, isso acontece devido a pais ansiosos e pouco atentos para a real necessidade da criança. Não percebem que ela chora, além da fome, por outros motivos, como o frio, cansaço, calor, sono etc... Assim a criança, ainda sem um aparelho psíquico maduro, começa a associar toda frustração ou desconforto à ingestão alimentar. (NOBREGA; CAMPOS; NASCIMENTO, 2000).

Neste contexto, a criança aprende com a mãe, que o alimento é a solução para todos os conflitos, angústias, ansiedades e dores e, com isso, leva pela vida a necessidade de comer para resolver ou compensar problemas dos quais às vezes nem se dá conta. (CAMPOS, 2004).

A mãe que oferece alimento em resposta aos sinais que indiquem necessidades nutricionais da criança permite que ela desenvolva, gradualmente, o reconhecimento da fome como sensação distinta de outras tensões ou necessidades internas. (NOBREGA; CAMPOS; NASCIMENTO, 2000).

O vínculo mãe/filho é importante para o desenvolvimento de traços de personalidade e suas conseqüentes vicissitudes, aliando-se, também, aos aspectos genéticos e ambientais. A obesidade infantil exógena pode representar dificuldades afetivas provenientes da relação mãe/filho que, impedidas de serem transformadas, mais bem elaboradas, contidas e bem simbolizadas e representadas na mente, são expressas por meio do corpo, órgão que expressa o conflito. (SPADA, 2005).

Pais que são muito autoritários, que exigem muito de seus filhos e valorizam pouco sua produção, podem estar contribuindo para o desenvolvimento da obesidade em seus filhos. Pais que desejam ansiosamente criar filhos altamente competitivos para a vida acabam sobrecarregando os com muitos afazeres (além da escola, aulas de línguas, futebol, tênis, natação, informática, balé, piano, etc.). A criança elabora os seus sentimentos na brincadeira, e uma criança com o tempo tomado de afazeres não terá como elaborar os seus temores internos e com isso, a ansiedade pode surgir e com ela a comilança. (LEMES, 2004).

A pessoa obesa tem dificuldade de sentir prazer nas relações sociais, o comer é o seu prazer número um. Desta forma se estabelece um círculo vicioso: Comer – Obesidade – Dificuldade para 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).

Comer demasiadamente pode ser uma forma de lutar contra estresse, depressão e fraquezas, perdendo, total ou parcialmente, a capacidade de identificar o que é de fato imprescindível para a vida. (SPADA, 2005).

Segundo Campos (2004), na obesidade exógena, a dinâmica ambiental da família em indivíduos geneticamente predispostos representa a maioria dos casos e tem como características: o sedentarismo, o excesso de ingestão alimentar, os

hábitos alimentares, o relacionamento intrafamiliar complicado, o consumismo, o desmame precoce, a introdução precoce de alimentos sólidos, as substituições de refeições por lanches, as relações psicoafetivas alteradas, os grandes conflitos, os distúrbios do vínculo mãe-filho.

Estudos com testes projetivos revelaram distúrbio da representação da imagem corporal, confusão de identificação sexual e, em alguns casos, traços de aparência psicótica. Na criança obesa é preciso considerar que a hiperfagia e a inatividade física podem estar associadas, não apenas a aspectos somáticos, como também ao ajustamento social pobre, a uma imaturidade emocional ou a uma maturidade defeituosa. A criança que está com sua necessidade reprimida e insatisfeita reage com uma crescente solicitação do alimento e um desejo de satisfação imediata. (MEDEIROS, 1994)

Para Lemes (2004), a imagem corporal é a figuração do nosso corpo em nossa mente. De forma geral, os obesos apresentam grande dificuldade de se olharem no espelho, evitando ao máximo e podem chegar na idade adulta com verdadeira aversão, o que acontece muitas vezes. Por meio da comunicação gráfica é possível detectar a presença do transtorno da imagem corporal, tanto em crianças e adolescentes quanto a que seus pais apresentam acerca deles. Em exemplo citado pelo autor, ao pedir para uma adolescente de 13 anos desenhar como ela se reconhece e como ela gostaria de ser, teve como resultado a figura de como ela se reconhece com formas retas e pouco femininas, de calça e camiseta e já no desenho de como ela gostaria de ser é expressa a feminilidade através do umbigo de fora, da cintura e dos seios definidos. É como se a sensualidade só pudesse ser experimentada pelo corpo magro. Em outro exemplo, no desenho de uma mãe retratando a sua filha obesa de 14 anos, obteve-se o mesmo tipo de resultado, no

desenho de como a mãe reconhece a sua filha as formas são novamente retas e pouco femininas, de calça e camiseta, já no desenho de como a mãe gostaria que a sua filha fosse é possível identificar a expressão da feminilidade na minissaia e na cintura fina. A mãe expressa no desenho o desejo do corpo magro para sua filha, desejo este que, muitas vezes, pode ser expresso em palavras e gestos.

Os indivíduos obesos têm uma demanda que não é exclusivamente dietética, de atividade física ou mesmo receita de drogas. É necessário que sejam escutados, que compreendam seus problemas, seus impulsos, seus desejos de comer. (DOMINGUES FILHO, 2000).

Segundo Leite (1996), diante do quadro dos aspectos emocionais presentes na obesidade, constata-se a dificuldade de uma pessoa obesa fazer uma dieta, sem que se trabalhem esses aspectos.

Wallace, Sheslow e Hassink (1993), realizaram um estudo com 54 crianças que foram atendidas em um programa multidisciplinar para manejo do peso em um hospital. A idade média das crianças foi de 12,1 anos, sendo que a idade variou de 5,0 a 17,8 anos e o IMC médio foi de 33,5 Kg/m² e variou de 22,3 a 63,4 Kg/m². Este estudo foi projetado para explorar o risco de depressão em um grupo de crianças obesas e determinar as relações entre peso e sintomatologia. Os pacientes foram encaminhados pelos médicos locais ou pelos familiares. Os critérios de seleção dependeram do IMC (Kg/m²) maior do que 20 e habilidade para completar o Inventário de Depressão Infantil (CDI). Todas as crianças completaram o CDI. Das 54 crianças 42,6% eram levemente obesas (IMC: 20 a 29), 44,4% eram moderadamente obesas (IMC: 30 a 39) e 13% eram severamente obesas (IMC maior que 40). Os escores do CDI variaram de 0 a 29, com uma média de 9,7, resultando que 32% das crianças estavam dentro do grupo depressivo, 22% das

crianças estavam na linha divisória dos dois grupos, e 46% estavam no grupo normal. Assim o índice de depressão suspeitada nesta população excedeu os índices esperados. Este estudo demonstrou um aumento do risco para depressão em crianças obesas que se apresentam para tratamento. Entretanto nenhuma correlação foi encontrada entre os escores obtidos no CDI e IMC e nenhuma associação entre raça, sexo, idade, nível socioeconômico e sintomas depressivos. Mais informações são necessárias para estimar a relação entre tais sintomas e a obesidade na criança, para que se possa adequar a direção do tratamento. O ganho de peso excessivo, estigma social e baixa auto-estima podem conduzir a sintomas depressivos, e crianças com problemas de peso podem precisar serem vistas como um grupo de alto risco para depressão. A metodologia deste estudo não permitiu determinar quais sintomas depressivos procederam ou resultaram da obesidade. De acordo com os autores a obesidade pode requerer uma avaliação psicológica associada a desordens sociais e emocionais particularmente em crianças/famílias que buscam ajuda no manejo do peso.

No estudo realizado por Luiz (2004), com 60 crianças obesas e 30 crianças não obesas, com idades entre 7 e 13 anos, foi evidenciado maior número de crianças obesas com sintomas de depressão e ansiedade (ansiedade estado e ansiedade traço). O mesmo ocorreu com relação aos déficits de competência social e aos distúrbios comportamentais.

Strauss (2000), realizou um estudo que avaliou as mudanças longitudinais na auto-estima de crianças obesas após um período de quatro anos. Foram estudadas 1520 crianças de 9 a 10 anos de idade em 1992 ou 1994, filhos de mães inscritas na Pesquisa Nacional Longitudinal da Juventude, que é um estudo fundado federalmente e administrado pelo Departamento de Trabalho dos Estados Unidos. A

idade das mães das crianças variava de 17 a 28 anos de idade. A auto-estima das crianças foi medida usando o Perfil de Auto Percepção para crianças (PAPC), foram administradas duas das quatro sub-escalas originais, desenvolvidas por Harter, que correspondem às escalas globais e relacionadas ao desempenho escolar de valor próprio. Dados do PAPC foram avaliados em 1388 das crianças entre 9 e 10 anos. Após o período de quatro anos, já com idade entre 13 e 14 anos, os dados do PAPC foram colhidos em 1090 daquelas crianças avaliadas anteriormente. Na idade entre 13 e 14 anos, dados adicionais foram coletados através de um questionário auto-administrado sobre bem-estar emocional, tabagismo e consumo alcoólico. Esta pesquisa mostrou que as notas de auto-estima relacionadas ao desempenho escolar e global não foram significativamente diferentes entre crianças obesas e não obesas de 9 a 10 anos de idade. Entretanto após o período de quatro anos, crianças obesas hispânicas de sexo feminino e crianças obesas brancas de sexo feminino mostraram significativamente diminuição nos níveis globais de auto-estima comparados com crianças não-obesas hispânicas de sexo feminino e crianças não-obesas brancas de sexo feminino, respectivamente. Pequenas diminuições na auto-estima também são observadas em garotos obesos comparados com garotos não obesos. Foi observado que por volta dos 13 a 14 anos de idade o nível de auto-estima fica significativamente mais baixo em garotos obesos, garotas obesas hispânicas e garotas obesas brancas, comparados com seus equivalentes não obesos. A diminuição dos níveis de auto-estima em crianças obesas foi associada com o aumento significativo das taxas de tristeza, solidão e nervosismo comparados com crianças obesas cuja auto-estima aumentou ou permaneceu inalterada. Além disso, crianças obesas com diminuição dos níveis de auto-estima após o período de quatro

anos, estavam mais propensas a fumar e ingerir álcool, comparadas com crianças obesas cuja auto-estima aumentou ou permaneceu inalteradas.

Segundo a literatura, a obesidade pode estar relacionada a fatores psicológicos como o controle, a ansiedade e o desenvolvimento emocional. Tais fatores foram abordados no estudo de Carvalho et al. (2001), junto a um grupo de crianças obesas atendidas no Programa de Atenção Multiprofissional a Obesidade da Universidade de São Paulo e embora não se tenha encontrado diferenças entre crianças obesas e crianças de modo geral, foram identificados indivíduos que evidenciavam índices mais elevados de ansiedade e problemas emocionais.

Outro estudo realizado com 27 crianças obesas e 27 crianças não obesas, que estavam cursando da 4ª a 7ª série do 1º grau e com idades entre 10 e 12 anos, também não encontrou diferenças significantes entre elas quanto à maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. (CATANEO; CARVALHO; GALINDO, 2005).

Em crianças chinesas de 7 a 13 anos, foi avaliada a relação entre a discrepância do tamanho real e ideal do corpo, auto-estima global e auto-conceito físico. Verificou-se que a discrepância entre forma ideal e real do corpo não é predita pelo auto-conceito físico global e nem pela auto-estima global. Também o auto-conceito físico e o auto-conceito global não parecem ser afetados pelo tamanho corporal. Os autores sugerem que elementos culturais podem estar em jogo visto que este resultado difere daqueles encontrados em crianças ocidentais. (LAU, et al. 2004).

No estudo realizado por Cataneo et al. (2005), verificou-se que as crianças obesas estudadas apresentaram um conceito de seus corpos que não foi totalmente negativo. Embora majoritariamente incomodadas com sua aparência, tenderam a

concordar com afirmações positivas sobre certas características como ter olhos bonitos, ter um rosto agradável e ser bonito. Mesmo outras características como julgar que os companheiros apreciam suas idéias apareceram como fazendo parte do auto-conceito da maioria das crianças obesas do estudo.

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

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

Stotland e Zuroff (1990), verificaram em muitas pesquisas, uma significativa relação entre *locus de controle* e perda de peso. No estudo de Aldersberg e Mayer (1949), verificou-se que indivíduos com excesso de peso possuíam uma tendência a externalidade. Para Rotter (1966), um *locus de controle interno* é um potencial preditor para sucessos em programas de perda de peso, contudo pesquisas posteriores tanto validaram tal afirmação (BALCH; ROSS, 1975; ROSS; KALUCY; MORTON, 1983), quanto há estudos que obtiveram resultados que contrariaram (GORMALLY; RARDIN; BLACK, 1980; TOBIAS; MACDONALD, 1977). Entretanto, estes estudos foram feitos em adultos. Não foram encontrados trabalhos que relacionassem *locus de controle* e obesidade infantil, quer seja uma avaliação do

locus geral, quer seja uma avaliação do locus de controle relacionado ao contexto alimentar.

Quando se trata de obesidade estudos referem-se à imagem corporal mostrando que os indivíduos obesos não apreciam seus corpos ou distorcem suas percepções sobre eles (CANDY; FEE, 1998; VENTURINI, 2000). Há relatos de sentimentos de menos valia, entre adolescentes obesos (DECHEN; CANO; RIBEIRO, 2000). Entretanto, pouco se tem estudado sobre o auto-conceito de forma mais ampla em crianças.

De acordo com Jacob (2001), o auto-conceito envolve a avaliação que a criança faz de si mesma de um modo global, como também as atribuições que faz de características específicas do seu modo de ser, caracterizando domínios específicos de competência e percepção, relacionados com comportamento, aparência, aceitação social, desempenho acadêmico, dentre outros.

O estudo feito por Braet; Mervielde e Vandereycken (1997), com 139 crianças obesas e 150 crianças não obesas, revelou que crianças obesas têm auto-percepções menos positivas em competência física que crianças não obesas. Crianças obesas que estão insatisfeitas com a sua aparência pessoal têm maior possibilidade de estarem insatisfeitas, também, com outros aspectos de suas vidas. Os efeitos psicológicos da auto-imagem do obeso não devem ser desprezados. Considerando o auto conceito e os comportamentos da criança obesa, esses autores realizaram um estudo comparando casos clínicos, isto é, crianças que buscaram ajuda para o problema da obesidade, não clínicos e não obesos. Os dois grupos de crianças (clínico e não clínico) apresentavam resultados mais negativos na avaliação do auto conceito, que as crianças não obesas. Na avaliação comportamental apenas as crianças do grupo de obesos que buscaram tratamento,

apresentaram índices mais altos de problemas de comportamento, conforme avaliado por seus pais.

A auto-avaliação faz parte do processo adaptativo das pessoas. O apreço por si e a percepção de que se têm habilidades e capacidades, são construídos a partir do contato com as outras pessoas, que fornecem pistas ao indivíduo sobre o seu desempenho. A auto-avaliação é um fenômeno pessoal que ajuda o indivíduo a dirigir o seu comportamento. As pessoas carregam consigo um auto-conceito positivo ou negativo e atuam em função dele. O que a pessoa pensa sobre si mesma, diz muito sobre a satisfação que extrai de sua vida e das atividades que realiza, sendo um fator de risco ou de suporte para sua saúde mental. (BANDURA, 1986).

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

O estudo sobre a ansiedade, do ponto de vista psicológico, salienta uma diferenciação quanto à forma com que ela se apresenta – ansiedade estado e traço. A ansiedade estado é conceituada como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos e por um aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Os escores de ansiedade estado podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e flutuar no tempo. (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Já a ansiedade traço, segundo esses autores, refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade. Os escores de ansiedade traço são menos suscetíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo.

De acordo com Spielberger (1983), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado IDATE-C foi criado para fornecer medidas operacionais de ansiedade estado e traço.

Segundo Soifer (1987 apud ANDRADE, 1995), um alto nível de ansiedade pode ter como sintoma a obesidade, que possivelmente mascara dificuldades internas, afetivas e relacionais, requerendo tratamento psicológico urgente.

Quando se trata de avaliar crianças e adolescentes sob a perspectiva projetiva, uma técnica de investigação bastante utilizada que abarca aspectos cognitivos e emocionais tem sido o Desenho da Figura Humana.

Azevedo (2000), comparando os resultados obtidos com a aplicação do Desenho da Figura Humana em 30 crianças obesas e 30 crianças não obesas, com idades entre 7 e 12 anos, encontrou que as obesas apresentavam mais indicadores emocionais.

Venturini (2000), utilizando o Desenho da Figura Humana com 15 crianças obesas verificou que suas produções evidenciaram transtornos no esquema corporal, ansiedade, insegurança, insatisfação consigo mesmas e sinais de agressividade, entre outros.

A preocupação com problemas psicológicos decorrentes da condição de obesidade está presente no relato de pais que buscam atendimento para seus filhos.

(WAI; CARVALHO, 2002). Dessa forma a investigação de sinais de sofrimento emocional faz-se também necessária no contexto de assistência à criança obesa.

1.4. Tratamento da Obesidade em Crianças e Adolescentes

A obesidade é abordada de forma multidisciplinar na maior parte dos serviços de assistência. Para melhor avaliar e atuar junto ao obeso, soma-se esforços, médicos nutrólogos, nutricionistas, endocrinologistas (caso de obesidade endógena), psicólogos e educadores físicos. Entretanto, os trabalhos realizados nestas áreas mostram que, independentemente da abordagem multidisciplinar, os resultados práticos ao longo do tempo são pequenos, sendo despendidos grandes esforços, a custos elevados, com resultados que deixam a desejar. (SCHUSSEL, 2004).

Segundo Viuniski (2005), enormes recursos são gastos pelos governos dos mais diversos países na tentativa de minimizar os efeitos da epidemia de obesidade em todas as idades e camadas sociais, porém a taxa de sucesso do tratamento é geralmente pequena. Assim, a grande arma contra esse problema é a prevenção, preferencialmente desde as idades mais precoces, modificando hábitos e afastando fatores de risco, antes mesmo da obesidade aparecer. O ideal é trabalhar na promoção e proteção da saúde e essa tarefa deve abranger os mais variados segmentos da sociedade, como os profissionais da saúde, família e escola, comunidade organizada, entidades governamentais e não governamentais.

Devido a sua complexidade, e para a obtenção de resultados mais satisfatórios, a obesidade requer um tratamento multidisciplinar, envolvendo diversos profissionais da saúde. A terapêutica não deve ser direcionada apenas para a gordura e sim para o indivíduo como um todo, oferecendo atenção especial aos aspectos psicológicos.

As crianças obesas diferenciam-se dos adultos obesos por estarem numa fase de formação de seu corpo e da sua personalidade. São elas alvo de “chacotas” dos colegas, não conseguem acompanhar outras crianças nas brincadeiras que exigem esforço físico e é o grupo vulnerável às propagandas de alimentos. A abordagem e o entendimento da obesidade infantil requerem cuidados especiais e conhecimentos profundos, pois intervenções feitas de forma inadequada podem trazer prejuízos irreparáveis à saúde dessas crianças, do ponto de vista do seu crescimento, desenvolvimento e estado psicológico. Fazer a conscientização dos pais que seus filhos são portadores de excesso de peso não é tarefa fácil para o profissional de saúde, principalmente se isso ocorrer nos primeiros cinco anos da vida da criança, devido ao desconhecimento dos efeitos adversos da obesidade em idades precoces da vida. (RODRIGUES, 2004).

Na infância e na adolescência deve-se buscar a incorporação de hábitos alimentares e de estilo de vida saudáveis, de maneira gradual e duradoura. É fundamental observar que este período que vai do nascimento até os 19 anos é rico em eventos biológicos e exuberante em comportamentos dos mais diversos, que mudam com rapidez fenomenal. No acompanhamento da criança e do adolescente é importante utilizar técnicas e estratégias facilitadoras do aprendizado e da mudança do comportamento alimentar, evitando os riscos de fornecer orientações padronizadas e principalmente evitando tratar o paciente como um adulto em miniatura. Progressos pequenos nas modificações dos hábitos alimentares dentro da capacidade do paciente deve ser a meta em curto prazo. Com a diminuição da taxa de ganho de peso ou com a manutenção do peso por meio do crescimento estatural, acontece a melhora da proporção de massa magra mantendo o metabolismo basal

constante. Metas rígidas de perda de peso podem não ser alcançadas gerando frustrações e perda de motivação. (VALVERDE; PATIN, 2004).

O tratamento da obesidade deve incluir modificações gerais na postura familiar e da criança, relacionados aos hábitos alimentares, tipo de vida, atividade física e correção alimentar. Deve-se levar em conta a criança, sua idade, a participação da família e de uma equipe multiprofissional. Na adolescência o tratamento em grupo favorece a socialização, a solidariedade e ajuda a atenuar o fracasso. (FISBERG, 2004).

Ainda este autor ressalta que é importante manter três condições como normas gerais para o tratamento da obesidade:

- Dieta balanceada, determinando crescimento adequado e manutenção do peso, e conseqüentemente redução dos índices de massa corporal, considerando de fácil utilização, custo baixo e pode ser mantida por períodos longos;
- Exercícios físicos controlados, com atividades diversificadas, associando a programas anaeróbicos, recreativos, que geram perda de peso e modificação da massa gorda, com aeróbicos, que preservam a capacidade cardiovascular;
- Apoio emocional, individual e familiar.

Para que se obtenha sucesso no tratamento do paciente obeso, é preciso que haja um bom vínculo entre terapeuta e o paciente. É a partir desta confiança que o paciente se deixa tratar. O tratamento psicológico com crianças e adolescentes pode ser realizado com psicoterapias individuais: psicanálise ou comportamental-cognitiva, esta última tem obtido sucesso por envolver o paciente em situações de vida atual. O paciente não pode se sentir sozinho neste caminho, é necessária a

participação da família, que esta tenha interesse, que siga as recomendações dadas e mostre sempre ao paciente que ele é amado independente do seu peso. Os trabalhos em grupo vêm obtendo resultados promissores. O grupo passa a ser um ambiente terapêutico muito importante para crianças e adolescentes obesos, pois esta clientela gosta de conviver em grupo, isto faz parte de seu desenvolvimento normal, o grupo assume uma característica importante de busca de identidade e personalidade. No grupo as crianças e adolescentes obesos podem falar da sua realidade sem temores, pois todos passam pelos mesmos problemas, tornando mais fácil compartilhá-los. (LEMES, 2004).

Segundo o autor citado acima o setor de psicologia do Centro de Pesquisas Aplicadas à Saúde (CEPAS) da Universidade São Marcos desenvolveu duas propostas de trabalho para atuar com crianças ou adolescentes obesos. Tais propostas estão descritas abaixo:

A primeira teve como objetivo principal conscientizar os pacientes obesos sobre a necessidade de mudança comportamental frente à alimentação. Além de participarem do grupo esses pacientes estavam sendo acompanhados por pediatra (consultas mensais), nutricionistas (consultas individuais mensais), recebiam aulas de condicionamento físico (três vezes por semana) e estavam inseridos no grupo de fisioterapia objetivando trabalhar a postura.

A proposta do grupo foi realizada entre os setores de psicologia e nutrição. Assim, no período de quatro meses, os pacientes puderam discutir temas pertinentes a estas duas áreas. Os atendimentos foram alternados entre a psicologia e a nutrição.

O trabalho foi realizado com 14 encontros, uma vez por semana, com duração de uma hora. Participaram do grupo 12 adolescentes obesos com idade média de 13 anos e índice de Massa Corpórea médio de 30, 56 Kg/m.

O trabalho foi realizado com dinâmicas de grupo e com temas pré-estabelecidos, procurando trazer para o grupo experiências vivenciadas pelos pacientes. A psicologia discutiu questões como: integração do grupo, baixa auto-estima, distorção da imagem corporal, apelidos e piadas, conflitos familiares, como mudar hábitos comportamentais e adesão e persistência no tratamento. A nutrição trabalhou com qualidade e quantidade de alimentos ingeridos, gasto energético e noções de calorias.

Os resultados foram obtidos qualitativamente por meio de observações e relatos dos pacientes tanto da psicologia como da nutrição. Os adolescentes, no início do grupo, confessaram para a psicóloga que estavam muito ansiosos, com muita expectativa de perder peso, sofrendo muita discriminação social por parte dos amigos e dificuldades de interação social. No final do grupo, os adolescentes relataram que puderam exteriorizar os seus desejos e as suas vontades, compreenderam a importância de saber ouvir e falar, falaram abertamente sobre os preconceitos sociais que passam e puderam aprender a se defender, discutiram a importância de melhorar a auto-estima para o sucesso do tratamento e reconheceram notar mudanças comportamentais.

A segunda teve como objetivo principal orientar as mães de adolescentes obesos frente aos aspectos multifatoriais da obesidade. A proposta foi realizada pelos psicólogos juntamente com os nutricionistas, médicos e fonoaudiólogos.

Foram utilizadas técnicas de dinâmica de grupo para as mães discutirem os temas referentes à obesidade de seus filhos, pertinentes aos setores envolvidos.

O trabalho durou quase quatro meses, foram realizados 13 encontros, uma vez por semana, com duração de uma hora. Os encontros aconteceram semanalmente pela psicologia e os outros profissionais da área da saúde se alternavam na outra semana. Participaram do grupo 12 mães de adolescentes obesos.

O setor de psicologia procurou discutir temas semelhantes aos que foram discutidos no grupo de adolescentes, como: baixa auto-estima, distorção da imagem corporal, apelidos e piadas, conflitos familiares e adesão e persistência ao tratamento. O setor de nutrição trabalhou com a desmistificação da dieta; o de medicina com os aspectos gerais da obesidade na infância e adolescência; o de fisioterapia, com os aspectos posturais; e o de fonoaudiologia, com a adequação da mastigação do obeso.

Os resultados foram obtidos qualitativamente por meio de observações e relatos dos pacientes tanto da psicologia quanto das outras áreas. No início do grupo, as mães mencionaram para a psicóloga sobre a necessidade de ter algo pronto, como uma receita a seguir. As mães estavam muito ansiosas para que seus filhos perdessem peso e estavam resistentes em abordar as dificuldades vivenciadas em casa com seus filhos. No final do trabalho, as mães relataram que puderam perceber a real dificuldade vivenciada por seus filhos; perceberam como elas cometeram inadequações frente à obesidade de seus filhos (apelidos e piadas); puderam colocar para fora o desejo que tinham de ter um filho magro e sem problemas; identificaram suas dificuldades em colocar limites aos filhos.

Com os demais profissionais da área de saúde, as mães relataram, no início do trabalho, que não tinham conhecimento que a obesidade implicava tantas

abordagens profissionais e se sentiam inseguras em discutir todos os temas propostos. No final do trabalho, as mães mostraram-se interessadas em descobrir cada vez mais acerca da obesidade de seus filhos; esclareceram parte dos mitos da obesidade e demonstraram maior segurança na relação com seus filhos.

De acordo com Oliveira et al. (2004), em crianças e adolescentes a obesidade é um dos problemas mais difíceis de tratar e são diversos os fatores que contribuem para este resultado negativo, tais como o não envolvimento da família no tratamento, a baixa auto-estima do paciente, prejudicando a adesão ao tratamento; a falta de um acompanhamento psicológico que é de extrema importância e a não associação da atividade física com a orientação alimentar. Desta maneira, segundo este autor, o Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA) desenvolveu um trabalho de acompanhamento ao adolescente obeso, chamado Projeto de Atividade para o Obeso (PAPO), com o objetivo principal de oferecer ao adolescente obeso um tratamento em grupo, acompanhado por uma equipe multidisciplinar (pediatra, nutricionistas, professores de educação física, psicólogos e fisioterapeutas).

Neste projeto são realizadas consultas individuais de nutrição a cada três semanas, fazendo inicialmente uma anamnese alimentar. São feitos cálculos das necessidades energéticas e a redução de 30% das calorias totais, considerando peso altura. Ainda neste atendimento são desenvolvidas atividades em grupo, incluindo aulas com atividades dinâmicas sobre temas relacionados à nutrição e saúde, tais como: pirâmide alimentar, importância de uma dieta balanceada, diferença entre alimentos *diet* e *light*, e problemas de saúde associados à obesidade.

Os professores de educação física são responsáveis pelas atividades recreativas do grupo, com duração de uma hora, três vezes por semana, onde os

adolescentes praticam jogos (basquete, vôlei, futebol, entre outros), caminhadas e ginástica rítmica.

É realizado o acompanhamento psicológico em grupo, no qual se discute a auto-imagem corporal, problemas comuns relacionados à obesidade e são propostos jogos interativos.

No começo de 2001, o projeto iniciou com 37 meninas obesas, com idade entre 14 e 17 anos e índice de massa corporal acima do percentil 95. Depois de quatro meses de intervenção permaneceram no programa 22 meninas (60%). Diversos foram os motivos para o abandono do tratamento como: dificuldade financeira, havendo necessidade de trabalhar, não tendo tempo disponível; problemas relativos à saúde e falta de estímulo por esperarem uma grande perda de peso em curto intervalo de tempo.

Após os quatro meses de intervenção algumas adolescentes chegaram a perder 9 kg, sendo um resultado bastante positivo, mas outras mantiveram o peso do início do projeto.

Para as que não perderam peso, houve contudo melhora na qualidade de vida dessas adolescentes, pois elas substituíram o hábito de assistir televisão pela atividade recreativa, além de terem um melhor convívio social.

No PAPO, alguns dos fatores que podem ter contribuído para dificultar o tratamento da obesidade na adolescência foram:

1. Muitos adolescentes iniciam o tratamento esperando que em pouco tempo vão atingir o peso ideal, e quando percebem a dificuldade perdem o estímulo.
2. Outro fator de relevância é o envolvimento da família e nesta intervenção não houve uma participação efetiva dos pais, o que pode ter prejudicado a obtenção de melhores resultados.

3. O fator psicológico também pode influenciar no resultado do tratamento, pois se percebe relação entre o nível de ansiedade com a dificuldade de seguir a dieta prescrita.
4. Outra questão observada neste trabalho é o fato das meninas já serem pós-púberes com idade média de 16 anos e apresentarem IMC muito acima do percentil 95, o que pode comprometer o sucesso do tratamento, pois se acredita que quanto mais precoce for a intervenção para perda de peso, melhor será o resultado.

Valverde et al. (1998), realizou um estudo com 198 crianças e adolescentes obesos, sendo 108 meninas e 90 meninos, com idade média de 9, 25 anos e índice de massa corporal médio de $24,26 \text{ Kg/m}^2$ no início do tratamento. Este estudo incluiu todas as crianças tratadas regularmente num serviço de saúde pública ambulatorial entre o período de janeiro de 1992 a dezembro de 1993, por uma equipe multiprofissional, com nutricionistas, pediatras e psicólogos da Clínica de Pacientes Ambulatoriais Obesos do Departamento de Pediatria do Hospital da Universidade Federal de São Paulo. O tratamento consistiu de visitas individuais ao nutricionista, pediatra e psicólogo, com o objetivo de redução a longo prazo na proporção peso/altura, sem focar a perda de peso como um objetivo principal do tratamento. O objetivo do programa era mostrar aos pacientes que a melhor dieta é a que permite a ingestão de todos os tipos de alimentos, mas em quantidades controladas. Na rotina da clínica era estabelecido visitas com intervalos mensais, no entanto, devido à superlotação no atendimento intervalos mais longos aconteceram. O tratamento teve uma média de 7 visitas por paciente (variando de 2 a 20 visitas).

Aplicando a fórmula abaixo, obteve-se a média do índice de massa corporal ajustado (IMCA) do grupo que na visita inicial foi de 161,5% e na visita final de 155,6%.

$$\text{IMCA} = \frac{\text{IMC atual}}{\text{IMC ideal (percentil 50)}} \times 100$$

Para os autores as estratégias de tratamento da obesidade desenvolvidas no presente estudo, podem ser usadas como prática em serviços públicos de saúde com bons resultados. Isto é confirmado pelos achados deste estudo, no qual a proporção de crianças acima do percentil 95 foi de 89,4% para 77,9% e que 69,2% da amostra obteve melhora no IMCA durante o tratamento. O peso relativo na última visita foi significativamente menor quando comparado com o peso relativo inicial para toda a amostra. O resultado significativamente melhor de peso relativo foi obtido quando seis ou mais visitas ocorreram para a amostra toda, e para as meninas quando o intervalo entre as visitas foi menor que 52 dias. Variáveis como porcentagem de gordura corporal, forma corporal na primeira visita, obesidade em familiar, extensão da obesidade na puberdade, não influenciaram significativamente o resultado de peso relativo para os sujeitos durante o tratamento.

Os fatores mais importantes para os resultados satisfatórios foram a maior frequência das visitas e um intervalo mais curto entre elas, mostrando que crianças e adolescentes obesos podem obter resultados muito positivos se um número mínimo de visitas suceder dentro de pequenos intervalos.

Os autores concluíram que pequenas mudanças em hábitos alimentares, evitando a ingestão excessiva de energia, sem alteração na qualidade da dieta, e o

emprego de objetivos que não inclua período curto para perda de peso, são compatíveis com bons resultados nas crianças e adolescentes deste estudo.

1.5. Justificativa

O grave problema da obesidade vem aumentando cada vez mais, seja em crianças ou adultos, o que traz sérias conseqüências para a saúde e equilíbrio global do indivíduo. A obesidade pode agravar problemas emocionais já existentes ou pode ser desenvolvida por conseqüências dos mesmos.

Preocupar-se com os fatores psicológicos da obesidade é preocupar-se com a qualidade de vida das pessoas com esse problema e com a promoção de saúde mental destas.

A discussão sobre a obesidade encontra-se em pauta no mundo todo, sendo uma preocupação crescente e legítima da sociedade.

A obesidade torna-se uma ameaça para o equilíbrio físico, mental e social do indivíduo. Ao considerarmos tantos prejuízos trazidos pela obesidade ao ser humano notamos a necessidade de estudos aprofundados sobre este assunto, a fim de conseguirmos trabalhar mais efetivamente com a prevenção e a recuperação desta condição em fase precoce, pois sabemos que no adulto o tratamento torna-se mais difícil e os problemas aumentam.

Em detrimento das inúmeras conseqüências trazidas pela obesidade, consideramos que seja muito importante o desenvolvimento do estudo aqui proposto que focaliza o estudo dos aspectos do funcionamento psicológico de crianças que apresentam obesidade visando contribuir no processo de intervenção. O recorte

desse funcionamento psicológico centrou-se em fatores como locus de controle, ansiedade traço e estado, maturidade emocional e cognitiva, e auto-conceito.

Foram formuladas questões que o estudo pretendeu responder. São elas:

Quais são os aspectos do funcionamento psicológico, tais como maturidade emocional e cognitiva, locus de controle, ansiedade e auto-conceito da criança obesa no início e no término de sua participação num programa para estas crianças?

Houve alteração em relação aos aspectos do funcionamento psicológico da criança após o trabalho realizado?

Houve alteração em relação ao peso, altura e IMC das crianças após o término do trabalho realizado?

1.6. Objetivo

Este estudo teve como objetivo descrever e analisar os resultados das avaliações psicológicas de crianças que vieram para atendimento no Programa de Atenção Multiprofissional a Obesidade da Universidade de São Paulo nos anos de 2001 e 2002, a fim de detectar os aspectos do funcionamento psicológico presentes nas crianças, ao iniciar o atendimento proposto pelo programa e ao final do mesmo, e também analisar peso, altura e IMC iniciais e finais dessas crianças.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório quantitativo com delineamento de seguimento prospectivo. Quantitativo, pois transformou as variáveis psicológicas em representações numéricas e com seguimento prospectivo, pois as medidas de variáveis psicológicas dos sujeitos são tomadas em diferentes momentos, no início do programa de atendimento e ao final do mesmo.

2.1. Participantes

Os participantes deste estudo foram 19 crianças com idades entre 10 e 12 anos, no início do atendimento, que chegaram até o final do programa em 2001 e 2002.

Os critérios para inclusão no programa foram: 1. A criança estar no percentil igual ou maior que 95 que, segundo critérios da National Center of Health Statistics, Height and Weight of Youth (1981 apud MUST; DALLAL; DIETZ, 1991), corresponde à obesidade e 2. Não apresentar problemas orgânicos evidentes e/ou alterações no desenvolvimento, como retardo psicomotor e déficits sensoriais.

Os participantes procuraram o Programa de Atenção Multiprofissional a Obesidade da Universidade de São Paulo espontaneamente através do conhecimento do trabalho pela mídia, pelo contato com pessoas que já conheciam este programa ou foram encaminhados por enfermeiras do Programa de Assistência Primária de Saúde Escolar (PROASE), que atuam em escolas públicas na cidade de Ribeirão Preto.

2.2. Local de Realização do Estudo

As atividades do Programa de Atenção Multiprofissional a Obesidade da Universidade de São Paulo foram desenvolvidas nos seguintes locais:

- Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, onde foram realizadas as entrevistas individuais com os pais e o acompanhamento psicológico individual, quando necessário;
- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, onde foram realizadas as reuniões mensais com os pais;
- Centro de Educação Física, Recreação e Esporte - CEFER, onde foram realizadas as atividades físicas, as orientações nutricionais e as avaliações psicológicas.

O Programa contou com uma equipe integrada por psicólogos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e do Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, por professores de educação física do CEFER, nutricionistas e enfermeiros da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. O suporte oferecido por este programa foi composto pelas seguintes atividades:

1. Atividades físicas - desenvolvidas três vezes por semana;
2. Orientação nutricional – oferecida uma vez por semana;
3. Avaliação Psicológica, no início e ao final do tratamento;
4. Acompanhamento Psicológico individual, quando necessário;
5. Participação dos pais em reuniões mensais com a equipe;
6. Entrevistas com as crianças e seus pais;
7. Visitas às casas e tomada de medidas de peso e altura de todos os membros da família.

Os principais objetivos do programa foram: proporcionar condições para mudança de hábito alimentar e para a prática de exercícios físicos, melhorar o condicionamento físico e não ganhar peso no período. Outros estudos acham-se vinculados a este programa. Este programa teve duração de um ano, o número de vagas foi 20 e o índice de evasão foi alto, em torno de 40%.

2.3. Aspectos Éticos

De acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde, os aspectos éticos foram considerados por meio da obtenção do consentimento livre e esclarecido dos pais para que seus filhos fossem submetidos à avaliação.

Como o objetivo maior do programa era a assistência, o projeto não foi submetido inicialmente ao Comitê de Ética. A partir do interesse em sistematizar o conhecimento que ia se desenvolvendo, apresentou-se o projeto, na forma de um projeto de pesquisa, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e o mesmo foi aprovado em 15 de agosto de 2001. (Anexo A – Documento de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto).

O projeto do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e foi aprovado em 17 de dezembro de 2003. (Anexo B – Documento de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto).

Cabe ressaltar que os nomes das crianças citadas nos resultados são todos fictícios.

2.4. Procedimentos

2.4.1. Coleta de Dados

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

2.4.2. Avaliação Psicológica

No ano de 2001 foram aplicados coletivamente em 09 crianças três instrumentos em três sessões com duração média de 50 minutos. Tais instrumentos foram aplicados no início do atendimento e no final dele.

Os instrumentos foram aplicados na ordem que se segue:

1ª. Sessão : Estabelecimento do rapport e aplicação do Teste do Desenho da Figura Humana;

2ª. Sessão : Inventário de Ansiedade Traço-Estado Forma C (IDATE C). (Anexo C);

3ª. Sessão : Escala Infantil Piers-Harris de Auto-conceito. (Anexo D);

No ano 2002 foram aplicados coletivamente em 10 crianças quatro instrumentos em quatro sessões com duração média de 50 minutos. Tais instrumentos foram aplicados no início do atendimento e no final dele.

Os instrumentos foram aplicados na ordem que se segue:

1ª. Sessão : estabelecimento do rapport e aplicação do Teste do Desenho da Figura Humana;

2ª. Sessão: Escala de Ansiedade “O que penso e sinto” (RCMAS). (Anexo E);

3ª. Sessão: Escala de Locus de Controle para crianças. (Anexo F);

4ª. Sessão : Escala Infantil Piers-Harris de Auto-conceito;

Quanto ao teste do Desenho da Figura Humana, as instruções solicitavam que os sujeitos desenhassem inicialmente apenas uma pessoa inteira. Posteriormente entregava-se uma nova folha e solicitava-se que as crianças desenhassem somente uma pessoa do sexo oposto à do primeiro desenho, sendo avaliado apenas o desenho do mesmo sexo da criança. A padronização utilizada para este teste foi a de Hutz e Antoniazzi (1995), com base no esquema de Koppitz (1968).

O IDATE-C é constituído de duas escalas do tipo auto-avaliação, que visam medir dois conceitos distintos de ansiedade: a ansiedade-estado (A-estado) e a ansiedade-traço (A-traço). A escala A-Estado pretende medir estados transitórios de ansiedade, isto é, sentimentos subjetivos, conscientemente percebidos de apreensão, tensão e preocupação que variam em intensidade e flutuam no tempo. A escala A-Traço mede diferenças individuais relativamente estáveis em susceptibilidade à ansiedade, isto é, diferenças entre crianças de tendência a experimentar estados de ansiedade. A escala de A-Estado do IDATE-C consiste de 20 afirmações que pedem que a criança indique como se sente em um determinado momento no tempo. A escala A-Traço do IDATE-C também consiste de 20 itens, mas nessa escala os sujeitos devem responder como geralmente se sentem. (SPIELBERGER, 1983).

A Escala de Ansiedade “RCMAS” foi desenvolvida por Reynolds e Richmond (1978), e padronizada por Gorayeb (1994), com o título “O que Penso e Sinto”. Compõe-se de 37 frases em que o sujeito deve escolher a resposta sim ou não. Este é um instrumento que propõe medir a ansiedade enquanto traço de personalidade.

A Escala de Locus de Controle construída por Milgram e Milgram (1975), e padronizada por Feres (1981), é composta por 24 itens, que retratam situações de sucesso ou fracasso, com alternativas de múltipla escolha, que vão daquelas que atribuem a responsabilidade do desfecho mais ao próprio sujeito àquelas que atribuem totalmente ao outro.

Finalmente, a Escala Infantil Piers-Harris de Auto-conceito – “O que eu sinto sobre mim mesmo”, originalmente proposta por Piers e Harris (1984 apud JACOB; LOUREIRO, 1999), foi utilizada na forma traduzida e adaptada por Jacob e Loureiro (1999). Esta escala não tem padronização brasileira. Ela é composta por 80 frases para as quais a criança deve assinalar sim ou não, caso considere as sentenças verdadeiras ou falsas para si. Cada resposta recebe pontuação igual a 1 se corresponder a uma avaliação positiva de si, o que dependendo do item ora se obtém com a resposta afirmativa ora com a negativa. A somatória das respostas com valor positivo corresponde ao escore total.

2.5. Análise dos Dados

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

Após esta análise foi feita uma comparação dos resultados obtidos no início e no final do atendimento realizado em cada ano. A comparação dos dados iniciais e finais foi feita através de teste não paramétrico – T de Wilcoxon (SIEGEL, 1975).

Foi realizada também uma comparação dos valores iniciais e finais do peso, altura e IMC das crianças, para isso foi utilizado o teste paramétrico T Pareado. Os testes estatísticos foram feitos com o auxílio do programa SPSS10.0 (1999).

Estabeleceu-se para nível de significância das diferenças $\alpha = 0,05$.

3. RESULTADOS

Os dados brutos e/ou percentis de cada teste e de cada criança, bem como as medidas de altura inicial/final, peso inicial/final e IMC inicial/final, encontram-se no Apêndice.

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

3.1.1. Ano de 2001

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

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

3.1.2. Ano de 2002

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

Com relação aos escores obtidos por meio da Escala Infantil Piers-Harris de Auto-conceito, da Escala de Ansiedade “O que Penso e Sinto”, da Escala de Lócus de Controle e do Desenho da Figura Humana (Indicadores Emocionais e Evolutivos), não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$).

3.2. Comparações entre peso, altura e IMC inicial e final para cada turma

Foi utilizado o Teste Paramétrico T Pareado para análise de diferenças entre os resultados iniciais e finais com relação ao IMC, peso e altura para cada ano.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) com relação ao peso inicial e final para o ano de 2001. Já para o ano de 2002 houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), mostrando que as crianças tiveram um aumento de peso na avaliação final.

Foi verificada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação à altura inicial e final, tanto para 2001 quanto para 2002. Houve aumento na altura final das crianças.

Não foi verificada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) com relação ao IMC inicial e final, tanto para 2001 quanto para 2002.

3.3. Apresentação dos valores de mediana, mínimo e máximo dos escores da Escala Infantil Piers-Harris de Auto-conceito, para cada turma

Tabela 1 – Valores de mediana, mínimo e máximo dos escores da Escala Infantil Piers-Harris de Auto-conceito para as duas avaliações realizadas nas duas turmas de 2001 e 2002.

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

Na Tabela 1, embora estatisticamente não tenha sido verificada diferença, observa-se que em 2002 houve uma maior dispersão entre os escores obtidos. O escore total deste teste é de 80, mas quanto maior o escore, melhor é o auto-conceito da criança.

3.4. Distribuição dos participantes com relação à avaliação dos instrumentos: Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE C); Escala de Ansiedade “O que Penso e Sinto”; Escala de Locus de Controle; Desenho da Figura Humana.

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

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

Na Tabela 2, conforme os resultados obtidos pode-se dizer que em média essas crianças não apresentam níveis altos de ansiedade Estado e Traço.

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

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

Os resultados exibidos na Tabela 3, mostram que na primeira avaliação, em média, essas crianças não apresentam níveis altos de ansiedade traço, que é o tipo de ansiedade que o instrumento se propõe a medir. Na segunda avaliação mais crianças apresentaram níveis de ansiedade abaixo e acima da média.

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

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

Na Tabela 4, conforme os resultados obtidos observa-se que a maior parte das crianças está na média, havendo um equilíbrio entre o Locus de Controle Interno e o Externo. As pessoas com locus de controle interno tendem a localizar em si mesmas

o controle, enquanto que os externamente orientados tendem a localizar em outras pessoas o controle sobre o que ocorre em suas vidas.

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

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

Na tabela 5, como pode ser observado, a maior parte das crianças dos dois grupos situa-se na média com relação aos Indicadores Emocionais do DFH.

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

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

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

3.5. Apresentação dos valores de média, desvio padrão, mediana e mínimo e máximo do peso, altura e IMC inicial e final, para cada turma

Tabela 7 – Valores estatísticos descritivos do peso (kg) inicial e final para as turmas de 2001 e 2002.

Ano	nº sujeitos	Avaliação	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo e Máximo
2001	n=9	1 ^a	71,24	14,11	62	56,2-96
		2 ^a	71,61	14,55	64	54,5-92,5
2002	n=10	1 ^a	65,5	8,68	64,5	53-82
		2 ^a	68,2	9,63	66,5	55-83

A tabela 7, exibe os valores descritivos relacionados ao peso das crianças nas duas turmas. A comparação entre os resultados iniciais e finais de cada ano mostra diferenças estatisticamente significantes apenas na turma de 2002. As crianças de 2002 tenderam a aumentar o peso na avaliação final.

Tabela 8 – Valores estatísticos descritivos da altura (m) inicial e final para as turmas de 2001 e 2002.

Ano	nº sujeitos	Avaliação	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo e Máximo
2001	n=9	1 ^a	1,55	0,083	1,59	1,4-1,64
		2 ^a	1,57	0,081	1,61	1,43-1,67
2002	N=10	1 ^a	1,54	0,044	1,54	1,5-1,64
		2 ^a	1,59	0,045	1,58	1,52-1,68

A Tabela 8, exibe os valores descritivos relacionados à altura das crianças nas duas turmas. A comparação entre os resultados iniciais e finais de cada ano mostra diferenças estatisticamente significantes nas duas turmas. As crianças tanto da turma de 2001 como de 2002 tenderam a aumentar a altura na avaliação final.

Tabela 9 – Valores estatísticos descritivos do IMC (kg/m²) inicial e final para as turmas de 2001 e 2002.

Ano	nº sujeitos	Avaliação	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo e Máximo
2001	n=9	1 ^a	29,59	3,6	28,67	24,52-37,04
		2 ^a	28,79	3,88	28	21,45-33,87
2002	n=10	1 ^a	27,44	3,44	27,15	22,06-34,13
		2 ^a	27,04	3,37	26,65	22,03-32,83

A tabela 9, exibe os valores descritivos relacionados ao IMC das crianças nas duas turmas. A comparação entre os resultados iniciais e finais, não mostra diferenças estatisticamente significantes para as duas turmas. Entretanto a turma de 2001 apresentou uma pequena diminuição no valor médio do IMC na avaliação final.

3.6. Análise de casos de crianças que apresentaram perda de peso e/ou diminuição do IMC nas duas turmas

Tabela 10 – Apresentação dos casos de crianças que perderam peso e/ou IMC na turma de 2001, bem como os resultados dos instrumentos aplicados.

ANO DE 2001								
Nomes *	Avaliação	DFH		Idade C		Piers Harris	Peso	IMC
		Indicadores	Indicadores	Traço	Estado	Auto	Kg	Kg/m ²
		Emocionais	Evolutivos	(Percentil)	(Percentil)	Conceito		
		(Percentil)	(Percentil)			(Escore Bruto)		
Carolina	1 ^a	30	40	12	29	64	84,5	32
	2 ^a	75	80	43	72	70	80	29,93
Daniel	1 ^a	50	50	33	70	58	62	24,52
	2 ^a	30	40	50	76	55	57	21,45
Mateus	1 ^a	50	75	59	95	44	96	37,04
	2 ^a	30	85	89	37	67	90	33,87
Vanessa	1 ^a	40	70	13	64	68	56,2	28,67
	2 ^a	40	50	25	23	62	54,5	26,65

* Os nomes são fictícios.

A tabela 10 exibe os resultados das crianças que perderam peso ou IMC na turma de 2001. Considerando os resultados iniciais e finais da Carolina, observa-se que a diminuição de peso foi acompanhada de uma melhora global na sua condição psicológica. Com relação aos outros sujeitos, nota-se que a diminuição de peso não foi acompanhada de uma mudança mais global nas variáveis psicológicas medidas neste trabalho.

Tabela 11 – Apresentação dos casos de crianças que perderam peso e/ou IMC na turma de 2002, bem como os resultados dos instrumentos aplicados.

ANO DE 2002								
Nomes *	Avaliação	Indicadores Emocionais (Percentil)	DFH Indicadores Evolutivos (Percentil)	Penso e Sinto	Lócus de Controle	Piers Harris Auto Conceito (Escore Bruto)	Peso Kg	IMC Kg/m²
Gabriel	1ª	30	40	média	Interno	48	82	34,13
	2ª	5	40	média	Média	53	83	32,83
Dayane	1ª	50	50	acima	Média	71	57	25,33
	2ª	50	75	média	Média	69	58	23,83
Daniela	1ª	40	60	média	Média	48	62	27,19
	2ª	60	50	média	Média	78	59	24,56

* Os nomes são fictícios.

A tabela 11 exibe os resultados das crianças que perderam peso ou IMC na turma de 2002. Considerando os resultados iniciais e finais da Daniela, observa-se que a diminuição de peso ou IMC foi acompanhada de uma melhora global na sua condição psicológica. Com relação aos outros sujeitos, nota-se que a diminuição de peso e/ou IMC não foi acompanhada de uma mudança mais global nas variáveis psicológicas medidas neste trabalho.

Entretanto é necessário lembrar que as variações nos valores das avaliações iniciais e finais dos instrumentos são pequenas e a análise das duas turmas não mostrou alterações estatisticamente significantes.

4. DISCUSSÃO

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

Nas análises das variáveis psicológicas avaliadas no presente estudo como ansiedade, locus de controle, auto-conceito, maturidade emocional e cognitiva, verificou-se que a maior parte das crianças obesas deste estudo obteve resultados dentro do esperado para a idade, sexo e escolaridade.

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

Outro estudo comparando crianças obesas e não obesas, de amostras de escolares, quanto a maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade, também não encontrou diferenças significantes entre elas (CATANEO; CARVALHO; GALINDO, 2005).

Com relação à auto-estima, Strauss (2000), também não encontrou diferenças entre obesos e não obesos na faixa etária de 9 a 10 anos. As diferenças com relação a esta avaliação fazem-se presentes em indivíduos de 13 e 14 anos.

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

Quanto à avaliação de crianças em tratamento não foram encontrados trabalhos que focalizassem as variáveis do presente estudo, com medidas antes e depois. Há estudos mostrando que crianças que vão para tratamento da obesidade apresentam maiores indícios de problemas comportamentais e que crianças obesas têm auto-conceito mais baixo e são mais ansiosas. (BRAET; MERVIELDE; VANDEREYCKEN, 1997; LUIZ, 2004).

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

Recentemente, Arehart-Treichel (2004) comentou, a partir de levantamento na literatura, que há uma maior incidência de sinais de depressão, baixa auto-estima e insatisfação com imagem corporal entre adolescentes com sobrepeso que relataram ter sido perturbada por colegas de escola. Esta mesma autora relatou resultado de um estudo, com adolescentes entre 13 e 14 anos, em que maiores índices de baixa auto-estima estiveram presentes em meninas obesas.

Vila et al. (2004), compararam 155 jovens obesos, com idades entre 5 e 17 anos e 171, jovens insulino dependentes, com idades entre 5 e 18 anos. Encontraram maiores índices de ansiedade, fobia social e ansiedade de separação entre os indivíduos obesos. Para os pesquisadores, a obesidade é uma fonte significativa de estresse que pode contribuir para o desenvolvimento de problemas psicológicos e para a própria manutenção da obesidade.

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

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

Com relação à maturidade emocional e cognitiva, os resultados obtidos no presente estudo mostram que a maior parte das crianças teve resultados dentro do esperado para sua idade. Pode-se inferir que se assemelham, nessas avaliações, às de crianças não obesas. A condição de obesidade não está associada a uma frequência maior de sinais indicativos de imaturidade cognitiva e nem de sinais indicativos de vulnerabilidade emocional. Este achado difere do de Azevedo (2000). Entretanto é necessário esclarecer que essa pesquisadora estudou crianças de outra faixa etária (de 7 a 12 anos), o que pode contribuir para diferenças entre os resultados dos dois estudos.

De acordo com Barbieri e Santoro (1994), os fatores psicológicos são bastante importantes e sempre devem ser investigados, uma vez que os transtornos

emocionais podem alterar os hábitos alimentares condicionando a obesidade, e por outro lado, a obesidade pode criar ou agravar transtorno emocional já existente.

Com relação ao peso, um dos objetivos do Programa de Atenção Multiprofissional a Obesidade da Universidade de São Paulo, era de não aumentá-lo, durante o período de trabalho. No entanto, no ano de 2001 este objetivo foi alcançado por cinco crianças de um total de nove crianças. Quatro delas tiveram seus pesos aumentados. No ano de 2002 apenas uma criança não teve aumento de peso de um total de dez. Porém se for considerada a relação peso/altura, ou seja o Índice de Massa Corporal – IMC, no ano de 2001 nota-se que não houve aumento no IMC ou houve diminuição não significativa estatisticamente do IMC em seis crianças. Em 2002 não houve aumento no IMC ou houve diminuição não significativa estatisticamente do IMC em sete crianças.

Esses resultados assemelham-se a achados de outros estudos encontrados na literatura mostrando que independentemente da abordagem multidisciplinar, as perdas efetivas de peso ao longo do tempo são pequenas. E de acordo com Viuniski (2005), a grande arma contra a obesidade é a prevenção, preferencialmente desde as idades mais precoces, modificando hábitos e afastando fatores de risco, antes mesmo do problema aparecer. Para ele o ideal é trabalhar na promoção e proteção da saúde e essa tarefa deve abranger os mais variados segmentos da sociedade, como os profissionais da saúde, família e escola, comunidade organizada, entidades governamentais e não governamentais.

A orientação às mães sobre como alimentar adequadamente seus filhos faz-se necessária, pois algumas crenças podem motivá-las a superalimentar o filho, uma vez que a aparência de um bebê mais fofinho, ainda, valoriza culturalmente a imagem de boa mãe.

De acordo com Valverde e Patin (2004), na infância e na adolescência deve-se buscar a incorporação de hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis, de maneira gradual e duradoura, sendo que as metas a curto prazo devem ser progressos pequenos nas modificações dos hábitos alimentares dentro da capacidade do paciente. Assim com a diminuição da taxa de ganho de peso ou com a manutenção do peso por meio do crescimento estatural acontece a melhora da proporção de massa magra mantendo o metabolismo constante.

O índice de evasão do Programa de Atenção Multiprofissional a Obesidade da Universidade de São Paulo girava em torno de 40%, o que coincide com o índice de 60% de permanência no PAPO (Projeto de Atividade para o Obeso) conforme relatado por Oliveira et al. (2004).

Quanto aos instrumentos psicológicos aplicados não houve diferenças estatisticamente significativas com relação à avaliação inicial e final nos dois anos, mostrando que de maneira geral não houve alteração em relação aos aspectos do funcionamento psicológico das crianças após o trabalho realizado.

No presente estudo em que as crianças foram avaliadas em dois momentos e não se detectaram diferenças pode-se supor que: 1. as variáveis mensuradas não estão, de fato, associadas à obesidade, nesta faixa etária; 2. o tempo decorrente entre uma avaliação e outra pode ter sido relativamente pequeno para detectar alterações e 3. há que se argumentar, ainda, que o número de participantes do estudo é pequeno e há diferenças individuais.

Finalmente, ao descrever o que ocorreu com as crianças ao longo de um ano de tratamento não se pode assegurar que os resultados se relacionem de fato ao programa, visto que não há grupo controle. Contudo, acredita-se que, por terem permanecido até o final do atendimento, tais crianças e seus pais encontraram nele

algum benefício, e enquanto grupo as crianças tenderam a manter seus IMCs. No entanto, eles permaneceram na faixa do percentil 95 dando o indicativo de quão difícil é tratar o problema em crianças.

Uma das razões relatadas pelos pais para tratar a obesidade relaciona-se a presença de problemas psicológicos dela decorrentes. (WAI; CARVALHO, 2002).

No presente estudo foram identificadas três crianças em 2002 e uma em 2001 com sinais mais evidentes de sofrimento psicológico. Seus dados foram discutidos com os pais e sugeriu-se encaminhamento para psicoterapia. Uma delas não efetivou o encaminhamento porque seus pais não acharam necessário. As demais iniciaram a psicoterapia concomitantemente à frequência ao programa ou após o encerramento deste.

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

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

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

A atenção à obesidade infantil deve ser dispensada por qualquer profissional da saúde: pediatras, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, educadores físicos etc.

Tais profissionais podem contribuir na orientação de pais e professores na promoção de hábitos alimentares saudáveis, devem incentivar a promoção de atividades físicas rotineiramente e no estabelecimento de limites no tempo gasto de frente com a televisão, encorajar a autonomia das crianças no controle da sua ingestão alimentar, com certos limites na escolha, enfim podem incentivar gestores de organizações locais, estaduais, nacionais e de escolas a promover condições para adoção de estilo de vida mais saudável.

5. CONCLUSÃO

De acordo com o objetivo proposto pelo estudo nas análises das variáveis psicológicas avaliadas como ansiedade, locus de controle, auto-conceito, maturidade emocional e cognitiva, verificou-se que a maior parte das crianças obesas deste estudo obteve resultados dentro do esperado para sua idade, sexo e escolaridade.

Contudo, mais pesquisas são necessárias para o esclarecimento dos motivos pelos quais algumas crianças obesas são mais suscetíveis que outras para problemas emocionais, já que na literatura tanto encontramos estudos que afirmam que crianças obesas têm mais problemas emocionais, como encontramos estudos em que isto não se verifica.

Outros instrumentos, que avaliem as variáveis psicológicas tratadas neste estudo ou outras variáveis, podem ser pensados para futuras pesquisas com crianças obesas.

Com relação aos escores obtidos, em 2001 por meio da Escala Infantil Piers-Harris de Auto-conceito, do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Idate C), do Desenho da Figura Humana (Indicadores Emocionais e Evolutivos), e em 2002 por meio da Escala Infantil Piers-Harris de Auto-conceito, da Escala de Ansiedade “O que Penso e Sinto”, da Escala de Locus de Controle e do Desenho da Figura Humana (Indicadores Emocionais e Evolutivos), utilizando-se o Teste T de Wilcoxon, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à avaliação inicial e final em cada um dos anos, mostrando que de maneira geral não houve alteração dos aspectos do funcionamento psicológico das crianças após o trabalho realizado.

Foi realizada a análise de diferenças entre os resultados iniciais e finais com relação ao IMC, peso e altura para cada ano (2001 e 2002), utilizando-se o Teste Paramétrico T Pareado. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) com relação ao peso inicial e final para o ano de 2001, já para o ano de 2002 houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$), mostrando que as crianças tiveram um aumento de peso na avaliação final. Foi verificada diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) em relação à altura inicial e final, tanto para 2001 quanto para 2002, houve aumento na altura final das crianças. Não foi verificada diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) com relação ao IMC inicial e final, tanto para 2001 quanto para 2002.

Com relação ao peso, um dos objetivos do Programa de Atenção Multiprofissional a Obesidade da Universidade de São Paulo, era de não aumentá-lo, durante o período de trabalho. No entanto, no ano de 2001 este objetivo foi alcançado por cinco crianças de um total de nove crianças. Quatro delas tiveram seus pesos aumentados. No ano de 2002 apenas uma criança não teve aumento de peso de um total de dez. Porém se for considerada a relação peso/altura, ou seja o Índice de Massa Corporal – IMC, no ano de 2001 nota-se que não houve aumento no IMC ou houve diminuição não significativa estatisticamente do IMC em seis crianças. Em 2002 não houve aumento no IMC ou houve diminuição não significativa estatisticamente do IMC em sete crianças.

Por ter abordado crianças em um programa de atenção, o presente trabalho, dentro de suas limitações, possibilitou compreender aspectos do funcionamento psicológico da criança obesa e suas particularidades. Embora se tenha dado tratamento de grupo aos resultados é possível verificar o dinamismo particular de

cada criança que perdeu peso e/ou IMC. Por outro lado evidenciou o quão difícil é tratar a obesidade infantil se considerarmos como meta principal a perda de peso.

O estudo aponta para a necessidade de se buscar outros parâmetros relacionados à própria conduta alimentar que não foi objeto deste trabalho, visando verificar se o programa alterou essa conduta ou não. Uma última questão envolve o condicionamento físico das crianças que mereceria uma investigação visto que o foco principal das atividades do programa de atenção centrava-se nesse contexto.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALAN, J. et al. Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, Bethesda, v. 43, n. 2, p. 134-150, 2004.
- ALDERSBERG, D.; MAYER, M. Results of prolonged medical treatment of obesity with diet alone, diet and thyroid preparations, and diet and amphetamine. **Journal of Clinical Endocrinology**, Springfield, v. 9, p. 275-284, 1949.
- ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 258-290, 1998.
- ANDRADE, T. M. Estudo psicológico de crianças e adolescentes obesos. In: FISBERG, M. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p. 100-104.
- AREHART-TREICHEL, J. Mental health problems common in obese youngsters. **Psychiatric News**, New York, v. 39, n. 19, p. 33, 2004.
- AZEVEDO, M. A. S. B. Obesidade na infância: visão psicológica. In: CICLO DE ESTUDOS EM SAÚDE MENTAL, 8., 2000, Ribeirão Preto. **Resumos...**Ribeirão Preto: FMRP/USP, 2000. p. 280.
- BALCH, P.; ROSS, A. W. Predicting success in weight reduction as a function of locus of control: a unidimensional and multidimensional approach. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Lancaster, v. 43, p. 119, 1975.
- BANDURA, A. **Social foundations of thought and action**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

- BARBIERI, M. A.; SANTORO, J. R. Obesidade na infância. In: WOISKI, J. R. **Nutrição e dietética em pediatria**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1994. p. 237-248.
- BRAET, C.; MERVIELDE, I.; VANDEREYCKEN, W. Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample. **Journal of Pediatric Psychology**, Washington, v. 2, n. 1, p. 59-71, 1997.
- CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 97 -102.
- CANDY, C. M.; FEE, V. E. Underlying dimensions and psychometric properties of the eating behaviors and body image test for preadolescent girls. **Journal of Clinical Child Psychology**, Mahwah, v. 27, n. 1, p. 117-127, 1998.
- CARVALHO, A. M. P. et al. Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. **Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 20, p. 39-47, jan/jun. 2001.
- CATANEO, C.; CARVALHO, A. M. P.; GALINDO, E. M. C. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 39-46, 2005.
- CATANEO, C. et al. Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. **Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação**, Ribeirão Preto, v. 30, n. 15, p. 131-139, 2005.
- CHAGAS, A. J.; VIEIRA, E. C. Obesidade na infância. In: CORRÊA, E. J.; LEÃO, E.; MOTA, J. A. C.; VIANA, M. B. **Pediatria ambulatorial**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 1989. p. 427-434.

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

DOMINGUES FILHO, L. A. Psicologia do cliente obeso. In:_____. **Obesidade & atividade física**. Jundiaí: Fontoura, 2000. p. 68-71.

FERES, N. A. L. **Locus de controle e comparação social na atribuição de causalidade por crianças**. 1981. 161 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1981.

FISBERG, M. Primeiras palavras: uma introdução ao problema do peso excessivo. In:_____. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 2-9.

FISBERG, M.; RODRIGUES, T. Obesidade infantil. **Revista Qualidade em Alimentação**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 6-9, 2000.

GORAYEB, M. A. M. **Adaptação, normatização e avaliação das qualidades psicométricas das RCMAS para uma amostra de escolares de oito a treze anos de Ribeirão Preto**. 1994. 52 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

GORMALLY, J.; RARDIN, D.; BLACK, S. Correlates of successful response to a behavioral weight control clinic. **Journal of Counseling Psychology**, Columbus, v. 27, p.179-191, 1980.

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

JACOB, A. V. **O desempenho escolar e suas relações com autoconceito e auto-eficácia**. 2001. 150 f. Dissertação (Doutorado em Saúde Mental) – Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

JACOB, A. V.; LOUREIRO, S. R. Auto-conceito e desempenho escolar. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, XXIX. 1999, Campinas. **Resumos...** Campinas: Sociedade Brasileira de Psicologia, 1999. p.164-165.

JEAN, K. B. I. O. P.; RESEGUE, R. Obesidade na infância. In: PBRICKS, L. F.; KOBINGER, M. E. B. A.; SAITO, M. I.; SUCUPIRA, A. C. S. L.; ZUCCOLOTTO, S. M. C.(Coord.). **Pediatria em consultório**. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 258-266.

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

LAU, P. W. C. et al. 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 and Related Metabolic Disorders**, London, v. 28, n. 2, p. 314-9, 2004.

LEITE, P. F. Tratamento. In: _____. **Obesidade na clínica médica**. Belo Horizonte : Health, 1996. p. 99-149;

LEMES, S. O. Acompanhamento emocional da obesidade na infância e adolescência. In: FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 85-96.

LUIZ, A. M. A. G. **Ansiedade, depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas**. 2004. 77 f. Dissertação (Mestrado em

Ciências) – Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MEDEIROS, E. M. **Cartilha do gordo**. São Paulo: Ícone, 1994. 112 p.

MILGRAN, N. A.; MILGRAN, R. M. Dimensions of locus control in children. **Psychological Reports**, Louisville, v. 37, p. 523-538, 1975.

MUST, A.; DALLAL, G. R.; DIETZ, W. H. Reference data for obesity 85th and 95th percentiles of Body Mass Index: a correction. **American Journal Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 54, p. 773, 1991.

NETTO, A. S. C.; SAITO, M. I. Obesidade na infância e na adolescência. In: MARCONDES, E. (Org.). **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 673-676.

NOBREGA, F. J.; CAMPOS, A. L. R.; NASCIMENTO, C. F. L. Vínculo mãe/filho na obesidade. In: _____. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 75-80.

OLIVEIRA, R. G. A obesidade na infância e adolescência como fator de risco para doenças cardiovasculares do adulto. In: SIMPÓSIO OBESIDADE E ANEMIA CARENCIAL NA ADOLESCÊNCIA. 2000, Salvador. **Anais...** Salvador: Instituto Danone, 2000. p. 65-75.

OLIVEIRA, C. L. et al. PAPO (Projeto de atividade para o adolescente obeso): uma proposta de tratamento. In: FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 159-161.

REYNOLS, C. R.; RICHMOND, B. O. What i think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. **Journal of Abnormal Child Psychology**, New York, v. 6, n. 2, p. 271-280, 1978.

- RODRIGUES, L. Obesidade infantil. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2004. p. 449-489.
- ROSS, M.; KALUCY, R. S.; MORTON, J. E. Locus of control in obesity: predictors of success in a jaw-wiring programme. **British Journal of Medical Psychology**, London, v. 53, p. 49-56, 1983.
- ROTTER, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychological Monographs**, Princeton, v. 80, n. 1, 1966.
- SANTOS, E. C.; CARDOSO, A. L. Obesidade exógena infantil: abordagem social de uma problemática multifatorial. **Serv. Soc. Hosp.**, São Paulo, v. 6/7, p. 29-33, 1999/2000.
- SCHUSSEL, E. Y. Obesidade e psiquismo: possibilidades de abordagem. In: FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 111-120.
- SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo: McGraw – Hill, 1975.
- SIGULEM, D. M.; VEIGA, G. V.; PRIORE, S. E. Obesidade em adolescentes de baixa renda. In: FISBERG, M. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p. 80-83.
- SPADA, P. V. **Obesidade infantil**: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 39 p.
- SPIELBERGER, C. D. **Inventário de ansiedade traço-estado IDATE-C**: manual para a forma experimental infantil em português. Rio de Janeiro: CEPA, 1983.
- Statistical Package for Social Sciences – SPSS Interactive Graphics 10.0. Chicago, IL; 1999.

STOTLAND, S. S.; ZUROFF, D. C. A new measure of weight locus of control: the dieting beliefs scale. **Journal of Personality Assessment**, New York, v. 54, n. 1/2, p. 191-203, 1990.

STRAUSS, R. S. Childhood obesity and self-esteem. **Pediatrics**, Springfield, v. 105, n. 1, p. e 15, 2000.

TOBIAS, L. L.; MACDOLNARD, M. L. Internal locus of control and weight loss: in insufficient condition. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Lancaster, v. 45, p. 647-653, 1977.

VALVERDE, M. A. et al. Outcomes of obese children and adolescents enrolled in a multidisciplinary health program. **International Journal of Obesity**, São Paulo, n. 22, p. 513-519, 1998.

VALVERDE, M. A.; PATIN, R. V. Aconselhamento dietético e mudança de comportamento. In: FISBERG, M. **Atualização em obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 69-78.

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. 129 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

VILA, G. et al. Mental disorders in obese and adolescents. **Psychosomatic Medicine**, Paris, v. 66, n. 3, p. 387-394, 2004.

VIUNISKI, N. **Obesidade infantil: guia prático para profissionais da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2005. 212 p.

WAI, M. F. P; CARVALHO, A. M. P. Busca por atendimento para obesidade infantil: motivos e expectativas dos pais. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO

CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 10., 2002, Ribeirão Preto.

Resumos...São Paulo: USP, 2002. v. 2, p.343.

WALLACE, WJ; SHESLOW, D; HASSINK, S. Obesity in children: um risco para depressão. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 699, n. 29, p. 301-303, 1993.

Programa de Atenção Multiprofissional a Obesidade da Universidade de São Paulo

Ano de 2001										
Nomes *	Data de Nascimento	Idade I - F	Peso Inicial Kg	Altura Inicial m	IMC Inicial Kg/m ²	Peso Final Kg	Altura Final m	IMC Final Kg/m ²	Percentil Inicial	Percentil Final
1. Bianca	22/02/1990	11-11	84,50	1,64	31,52	92,50	1,67	33,27	95	95
2. Carolina	17/01/1989	12-12	84,50	1,63	32,00	80,00	1,64	29,93	95	95
3. Carlos	07/01/1990	11-11	62,00	1,50	27,56	64,00	1,52	27,70	95	95
4. Daniel	28/04/1989	12-12	62,00	1,59	24,52	57,00	1,63	21,45	95	85
5. José	20/04/1989	12-12	60,00	1,49	27,03	61,50	1,52	26,62	95	95
6. Marcelo	07/05/1990	10-11	74,50	1,59	29,65	82,00	1,61	31,63	95	95
7. Mateus	21/04/1989	12-12	96,00	1,61	37,04	90,00	1,63	33,87	95	95
8. Samira	02/06/1989	11-12	61,50	1,48	28,30	63,00	1,50	28,00	95	95
9. Vanessa	06/01/1990	11-11	56,20	1,40	28,67	54,50	1,43	26,65	95	95

* Todos os nomes são fictícios.

Resultados Comparativos – Escala Infantil Piers e Harris de Auto-conceito
Primeira e Segunda Avaliação de 2001

Nomes *	Avaliação	Comportamento	Status Intelectual	Aparência Física	Ansiedade	Popularidade	Felicidade	Inconsistência	Validade	Escore total
Bianca	1ª	14	17	13	14	11	10	0	38	76
	2ª	15	16	13	14	11	10	0	39	79
Carolina	1ª	14	15	7	11	9	8	3	36	64
	2ª	14	16	10	9	12	9	0	42	70
Carlos	1ª	9	19	7	9	10	8	4	46	50
	2ª	7	10	9	5	7	3	6	41	41
Daniel	1ª	11	11	11	10	9	9	8	43	58
	2ª	9	11	11	10	6	8	4	49	55
José	1ª	11	15	9	10	7	8	0	37	57
	2ª	13	12	6	9	5	10	6	36	55
Marcelo	1ª	14	14	8	9	5	7	1	46	50
	2ª	14	14	7	10	8	7	2	42	60
Mateus	1ª	9	12	10	3	4	5	6	49	44
	2ª	14	16	11	10	6	10	0	42	67
Vanessa	1ª	15	14	9	13	12	9	0	30	68
	2ª	15	13	9	8	10	7	0	33	62

* Todos os nomes são fictícios.

Resultados Comparativos - Desenho da Figura Humana – Indicadores Emocionais
Primeira e Segunda Avaliação de 2001

Nomes *	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	Escores Brutos	Percentis	Escores Brutos	Percentis
Bianca	02	40	02	40
Carolina	02	30	0	75
Carlos	0	80	03	20
Daniel	01	50	02	30
José	01	50	01	50
Marcelo	03	30	06	0
Mateus	01	50	02	30
Samira	0	80	01	50
Vanessa	02	40	02	40

* Todos os nomes são fictícios.

Resultados Comparativos - Desenho da Figura Humana – Indicadores Evolutivos
Primeira e Segunda Avaliação de 2001

Nomes*	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	Escores Brutos	Percentis	Escores Brutos	Percentis
Bianca	23	85	24	90
Carolina	19	40	24	80
Carlos	22	80	21	70
Daniel	20	50	19	40
José	20	50	22	70
Marcelo	21	75	23	85
Mateus	23	75	25	85
Samira	23	85	20	50
Vanessa	21	70	19	50

* Todos os nomes são fictícios.

Resultados Comparativos – IDATE - C - Primeira e Segunda Avaliação de 2001

1ª Avaliação de 2001							
Nomes *	Série	Ansiedade Estado			Ansiedade Traço		
		Escores Brutos	Classificação	Percentis	Escores Brutos	Classificação	Percentis
Bianca	5ª	26	Normal	21	28	Rebaixada	6
Carolina	6ª	28	Rebaixada	29	30	Rebaixada	12
Carlos	5ª	30	Normal	37	35	Rebaixada	36
Daniel	6ª	32	Normal	70	32	Rebaixada	33
José	6ª	30	Nnormal	49	35	Normal	50
Marcelo	5ª	27	Normal	21	38	Normal	59
Mateus	5ª	39	Acentuada	95	38	Normal	59
Samira	6ª	29	Rebaixada	36	43	Normal	77
Vanessa	5ª	33	Normal	64	30	Rebaixada	13

* Todos os nomes são fictícios.

2ª Avaliação de 2001							
Nomes *	Série	Ansiedade Estado			Ansiedade Traço		
		Escores Brutos	Classificação	Percentis	Escores Brutos	Classificação	Percentis
Bianca	5ª	26	Normal	21	28	Rebaixada	6
Carolina	6ª	35	Normal	72	37	Normal	43
Carlos	5ª	36	Acentuada	87	40	Normal	74
Daniel	6ª	33	Normal	76	35	Normal	50
José	6ª	33	Normal	76	39	Normal	72
Marcelo	5ª	27	Normal	21	36	Rebaixada	45
Mateus	5ª	30	Normal	37	43	Normal	89
Samira	6ª	28	Rebaixada	29	43	Normal	77
Vanessa	5ª	27	Normal	23	33	Normal	25

* Todos os nomes são fictícios.

Programa de Atenção Multiprofissional a Obesidade da Universidade de São Paulo

Ano de 2002

Nomes *	Data de Nascimento	Idade I - F	Peso Inicial Kg	Altura Inicial m	IMC Inicial Kg/m²	Peso Final Kg	Altura Final m	IMC Final Kg/m²	Percentil Inicial	Percentil Final
1. Aline	30/01/1990	11-12	75,00	1,53	32,04	81,00	1,59	32,04	95	95
2. Danilo	11/05/1989	12-13	66,00	1,56	27,12	68,00	1,61	26,23	95	95
3. Daniela	08/02/1991	11-11	62,00	1,51	27,19	59,00	1,55	24,56	95	95
4. Dayane	31/03/1990	12-12	57,00	1,50	25,33	58,00	1,56	23,83	95	85
5. Francisca	06/07/1989	12-13	68,00	1,64	25,28	75,00	1,68	26,57	95	95
6. Gabriel	05/09/1989	12-13	82,00	1,55	34,13	83,00	1,59	32,83	95	95
7. Geraldo	28/10/1991	10-11	53,00	1,55	22,06	55,00	1,58	22,03	95	95
8. Lúcia	01/10/1991	10-11	59,00	1,51	25,88	65,00	1,56	26,74	95	95
9. Luciano	22/07/1990	11-12	70,00	1,59	27,77	73,00	1,63	27,48	95	95
10. Nádia	18/09/1991	10-11	63,00	1,51	27,63	65,00	1,52	28,13	95	95

* Todos os nomes são fictícios

Resultados Comparativos – Escala Infantil Piers e Harris de Auto-conceito

Primeira e Segunda Avaliação de 2002

Nomes *	Avaliação	Comportamento	Status Intelectual	Aparência Física	Ansiedade	Popularidade	Felicidade	Inconsistência	Validade	Escore total
Aline	1ª	15	12	10	09	11	10	02	39	67
	2ª	14	07	06	04	08	06	03	44	45
Danilo	1ª	15	16	07	07	06	05	00	42	56
	2ª	15	15	10	14	10	10	01	31	73
Daniela	1ª	14	13	07	05	05	04	08	40	48
	2ª	15	16	12	13	12	10	01	40	78
Dayane	1ª	15	17	11	09	10	09	00	44	71
	2ª	16	17	12	08	09	07	01	41	69
Francisca	1ª	11	09	04	02	03	05	05	47	34
	2ª	10	09	02	00	00	03	06	43	28
Gabriel	1ª	12	09	09	07	04	07	02	45	48
	2ª	12	13	08	07	06	07	05	40	53
Geraldo	1ª	11	12	02	06	04	04	05	41	39
	2ª	08	08	06	06	05	03	08	41	36
Lúcia	1ª	15	14	08	06	10	07	00	39	60
	2ª	16	12	10	08	11	07	00	33	64
Luciano	1ª	13	15	06	03	05	03	03	49	45
	2ª	13	08	02	02	02	01	01	44	28
Nádia	1ª	11	09	05	05	10	06	02	39	75
	2ª	09	09	06	06	09	05	06	38	44

* Todos os nomes são fictícios.

Resultados Comparativos – Escala de Locus de Controle

Primeira Avaliação de 2002

Nomes *	Série	Idade	Locus	Interno/Externo
Aline	6 ^a	12	Média	58
Danilo	7 ^a	12	Interno	46
Daniela	5 ^a	11	Média	54
Dayane	6 ^a	12	Média	55
Francisca	7 ^a	12	Média	57
Gabriel	6 ^a	12	Interno	32
Geraldo	4 ^a	10	Média	65
Lúcia**	4 ^a	10	Média	51
Luciano	6 ^a	11	Média	52
Nádia	5 ^a	10	Média	58

* Todos os nomes são fictícios.

** desprezar, pois a idade e a série são insuficientes.

Segunda Avaliação de 2002

Nomes *	Série	Idade	Lócus	Interno/Externo
Aline	6 ^a	12	Média	58
Danilo	7 ^a	13	Interno	29
Daniela	5 ^a	11	Média	59
Dayane	6 ^a	12	Média	51
Francisca	7 ^a	13	Média	57
Gabriel	6 ^a	13	Média	52
Geraldo	4 ^a	11	Média	52
Lúcia**	4 ^a	11	Média	65
Luciano	6 ^a	12	Média	48
Nádia	5 ^a	11	Interno	47

* Todos os nomes são fictícios.

**desprezar, pois a idade e a série são insuficientes.

Resultados – Escala de Ansiedade “O que Penso e Sinto”

Dados Comparativos entre a primeira e a segunda avaliação de 2002.

Nomes *	Avaliação	Idade	Escore bruto	Avaliação idade	Avaliação sexo/idade
Aline	1ª	12	06	Normal	Abaixo
	2ª	12	06	Normal	Abaixo
Danilo	1ª	12	08	Normal	Normal
	2ª	13	02	Abaixo	Abaixo
Daniela	1ª	11	11	Normal	Normal
	2ª	11	07	Normal	Abaixo
Dayane	1ª	12	18	Acima	Normal
	2ª	12	10	Normal	Normal
Francisca	1ª	12	24	Acima	Acima
	2ª	13	24	Acima	Acima
Gabriel	1ª	12	16	Normal	Normal
	2ª	13	08	Normal	Normal
Geraldo	1ª	10	14	Normal	Normal
	2ª	11	15	Normal	Acima
Lúcia	1ª	10	11	Normal	Normal
	2ª	11	08	Abaixo	Abaixo
Luciano	1ª	11	13	Normal	Normal
	2ª	12	26	Acima	Acima
Nádia	1ª	10	15	Dentro	Normal
	2ª	11	18	Normal	Normal

* Todos os nomes são fictícios.

Resultados Comparativos - Desenho da Figura Humana – Indicadores Emocionais

Primeira e Segunda Avaliação de 2002

Nomes *	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	Escores Brutos	Percentis	Escores Brutos	Percentis
Aline	1	60	1	50
Danilo	4	5	2	30
Daniela	2	40	1	60
Dayane	1	50	1	50
Francisca	3	15	0	75
Gabriel	2	30	4	5
Geraldo	1	70	1	60
Lúcia	1	70	4	10
Luciano	0	80	2	30
Nádia	1	70	3	20

* Todos os nomes são fictícios.

Resultados Comparativos - Desenho da Figura Humana – Indicadores Evolutivos

Primeira e Segunda Avaliação de 2002

Nomes *	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	Escores Brutos	Percentis	Escores Brutos	Percentis
Aline	20	60	23	75
Danilo	20	50	20	50
Daniela	20	60	19	50
Dayane	20	50	23	75
Francisca	23	75	24	80
Gabriel	19	40	19	40
Geraldo	19	50	22	80
Lúcia	19	50	16	15
Luciano	21	70	17	20
Nádia	16	15	18	35

* Todos os nomes são fictícios.

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
 FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 081/2001

Ribeirão Preto, 15 de agosto de 2001.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 31ª reunião ordinária, realizada em 15 de agosto de 2001.

Protocolo: nº 0193/2001
Projeto: **Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto conceito, locus de controle e ansiedade**
Pesquisadora: **Ana Maria Pimenta Carvalho**

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Marli Villela Mamede
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ANEXO B

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
 FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0163/2003

Ribeirão Preto, 17 de dezembro de 2003

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 59ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de dezembro de 2003.

Protocolo: nº 0430/2003

Projeto: Avaliação Psicológica de Crianças Obesas em um Programa de Assistência

Pesquisadores: Ana Maria Pimenta Carvalho
 Lucieli Kelly de Oliveira Cardoso

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Maria Suelly Nogueira
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Ana Maria Pimenta Carvalho
 Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO C INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO

IDATE – FORMA C
QUESTIONÁRIOS DE AUTO-AVALIAÇÃO
PARTES C-I e C-II

Tradução e Adaptação de ANGELA M. B. BIAGGIO

Nome Idade a m Data do nascimento / / Naturalidade Sexo Escola	Nº Data da Prova / / 19 Pontos Examinador
---	--

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes há dois Questionários para você responder.

Trata-se de algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais.

Não há respostas certas ou erradas.

Leia com toda atenção cada uma das perguntas da Parte C-I e assinale com um X um dos quadrinhos de cada questão, à direita de cada pergunta, de acordo com a Instrução do alto da página.

Quando terminar, passe para a Parte C-II e proceda do mesmo modo, depois de ler o seu cabeçalho.

NÃO VIRE A PÁGINA ANTES DE RECEBER ORDEM
TRABALHE RÁPIDO PORÉM SEM PRECIPITAÇÃO

Questionário "Como estou me sentindo"

FORMA C-1

Instruções: Abaixo aparecem várias frases que meninos e meninas usam para indicar como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e decida como você se sente **agora, neste momento**. Ponha um X no quadrinho em frente à palavra ou frase que melhor descreve como você se sente. Não há resposta certa ou errada. Não gaste tempo demais numa frase. Lembre-se, marque a frase que melhor descrever como você se sente **agora, neste momento**.

- 1 — Eu me sinto **muito calmo** ☐
 Eu me sinto **calmo** ☐
 Eu **não** me sinto calmo ☐

- 2 — Eu me sinto **muito aborrecido** ☐
 Eu me sinto **aborrecido** ☐
 Eu **não** me sinto aborrecido ☐

- 3 — Eu me sinto **muito contente** ☐
 Eu me sinto **contente** ☐
 Eu **não** me sinto contente ☐

- 4 — Eu me sinto **muito nervoso** ☐
 Eu me sinto **nervoso** ☐
 Eu **não** me sinto nervoso ☐

- 5 — Eu me sinto **muito agitado** ☐
 Eu me sinto **agitado** ☐
 Eu **não** me sinto agitado ☐

- 6 — Eu me sinto **muito assustado** ☐
 Eu me sinto **assustado** ☐
 Eu **não** me sinto assustado ☐

- 7 — Eu me sinto **muito descansado** ☐
 Eu me sinto **descansado** ☐
 Eu **não** me sinto descansado ☐

- 8 — Eu me sinto **muito à vontade** ☐
 Eu me sinto **à vontade** ☐
 Eu **não** me sinto à vontade ☐

- 9 — Eu me sinto **muito preocupado** ☐
 Eu me sinto **preocupado** ☐
 Eu **não** me sinto preocupado ☐

- 10 — Eu me sinto **muito satisfeito** ☐
 Eu me sinto **satisfeito** ☐
 Eu **não** me sinto satisfeito..... ☐
- 11 — Eu me sinto **muito apavorado** ☐
 Eu me sinto **apavorado** ☐
 Eu **não** me sinto apavorado..... ☐
- 12 — Eu me sinto **muito feliz** ☐
 Eu me sinto **feliz** ☐
 Eu **não** me sinto feliz ☐
- 13 — Eu me sinto **muito seguro** ☐
 Eu me sinto **seguro** ☐
 Eu **não** me sinto seguro ☐
- 14 — Eu me sinto **muito bem-humorado** ☐
 Eu me sinto **bem-humorado** ☐
 Eu **não** me sinto bem-humorado ☐
- 15 — Eu me sinto **muito perturbado** ☐
 Eu me sinto **perturbado** ☐
 Eu **não** me sinto perturbado ☐
- 16 — Eu me sinto **muito chateado** ☐
 Eu me sinto **chateado** ☐
 Eu **não** me sinto chateado ☐
- 17 — Eu me sinto **muito bem** ☐
 Eu me sinto **bem** ☐
 Eu **não** me sinto bem..... ☐
- 18 — Eu me sinto com **muito medo** ☐
 Eu me sinto com **medo** ☐
 Eu **não** me sinto com medo..... ☐
- 19 — Eu me sinto **muito confuso** ☐
 Eu me sinto **confuso** ☐
 Eu **não** me sinto confuso ☐
- 20 — Eu me sinto **muito alegre** ☐
 Eu me sinto **alegre** ☐
 Eu **não** me sinto alegre ☐

Questionário "Como eu geralmente me sinto"

FORMA C-2

Instruções: Abaixo aparecem várias frases que meninos e meninas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase e decida se é verdadeira a respeito de você quase nunca, às vezes ou mais vezes. Ponha um X no quadrinho em frente da palavra que parece descrever você melhor. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste tempo demais em uma frase. Lembre-se, escolha a palavra que parece descrever melhor **como você geralmente se sente**.

1 — Eu fico preocupado de não fazer erros
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
2 — Tenho vontade de chorar
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
3 — Eu me sinto infeliz
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
4 — Tenho dificuldade de olhar meus problemas
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
5 — Tenho dificuldade de resolver o que é que eu quero
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
6 — Eu me preocupo demais
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
7 — Eu me aborreço em casa
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
8 — Sou tímido
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
9 — Eu me sinto perturbado
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
10 — Fico pensando em coisas sem importância
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
11 — Eu me preocupo com coisas da escola
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
12 — Tenho dificuldade para resolver o que vou fazer
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
13 — Eu noto que meu coração bate depressa
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
14 — Fico com medo mas não digo a ninguém
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
15 — Eu me preocupo com meus pais
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
16 — Minhas mãos ficam suadas
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
17 — Eu fico preocupado com coisas que podem acontecer
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
18 — É difícil para mim pegar no sono de noite quando vou para cama
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
19 — Fico com dor na barriga quando estou nervoso
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐
20 — Eu me preocupo com o que os outros acham de mim
quase nunca ☐	às vezes ☐	muitas vezes ☐

ANEXO D
Escala Infantil Piers-Harris de Auto-conceito
 “O que eu sinto sobre mim mesmo”
 Ellen V. Piers, PhD and Dale B. Harris, PhD

Nome:.....Data:.....
 Idade:.....Sexo.....Série.....
 Escola:.....

Instruções:

Aqui estão uma série de afirmações que dizem como as pessoas sentem-se a respeito de si mesmas. Vou ler cada afirmação e pedir que você me diga se ela descreve ou não como você se sente em relação a si mesmo. Se for verdadeira ou na maior parte verdadeira para você, diga “SIM”. Se for falsa ou na maior parte falsa para você, diga “NÃO”. Responda todas as questões, mesmo que seja difícil decidir. Lembre-se de que não existe respostas certas ou erradas. Você apenas pode contar-nos como se sente a respeito de você mesmo. Então nós vamos esperar que você responda realmente como se sente internamente.

1. Meus colegas fazem gozações de mim	Sim	Não
2. Eu sou uma pessoa feliz	Sim	Não
3. É difícil para eu fazer amigos	Sim	Não
4. Muitas vezes eu estou triste	Sim	Não
5. Eu sou esperto	Sim	Não
6. Eu sou tímido	Sim	Não
7. Eu fico nervoso quando a professora me chama	Sim	Não
8. A minha aparência me incomoda	Sim	Não
9. Quando eu crescer, eu serei uma pessoa importante	Sim	Não
10. Eu fico preocupado quando nós temos prova na escola	Sim	Não
11. Eu não sou muito admirado na escola	Sim	Não
12. Eu me comporto bem na escola	Sim	Não
13. Geralmente a culpa é minha quando alguma coisa dá errada	Sim	Não
14. Eu causo problemas para minha família	Sim	Não
15. Eu sou forte	Sim	Não
16. Eu tenho boas idéias	Sim	Não
17. Eu sou alguém importante na minha família	Sim	Não
18. Eu sempre quero do meu jeito	Sim	Não
19. Eu sou bom para fazer coisas com minhas mãos	Sim	Não
20. Eu desisto facilmente	Sim	Não
21. Eu sou bom em meus trabalhos na escola	Sim	Não
22. Eu faço muitas coisas ruins	Sim	Não
23. Eu sei desenhar bem	Sim	Não
24. Eu sou bom em música	Sim	Não
25. Eu me comporto mal na escola	Sim	Não
26. Eu sou lento em terminar o meu trabalho de escola	Sim	Não
27. Eu sou alguém importante na minha classe	Sim	Não
28. Eu sou nervoso (a)	Sim	Não
29. Eu tenho olhos bonitos	Sim	Não
30. Eu consigo falar bem na frente da classe	Sim	Não
31. Na escola eu fico no rumo da lua	Sim	Não
32. Eu atormento meu (s) irmão (s) e irmã (s)	Sim	Não

33. Meus amigos gostam das minhas idéias	Sim	Não
34. Eu geralmente me meto em encrenca	Sim	Não
35. Eu sou obediente em casa	Sim	Não
36. Eu tenho sorte	Sim	Não
37. Eu sou muito preocupado	Sim	Não
38. Meus pais esperam muito de mim	Sim	Não
39. Eu gosto de ser do jeito que eu sou	Sim	Não
40. Eu me sinto “por fora” das coisas	Sim	Não
41. Eu tenho um cabelo bonito	Sim	Não
42. Muitas vezes eu me ofereço como voluntário na escola	Sim	Não
43. Eu gostaria de ser diferente	Sim	Não
44. Eu durmo bem à noite	Sim	Não
45. Eu odeio escola	Sim	Não
46. Eu sou um dos últimos a ser escolhido nas brincadeiras	Sim	Não
47. Eu fico doente bastante	Sim	Não
48. Eu sou freqüentemente mau com as pessoas	Sim	Não
49. Meus colegas de escola acham que eu tenho boas idéias	Sim	Não
50. Eu sou infeliz	Sim	Não
51. Eu tenho muitos amigos	Sim	Não
52. Eu sou alegre	Sim	Não
53. Eu não sei muitas coisas	Sim	Não
54. Eu sou bonito	Sim	Não
55. Eu tenho muita energia...	Sim	Não
56. Eu entro em muitas brigas	Sim	Não
57. Eu sou popular com os meninos	Sim	Não
58. As pessoas me atormentam	Sim	Não
59. Minha família está triste comigo	Sim	Não
60. Eu tenho um rosto agradável	Sim	Não
61. Quando eu tento fazer alguma coisa, tudo parece dar errado	Sim	Não
62. Eu sou atormentado em casa	Sim	Não
63. Eu sou um líder em brincadeiras e esportes	Sim	Não
64. Eu sou desajeitado	Sim	Não
65. Nos jogos e esportes, eu assisto ao invés de jogar	Sim	Não
66. Eu esqueço o que eu aprendo	Sim	Não
67. É fácil conviver comigo	Sim	Não
68. Eu perco a paciência facilmente	Sim	Não
69. Eu sou popular com as meninas	Sim	Não
70. Eu leio bem	Sim	Não
71. Eu prefiro trabalhar sozinho do que em grupo	Sim	Não
72. Eu gosto do meu irmão (ã)	Sim	Não
73. Eu tenho um corpo bonito	Sim	Não
74. Muitas vezes eu sou medroso	Sim	Não
75. Eu sempre estou derrubando ou quebrando as coisas	Sim	Não
76. As pessoas confiam em mim	Sim	Não
77. Eu sou diferente das outras pessoas	Sim	Não
78. Eu tenho maus pensamentos	Sim	Não
79. Eu choro facilmente	Sim	Não
80. Eu sou uma boa pessoa	Sim	Não

ANEXO E

“O QUE PENSO E SINTO”

Instruções para Aplicação

Vocês acabaram de receber um questionário sobre o que as crianças pensam e sentem. Não tem resposta certa ou errada, por que cada um pensa e sente de um jeito diferente. Vocês vão ler uma frase de cada vez e escolher uma resposta, “sim” para quando é algo que vocês pensam ou sentem e “não” quando é algo que vocês nunca sentem ou pensam. Vou ler a primeira em voz alta para explicar melhor: “Eu acho difícil tomar decisões”, então quem concorda, acha difícil mesmo tomar uma decisão faz um X no quadradinho do “sim”. Quem não concorda, não acha difícil, marca no quadradinho “não”. Quando acharem uma palavra difícil ou tiverem qualquer dúvida me perguntem. Podem responder todo o questionário.

Nome: _____

Escola: _____

Idade: _____ Sexo: _____

“O QUE PENSO E SINTO”

1- Eu acho difícil tomar decisões.....	☐ Sim	☐ Não
2- Eu fico nervoso quando as coisas não dão certo para mim.....	☐ Sim	☐ Não
3- Parece que os outros fazem as coisas com mais facilidade que eu.....	☐ Sim	☐ Não
4- Eu gosto de todo mundo que eu conheço.....	☐ Sim	☐ Não
5- Muitas vezes eu tenho falta de ar.....	☐ Sim	☐ Não
6- Eu fico preocupado a maior parte do tempo.....	☐ Sim	☐ Não
7- Eu tenho medo de muitas coisas.....	☐ Sim	☐ Não
8- Eu sou sempre legal.....	☐ Sim	☐ Não
9- Eu fico bravo por qualquer coisa.....	☐ Sim	☐ Não
10- Fico preocupado com o que meus pais vão dizer para mim.....	☐ Sim	☐ Não
11- Sinto que os outros não gostam do jeito que eu faço as coisas.....	☐ Sim	☐ Não
12- Eu sou sempre bem educado.....	☐ Sim	☐ Não
13- É difícil para mim ir para a cama à noite.....	☐ Sim	☐ Não
14- Eu me preocupo com o que os outros pensam de mim.....	☐ Sim	☐ Não

15- Eu me sinto sozinho, mesmo quando há pessoas comigo.....	☐ Sim	☐ Não
16- Sou sempre bom.....	☐ Sim	☐ Não
17- Muitas vezes, sinto problemas no meu estômago.....	☐ Sim	☐ Não
18- Fico triste com qualquer coisa.....	☐ Sim	☐ Não
19- Minhas mãos ficam suadas.....	☐ Sim	☐ Não
20- Sou sempre legal com todo mundo.....	☐ Sim	☐ Não
21- Estou bastante cansado.....	☐ Sim	☐ Não
22- Eu me preocupo com o que vai acontecer.....	☐ Sim	☐ Não
23- As outras crianças são mais felizes do que eu.....	☐ Sim	☐ Não
24- Sempre falo a verdade.....	☐ Sim	☐ Não
25- Tenho sonhos ruins.....	☐ Sim	☐ Não
26- Fico triste sempre que estou com problemas.....	☐ Sim	☐ Não
27- Sinto que alguém vai me dizer que faço as coisas de maneira errada.....	☐ Sim	☐ Não
28- Nunca fico bravo.....	☐ Sim	☐ Não
29- Algumas vezes acordo assustado.....	☐ Sim	☐ Não
30- Eu me preocupo quando vou para a cama à noite.....	☐ Sim	☐ Não
31- É difícil para mim prestar atenção no trabalho da escola.....	☐ Sim	☐ Não
32- Nunca digo coisas que não deveria.....	☐ Sim	☐ Não
33- Eu me mexo bastante na carteira.....	☐ Sim	☐ Não
34- Sou nervoso.....	☐ Sim	☐ Não
35- Muitas pessoas estão contra mim.....	☐ Sim	☐ Não
36- Nunca minto.....	☐ Sim	☐ Não
37- Em geral eu acho que alguma coisa ruim vai acontecer para mim.....	☐ Sim	☐ Não

ANEXO F**ESCALA PARA MEDIDA DE LOCUS DE CONTROLE PARA CRIANÇAS****Instruções:**

Neste questionário aparece uma lista de frases. Cada frase descreve um acontecimento. Pode ser que alguma frase descreva uma coisa que nunca aconteceu com você pessoalmente. Neste caso, imagine como você se sentiria e o que faria nessa situação.

Depois de cada frase, aparecem duas razões possíveis para explicar o que aconteceu com a pessoa. Não há respostas certas ou erradas. Algumas pessoas escolherão a razão A, outras a razão B. A resposta de uma pessoa depende de suas próprias experiências e sentimentos em relação à situação descrita na frase, ou seja, a resposta vai depender do que você acha.

Algumas vezes você vai pensar que tanto A quanto B são razões possíveis. Neste caso, você deve resolver se A e B são razões igualmente boas, ou se uma é melhor do que a outra e assinalar uma das opções que estão abaixo de cada frase.

1. Suponha que você mudou de bairro, encontrou algumas crianças novas e se tornou o chefe do grupo. Isto aconteceu porque:

A – Você encontrou o grupo certo.

B – Você tem qualidade de chefe.

() apenas A

() B mais do que A

() A mais do que B

() apenas B

() A e B igualmente

2. Quando seu irmão ou irmã aceita uma de suas sugestões é porque:

A – Você explicou a razão de sua sugestão e os convenceu de que está certo.

B – Eles ficam cansados de discutir com você.

() apenas A

() B mais do que A

() A mais do que B

() apenas B

() A e B igualmente

3. Suponha que você se saiu bem na escola em uma matéria que geralmente você acha difícil. Isto foi porque:

A – Você teve sorte e alguém o ajudou.

B – Você se esforçou mais do que de costume.

() apenas A

() B mais do que A

() A mais do que B

() apenas B

() A e B igualmente

4. Se o professor acha bom o seu trabalho na escola é porque:

A – Ele gosta de você.

B – Seu trabalho na escola é bom.

() apenas A

() B mais do que A

() A mais do que B

() apenas B

() A e B igualmente

5. Imagine que você queira assistir a um filme e seus amigos concordem em ir com você. Eles concordaram porque:

A – Não havia outro filme que valesse a pena ver.

B – Você os convenceu de que valia a pena assistir aquele filme.

- ☐ apenas A
☐ A mais do que B
☐ A e B igualmente

- ☐ B mais do que A
- ☐ apenas B

13. Suponha que você não tenha muitos amigos. Isto é porque:

A – Você não sabe fazer amigos.

B – Sempre existem crianças que não gostam de você.

- ☐ apenas A
☐ A mais do que B
☐ A e B igualmente

- ☐ B mais do que A
- ☐ apenas B

14. O professor elogiou seu comportamento no passeio da escola porque:

A – Seu comportamento no passeio mereceu ser elogiado.

B – Seu professor estava de bom humor.

- () apenas A
() A mais do que B
() A e B igualmente

- ☐ B mais do que A
- ☐ apenas B

15. Depois de discutir com você por muito tempo, seus pais lhe permitem fazer uma viagem com seus amigos. Isto porque:

A – Você os convenceu.

B – Eles ficaram cansados de discutir com você.

- () apenas A
() A mais do que B
() A e B igualmente

- () B mais do que A
() apenas B

16. Imagine que você encontrou um grupo de crianças na praia. Você aí sugeriu que todos brincassem de um certo jogo e todos aceitaram a sua sugestão. Isto aconteceu porque:

A – Você conseguiu convencê-los.

B – Eles já queriam brincar daquele jogo.

- () apenas A
() A mais do que B
() A e B igualmente

- ☐ B mais do que A
- ☐ apenas B

17. Suponha que seus pais digam que você está indo bem na escola. Isto é porque:

A – Eles gostam de qualquer coisa que você faça.

B – Seu trabalho na escola é bom.

- () apenas A
() A mais do que B
() A e B igualmente

- ☐ B mais do que A
- ☐ apenas B

18. Quando você esquece alguma coisa que foi dita em aula, isto provavelmente acontece porque:

A – Você não fez bastante força para lembrar.

B – O Professor não explicou muito bem.

- () apenas A
() A mais do que B
() A e B igualmente

- ☐ B mais do que A
- ☐ apenas B

19. Se você é muito querido entre os amigos é por causa:

A – De sua família.

B – Do esforço que você faz para que os amigos gostem de você.

() apenas A

() B mais do que A

() A mais do que B

() apenas B

() A e B igualmente

20. Quando você discute com seus amigos é porque:

A – Você não desiste de suas idéias.

B – Seus amigos são cabeças duras.

() apenas A

() B mais do que A

() A mais do que B

() apenas B

() A e B igualmente

21. Quando você se sai muito bem em uma prova na escola, isso acontece porque:

A – Você teve sorte.

B – Você estudou muito para a prova.

() apenas A

() B mais do que A

() A mais do que B

() apenas B

() A e B igualmente

22. Quando você discute com outras crianças é porque:

A – Você não aceita a opinião delas.

B – As outras crianças geralmente não aceitam as suas opiniões.

() apenas A

() B mais do que A

() A mais do que B

() apenas B

() A e B igualmente

23. Imagine que seu professor não tenha uma boa opinião a seu respeito. Isto é porque:

A – Você não se saiu bem na escola no ano passado.

B – Ele não gosta de você.

() apenas A

() B mais do que A

() A mais do que B

() apenas B

() A e B igualmente

24. Se seus irmãos ou irmãs concordaram em dar alguma coisa deles a você é porque:

A – Ele ou ela não está precisando daquela coisa.

B – Você soube pedir.

() apenas A

() B mais do que A

() A mais do que B

() apenas B

() A e B igualmente