

Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas

Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz

Ricardo Gorayeb

Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto

Raphael Del Roio Liberatore Júnior

Neide Aparecida Micelli Domingos

Faculdade de Medicina e Enfermagem de São José do Rio Preto

Resumo

Obesidade infantil alcança índices preocupantes, e sua ocorrência na população brasileira tem adquirido grande significância na área da saúde, principalmente devido ao impacto que causa na vida das crianças, trazendo consequências físicas, sociais, econômicas e psicológicas. Neste artigo dá-se ênfase à depressão, ansiedade e competência social, dentre os múltiplos fatores relacionados à obesidade infantil. Discutem-se aqui estudos que mostram estes fatores como causa ou como consequência da obesidade infantil, apesar de não haver consenso na área. Porém, a ocorrência concomitante de depressão, ansiedade e déficits de competência social com obesidade infantil demonstra a relevância deste tema. Uma maior difusão deste conhecimento bem como a proliferação destes estudos são importantes para proporcionar um atendimento e intervenção adequada a essa população.

Palavras-chave: obesidade infantil; depressão; ansiedade; competência social

Abstract

Depression, anxiety and social competence in obese children. Childhood obesity has high rates of occurrence and in Brazil has acquired great importance in the area of health, mainly due to the consequences to children lives, bringing physical, social, economical and psychological consequences. In this article we emphasize depression, anxiety and social competence among the multiple factors related to childhood obesity. We discuss studies that present these factors as cause or consequence of childhood obesity, despite the fact that there is no consensus in the area. However the simultaneous occurrence of depression, anxiety and deficits in social competence and childhood obesity shows the importance of this matter. The spread of this knowledge and new research in the area will improve the care of these patients.

Keywords: childhood obesity; depression; anxiety; social competence

A obesidade infantil é definida, como nos adultos, por um acúmulo excessivo de massa de gordura (Frelut & Navarro, 2000). Entre os transtornos nutricionais infantis, é um dos problemas de saúde mais frequentes; por isto, é considerada um grave problema de saúde pública (Battaglini, Zarzalejo, & Alvarez, 1999; Cintra, 1999).

Nos países desenvolvidos, a obesidade infantil atinge proporções epidêmicas, começando a substituir a desnutrição e as doenças infecciosas, tornando-se fator significativo em problema de saúde (Brownell & O'Neil, 1999). Esses países têm concentrado seus esforços na área de saúde pública e na prevenção das doenças não transmissíveis, dando ênfase à redução da obesidade, modificação do padrão alimentar e redução do sedentarismo (National Research Council, 1989).

A obesidade infantil tem aumentado dramaticamente em todos os países industrializados, nos quais a inatividade física parece contribuir da mesma forma que a ingestão elevada e desbalanceada de alimentos (Frelut & Navarro, 2000). Alguns estudos apontam a obesidade como o problema nutricional mais frequente nos Estados Unidos, chegando a afetar um terço da população geral e 15% a 20% das crianças. A obesidade pode ter início em qualquer época da vida, mas seu aparecimento é mais comum especialmente no primeiro ano de vida, entre cinco e seis anos de idade e na adolescência (Damiani, Carvalho, & Oliveira, 2000; Fisberg, 1995), mas deve-se considerar que em qualquer fase da vida a obesidade exige uma atenção especial.

Através de levantamento bibliográfico realizado nos sistemas *Med Line* e *Lilacs* (período de 1995 a 2003) foram iden-

tificados artigos que estivessem ligados às relações entre obesidade e fatores emocionais.

Existem poucos dados sobre a incidência e a prevalência de obesidade no Brasil, provavelmente devido às dificuldades de se manter avaliações antropométricas rotineiras nos centros de atenção primária à saúde. Um estudo realizado na população atendida pelo hospital-escola da Escola Paulista de Medicina mostrou que, aproximadamente 4% a 5% das crianças menores de 12 anos, que chegam para consulta em triagem médica, apresentam obesidade (Fisberg, 1995). Um outro estudo domiciliar, de cobertura nacional para representar a população de adolescentes brasileiros não institucionalizados, foi realizado com o objetivo de descrever a prevalência da obesidade em 13.715 adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade. Os resultados mostraram maior prevalência de obesidade no grupo de adolescentes do sexo feminino e em adolescentes de nível sócio-econômico mais alto e de regiões industrializadas (Neutzling, Taddei, Rodrigues, & Sigulem, 2000).

O prognóstico da obesidade infantil é bastante controverso. Alguns estudos demonstraram que, aproximadamente, 20% das crianças obesas podem se tornar adultos obesos. Outros estudos ressaltam que quanto menor a idade em que a obesidade se manifesta e quanto maior sua intensidade, maior a chance de que a criança se torne um adolescente e um adulto obeso (Fisberg, 1995).

Vários fatores contribuem para a etiologia da obesidade. Fatores genéticos, culturais, econômicos, emocionais e comportamentais atuam em diferentes combinações nos indivíduos obesos. Assim, múltiplas etiologias, correlatos comportamentais, efeitos psicossociais e conseqüências médicas, tornam a obesidade especialmente complexa (Brownell & O'Neil, 1999). As síndromes genéticas e as alterações endocrinológicas são responsáveis por apenas 1% dos casos, em geral, de obesidade endógena; os 99% restantes são considerados de causa exógena, ou seja, resultantes de ingestão excessiva de alimentos, quando comparada ao consumo energético ideal do indivíduo (Damiani, Carvalho, & Oliveira, 2000).

Em um estudo realizado com o objetivo de avaliar os fatores associados à obesidade, bem como o uso do índice de massa corpórea (IMC) em adolescentes de uma escola privada do estado do Rio de Janeiro, Fonseca, Sichieri e Veiga (1998) concluíram que o IMC é um indicador de obesidade para adolescentes e que as influências familiares e o sedentarismo, particularmente nos meninos, foram determinantes do sobrepeso. A proporção de meninos classificados com sobrepeso foi superior à apresentada pelas meninas e um padrão estético de magreza predominou entre as meninas.

Campos (1995) salienta que a família de indivíduos com obesidade exógena apresenta como características: excesso de ingestão alimentar, sedentarismo, relacionamento intrafamiliar complicado, desmame precoce, introdução precoce de alimentos sólidos, substituições de refeições por lanches e dificuldades nas relações interpessoais.

Além dessas características familiares, alguns transtornos psicológicos tais como depressão, ansiedade e dificuldade de ajustamento social podem ser observados em indivíduos com obesidade, seja ela endógena ou exógena. Damiani, Carvalho e Oliveira (2000) discutem se estes transtornos psicológicos atuam como causa ou como efeito do processo de aumento do peso.

O excesso de peso aumenta o risco para a saúde; seja por razões biológicas, psicológicas ou comportamentais, alguns indivíduos parecem destinados a enfrentar uma batalha para emagrecer. Este processo de luta pode produzir excessiva preocupação com a alimentação, peso, autocondenação e depressão, bem como repetidos ciclos de perda e recuperação de peso (Brownell & O'Neil, 1999).

Estudos têm mostrado que crianças obesas possuem grande risco de desenvolver problemas psicológicos e de saúde. Observações clínicas postulam a associação entre a obesidade e depressão. Estas observações têm recebido suporte de estudos epidemiológicos, sugerindo relação entre excesso de peso e sintomas psicológicos e psiquiátricos (Carpenter, Hasin, & Allison, 2000).

Considerando que aspectos emocionais podem estar associados à obesidade, favorecendo muitas vezes o desenvolvimento de problemas psicológicos, como a ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais, é fundamental compreender o papel destes transtornos na etiologia ou mesmo como conseqüência da obesidade infantil.

Depressão e obesidade infantil

Entre os transtornos psicológicos estudados na infância e adolescência, a depressão tem suscitado crescente interesse, principalmente pela freqüência com que este diagnóstico tem sido feito. Mas, durante muito tempo acreditou-se que as crianças raramente apresentavam depressão. Atualmente existem evidências, derivadas de um número substancial de estudos, de que transtornos depressivos também surgem durante a infância e não apenas na adolescência e na vida adulta (Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989; Miyazaki, 1995).

Sentimentos de tristeza, irritabilidade e agressividade, dependendo da intensidade e da freqüência, podem ser indícios de quadros depressivos em crianças. As súbitas mudanças de comportamentos nas crianças, não justificadas por fatores estressantes, são de extrema importância para justificar um diagnóstico de transtornos depressivos. Os sintomas depressivos podem interferir na vida da criança de maneira intensa, prejudicando seu rendimento escolar e seu relacionamento familiar e social (Fu I, Curatolo, & Friedrich, 2000).

A depressão pode ser também sintoma de patologias orgânicas, como os distúrbios endocrinológicos e neurológicos (Rose, 1998). Pode ainda, ser mais freqüente em alguns grupos de crianças, como as portadoras de problemas crônicos de saúde e dificuldades acadêmicas (Amaral & Barbosa, 1990; Miyazaki, 1993; Weinberg, Rutman, Sullivan, Penich, & Dietz, 1973). Entre tais grupos vulneráveis para o desenvolvimento da depressão infantil, encontra-se também o das crian-

ças obesas. A obesidade muitas vezes acarreta dificuldades comportamentais, interferindo, assim, no relacionamento social, familiar e acadêmico da criança. Andriola e Cavalcante (1999) consideram ainda que quanto mais problemas de comportamento a criança apresentar maior será a probabilidade de desenvolver um quadro depressivo.

Para avaliar a depressão infantil são utilizados instrumentos para se quantificar a intensidade e frequência dos sintomas depressivos. Um instrumento de auto-relato muito utilizado é o Inventário de Depressão Infantil (*Children's Depression Inventory - CDI*), constituído por uma escala abordando vários itens que avaliam sinais cognitivos, afetivos e comportamentais de depressão em crianças, como tristeza, perda de interesse, choro freqüente, desesperança, culpa, baixa auto-estima, entre outros (Kovacs, 1982). O CDI é aplicável a ambos os sexos, em faixa etária de 07 a 17 anos de idade. Faz-se necessário ressaltar que o instrumento só possui valor diagnóstico perante outros dados que confirmem os resultados encontrados.

Csabi, Tenyi e Molnar (2000) realizaram um estudo com o objetivo de comparar um grupo de 30 crianças obesas em tratamento ambulatorial com um grupo de 30 crianças não obesas, no que se refere à presença de sintomas depressivos. Utilizaram como instrumento de coleta de dados uma Escala de Classificação para Depressão Infantil. Os resultados desse estudo mostraram uma maior proporção de sintomas depressivos em crianças obesas quando comparadas com as de peso normal. Em um outro estudo, realizado em escolas do norte da Califórnia, que avaliou a depressão em estudantes pré-adolescentes obesos (foram considerados obesos os participantes com o IMC igual ou maior que o percentil 85), com idade média de 8,4 anos, Erickson, Robinson, Haydel e Killen (2000) encontraram aumento significativo da frequência de sintomas depressivos, apenas entre as meninas; dados aparentemente relacionados com a preocupação com o excesso de peso.

Todavia, não há consenso na literatura sobre as relações entre depressão e obesidade. Friedman e Brownell (1995), investigando a literatura, observaram divergências entre os estudos. Alguns estudos mostraram que a obesidade aumenta o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos, outros indicaram que a obesidade diminui o risco para a depressão e ainda outros apontaram que a obesidade não tem influência no risco para depressão. Nota-se assim a necessidade e a importância de estudos com a população infantil brasileira que verifiquem a presença de sintomas depressivos entre crianças obesas e da elaboração de instrumentos específicos para a cultura brasileira, que avaliem adequadamente tais sintomas.

Faz-se necessário ainda salientar que os transtornos depressivos constituem uma série de alterações comportamentais, biológicas, cognitivas, emocionais e somáticas, que geralmente associam-se a outras queixas, como, por exemplo, a ansiedade (American Psychiatric Association, 1994; Beck, 1967; Flaherty, Channon, & Davis, 1990; Kovacs et al., 1989). Last, Strauss e Francis (1987) em um estudo des-

tacando co-morbididades entre os transtornos de ansiedade, relataram que 15% das crianças encaminhadas a uma clínica infantil para tratamento de ansiedade, quando avaliadas, receberam diagnóstico principal de depressão maior, com transtornos secundários de ansiedade. Desta forma, destaca-se a importância de citar os correlatos entre obesidade infantil e ansiedade.

Ansiedade e obesidade infantil

Os transtornos ansiosos são um dos quadros psiquiátricos mais comuns, tanto em crianças como em adultos. Nas crianças e adolescentes, os transtornos ansiosos mais frequentes são o transtorno de ansiedade de separação e o transtorno de ansiedade generalizada (Castilho, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000). Andrade e Gorenstein (1998) descrevem a ansiedade como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do desenvolvimento do ser humano, podendo tornar-se patológica quando acontece de forma exagerada e sem uma situação real ameaçadora que a desencadeie.

Existem duas dimensões distintas para a ansiedade se apresentar. A primeira é o estado de ansiedade, que pode ser conceitualizado como um estado emocional transitório, que varia em intensidade e flutua com o decorrer do tempo, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos. A segunda dimensão é o traço de ansiedade que se refere a diferenças individuais relativamente estáveis quanto à propensão para a ansiedade, ou seja, diferenças na maneira do indivíduo reagir a situações percebidas como ameaçadoras. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE C) é um instrumento muito utilizado para avaliar sintomas de ansiedade em crianças (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1979).

Considerando que a obesidade infantil pode estar relacionada com sintomas de ansiedade, Carvalho et al. (2001), em pesquisa com pré-adolescentes obesos (todos os participantes situaram-se no percentil igual ou superior a 95) de ambos os sexos, com idade entre 9 e 13 anos, selecionados através de um programa escolar de uma cidade do interior do estado de São Paulo, observaram que os meninos apresentaram sinais indicativos de problemas emocionais. No que se refere a sinais de ansiedade, os participantes encontravam-se com níveis de ansiedade dentro do esperado para essa faixa etária, não se encontrando diferença entre os sexos. Apenas 3,8% dos sujeitos apresentaram ansiedade acima da média. Os autores deste estudo concluíram que não houve diferença significativa entre obesos e não obesos nessa população estudada e ainda consideraram a importância de se realizar estudos desse tipo, para elucidar aspectos relativos ao funcionamento psicológico de pré-adolescentes obesos.

Vários estudos de obesidade em adultos mostram uma relação entre obesidade e ansiedade, destacando a ansiedade como um sintoma freqüente entre os obesos adultos (Mazzoni, Mannucci, Rizzello, Ricca, & Rotella, 1999; Pirke & Platte, 1998; Rosmond & Bjurmtorp, 1998; Sarlio-Lahteenkorva & Rissen, 1998). Portanto um número maior de estudos que

investiguem a ansiedade entre crianças obesas é fundamental para auxiliar em programas de orientação e em implementação de estratégias de intervenção.

Competência social, problemas comportamentais e obesidade infantil

Problemas psicológicos, sociais e comportamentais podem ocorrer em indivíduos obesos. Muitas vezes, eles sofrem discriminação e estigmatização social, prejudicando seu funcionamento físico e psíquico, podendo causar um impacto negativo em sua qualidade de vida (Khaodhiar, McCowen, & Blackburn, 1999). As crianças obesas são freqüentemente importunadas pelos colegas e menos aceitas do que as crianças com peso normal. Ao longo da vida, o excesso de peso traz outras dificuldades, como menor índice de empregos, timidez e problemas de relacionamento afetivo. Devido a tais dificuldades, muitas vezes os indivíduos obesos sofrem ou impõem-se restrições diante de atividades rotineiras como ir à escola, fazer determinados exercícios físicos, procurar emprego, comprar roupas, namorar e divertir-se (Damiani, Carvalho, & Oliveira, 2002).

De acordo com Keller e Stevens (1996), conseqüências sociais, econômicas e psicológicas podem decorrer do processo de aumento de peso. Os dados do estudo realizado por esses autores mostraram que, em sete anos de seguimento de adolescentes do sexo feminino, estas tiveram menos anos escolares completos, menor incidência de casamentos, renda familiar baixa e pobreza familiar, quando comparadas com adolescentes não-obesas. Referem também que as adolescentes obesas relataram insatisfação com sua imagem corporal, sentindo-se diferentes da maioria dos adolescentes.

Stradmeijer (2000) analisou a relação entre funcionamento familiar e ajustamento psicossocial em 70 crianças e adolescentes com excesso de peso (IMC igual ou superior ao percentil 95), comparadas com 73 crianças e adolescentes com peso normal, com idade entre 10 e 16 anos, através do Child Behavior Check List (CBCL, Achenbach & Edelbrock, 1994). Verificou que tanto os pais como os professores apontaram mais problemas comportamentais em crianças com excesso de peso, particularmente em adolescentes do grupo de 13 anos de idade, do que em crianças com peso normal. Outro estudo, utilizando o CBCL para avaliar 152 crianças obesas de ambos os sexos em tratamento ambulatorial, mostrou que a maioria apresentava problemas de relacionamento social, quando avaliadas por seus pais (Epstein, Myers, & Anderson, 1996).

Considerações finais

Analisando a literatura, percebe-se que é encontrada uma relação entre a obesidade infantil e aspectos psicológicos, tais como depressão, ansiedade e déficits de competência social. Há indicativos de correlações entre estes aspectos psicológicos e a presença de obesidade em crianças. Mesmo que uma relação causal formal não tenha sido claramente estabelecida, a co-ocorrência de obesidade e estas altera-

ções psicológicas requerem maior atenção dos estudiosos da área. Nota-se que ansiedade, depressão, competência social e problemas comportamentais são variáveis que estão sendo estudadas e, independentemente da sua conotação de causa ou conseqüência envolvida no processo da obesidade, a concomitância sistemática de sua ocorrência mostra a necessidade de que estes estudos sejam intensificados.

Somente o aumento de estudos nesta área poderá promover intervenções eficazes para esta clientela, que está aumentando e sofrendo prejuízos à sua saúde física e emocional.

Referências

- Achenbach, T. N., & Edelbrock, C. (1994). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont.
- Amaral, V. L. A. R., & Barbosa, M. K. (1990). Crianças vítimas de queimaduras: um estudo sobre depressão. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 7(1), 31-59.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais – DSM-IV* (L. H. S. Barbosa, Trad). São Paulo: Manole.
- Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 285-90.
- Andriola, W. B., & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 419-428.
- Battaglini, S., Zarzalejo, Z., & Alvarez, M. L. (1999). *Obesidad*. Caracas: Caligraphy.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Brownell, K. D., & O'Neil, P. M. (1999). Obesidade. Em D. H. Barlow (Org.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos* (pp. 355-403). Porto Alegre: Artmed.
- Campos, A. L. R. (1995). Aspectos psicológicos da obesidade. In I. M. Fiesberg (Org.), *Obesidade na infância e adolescência* (pp. 71-79). São Paulo: BYK.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., & Allison, D. B. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90(2), 251-257.
- Carvalho, A. M. P., Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P., Borges, C. D., Mariano, F. N., Brancaloni, A. P. L., & Gorayeb, R. (2001). Maturidade emocional, lócus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. *Paidéia*, 11(20), 39-47.
- Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl. 2), 20-23.
- Cintra, I. P. (1999). Avaliação da composição corporal e do gasto energético basal em crianças pré-púberes, com obesidade grave, na vigência de programa nutricional. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Csabi, G., Tenyi T., & Molnar, D. (2000). Depressive symptoms among obese children. *Journal of Eating and Weight Disorders*, 5(1), 43-45.
- Damiani, D., Carvalho, D. P., & Oliveira, R. G. (2000). Obesidade na infância – um grande desafio. *Pediatria Moderna*, 36(8), 489-528.
- Damiani, D., Carvalho, D. P., & Oliveira, R. G. (2002). Obesidade – fatores genéticos ou ambientais? *Pediatria Moderna*, 38(3), 57-80.
- Epstein, L. H., Myers, M. D., & Anderson, K. (1996). The association of maternal psychopathology and family socioeconomic status with psychological problems in obese children. *Journal of Obesity*, 4(1), 65-74.
- Erickson, S. J., Robinson, T. N., Haydel, K. F., & Killen, J. D. (2000). Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(9), 931-935.

- Fisberg, M. (1995). Obesidade na infância e adolescência. In I. M. Fisberg (Org.), *Obesidade na infância e adolescência* (pp. 9-13). São Paulo: BYK.
- Flaherty, J. A., Channon, R. A., & Davis, J. M. (1990). *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fonseca, V. M., Sichieri, R., & Veiga, G. V. (1998). Fatores associados à obesidade em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 32(6), 541-549.
- Frelut, M. L., & Navarro, J. (2000). Obesity in the child. *Presse Medicale*, 29(10), 572-577.
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 11(7), 3-20.
- Fu I. L., Curatolo, E., & Friedrich, S. (2000). Transtornos afetivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 24-27.
- Khaothiar, L., McCowen K. C., & Blackburn G. L. (1999). Obesity and its co-morbid conditions. *Review Clinic Cornerstone*, 2(3), 17-31.
- Keller, C., & Steves, K. R. (1996). Assessment, etiology, and intervention in obesity in children. *Nurse Practitioner*, 21(9), 31-42.
- Kovacs, M. (1982). *Children's Depression Inventory: manual*. Nova York: Multi-Health Systems.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood: a longitudinal study of co-morbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 776-782.
- Last, C. G., Strauss, C. C., & Francis, G. (1987). Co-morbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 726-730.
- Mazzoni, R., Mannucci, E., Rizzello, S. M., Rica, V., & Rotella, C. M. (1999). Failure of acupuncture in the treatment of obesity: a pilot study. *Journal of Eating and Weight Disorders*, 4(4), 198-202.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1995). Aspectos teóricos e metodológicos do estudo da depressão na infância. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 12(3), 67-78.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1993). Enfoque psicossocial da doença crônica: um estudo sobre depressão em pacientes pediátricos asmáticos e suas mães. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- National Research Council – Committee on Diet and Health. (1989). *Diet and health: implications for reducing chronic diseases risk*. Washington: National Academy Press.
- Neutzling, M. B., Taddei, J. A., Rodrigues, E. M., & Sigulem, D. M. (2000). Overweight and obesity in Brazilian adolescents. *Journal of International Obesity Metabolism Disorders*, 24(7), 869-874.
- Pirke K. M., & Platte, P. (1998). Psychosomatic aspects of obesity. *Zentralblatt fur Gynakologie*, 120(5), 251-254.
- Rose, R. M. (1998). Psicoendocrinologia. In J. D. Wilson & D. W. Foster (Orgs.), *Tratado de endocrinologia* (7ª ed., pp. 809-841). São Paulo: Manole.
- Rosmond, R., & Bjurrtorp, P. (1998). Endocrine and metabolic aberrations in men abdominal obesity in relation to anxio-depressive infirmity. *Journal of Metabolism*, 47(10), 1187-1193.
- Sarlio-Lahteenkorva, S., & Rissen, A. (1998). Weight loss maintenance: determinants of long-term success. *Journal of Eating and Weight Disorders*, 3(3), 131-135.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1979). *Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE. Manual* (A. Biaggio, Trad.). Rio de Janeiro: CEPA.
- Stradmeijer, M. (2000). Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. *Journal of Eating and Weight Disorders*, 27(1), 110-114.
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Penich, E. C., & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment. *Journal of Pediatrics*, 83, 165-172.

Andréia Mara Angelo Gonçalves Luiz, psicóloga do Centro Integrado de Medicina Ocupacional e Preventiva (CIMOP) do Austa Clínicas de São José do Rio Preto, é mestranda em Psicologia na Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Rua Dom Pedro I, 1296, ap. 24, CEP 15030-500, Parque Industrial, São José do Rio Preto, São Paulo. Fones: (17) 222-5273 / 229-1333. Fax: (17) 235-1102. E-mail: deia_mara@hotmail.com

Ricardo Gorayeb, Livre Docente em Psicologia Médica pela Universidade de São Paulo, é professor associado no Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Raphael Del Roio Liberatore Júnior, doutor em Medicina (Pediatria) pela Universidade de São Paulo, é coordenador de ensino da Faculdade de Medicina e Enfermagem de São José do Rio Preto.

Neide Aparecida Micelli Domingos, doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, é chefe do Serviço de Psicologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina e Enfermagem de São José do Rio Preto.