

Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, *Locus* de Controle e Ansiedade

Caroline Cataneo^{1 2}

Ana Maria Pimenta Carvalho

Elizângela Moreira Careta Galindo

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

Resumo

Investigou-se, neste trabalho, variáveis psicológicas como *locus* de controle, auto-conceito, ansiedade, maturação cognitiva e emocional e problemas comportamentais em crianças obesas e não obesas. Participaram do trabalho 54 crianças, com idades entre 10 e 12 anos, sendo 27 crianças obesas, 14 meninas e 13 meninos com índices de massa corporal situados acima do percentil 85, e 27 não obesas, 15 meninas e 12 meninos, com índices de massa corporal entre os percentis 5 e 85. Os grupos não se diferenciaram em relação às variáveis estudadas. Foram verificados resultados indicativos de sofrimento psicológico tanto num grupo quanto no outro, não permitindo associar obesidade e problemas psicológicos ou comportamentais.

Palavras-chave: Obesidade; avaliação psicológica; crianças.

Obesity and Psychological Aspects: Emotional and Cognitive Development, Self Concept, *Locus* of Control and Anxiety

Abstract

The present research aimed to evaluate if obese children showed different results in regard to some psychological variables such as emotional and cognitive development, *locus* of control, self concept, anxiety and behavioral problems compared to non obese children of same age, sex and school achievement. Subjects were 57 children with ages between 10 and 12 years old. The obese group had 27 children, 14 girls and 13 boys. The criterion for assignment to this group was the value of body mass above 85 percentile. The group of non obese had also 27 children, 15 girls and 12 boys and their body mass index was between 5 and 85 percentiles. There were no differences between the groups in regard to the variables approached. There were signs of psychological suffering in children of both groups. These results do not allow us to associate obesity with psychological or behavioral problems.

Keywords: Obesity; psychological evaluation; children.

O interesse pelo estudo da obesidade não tem sido priorizado em países em desenvolvimento, onde há a prevalência da desnutrição energético protéica, principalmente quando se aborda a população infantil. Porém, nos últimos 10 anos vem sendo documentado um aumento de crianças, adolescentes e adultos obesos em países menos favorecidos, considerando-se fatores sócio-econômicos (Campos, 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 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 7 anos serão adultos obesos e cerca de 80% dos adolescentes obesos se tornarão adultos obesos (Oliveira, 2000).

Fisberg (1995) considera que, entre as alterações do nosso corpo, a obesidade é a mais complexa e de difícil entendimento, havendo a necessidade de uma abordagem multidisciplinar do problema. Neste sentido, Kahtalian (1992) argumenta que é preciso abordar a fome em seu aspecto psicossocial, sendo esta,

juntamente com a sede, as duas forças motivadoras conhecidas mais prazerosas. Assim, os aspectos psicológicos também devem ser levados em conta, visto que os casos de obesidade causados por patologias endócrinas ou genéticas bem definidas, constituem um percentual muito pequeno (Escrivão & Lopes, 1995). Andrade (1995), em um estudo no ambulatório de Obesidade Infantil da Universidade Federal de São Paulo, de 134 crianças atendidas, verificou que 76,8% apresentavam razões emocionais importantes, associadas ao surgimento e à evolução da obesidade. Assim, estudos que busquem entender as características psicológicas ligadas à obesidade são muito importantes.

Campos (1993) identificou as seguintes características psicológicas em adultos obesos por hiperfagia: passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceito ou amado, indicadores de dificuldades de adaptação social, bloqueio da agressividade, dificuldade para absorver frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa. No que diz respeito às crianças obesas, esta autora afirma ainda que elas são mais regredidas e infantilizadas; tendo dificuldades de lidar com suas experiências de forma simbólica, de adiar satisfações e obter prazer nas relações sociais, de lidar com a sexualidade, além de uma baixa auto-estima e dependência materna. Kahtalian (1992) considera que o ato de comer, para os obesos, é tido como tranquilizador, como uma forma de localizar a ansiedade e a angústia no corpo, sendo apresentadas também dificuldades de lidar com a frustração e com os limites.

¹ Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pela bolsa de Iniciação Científica à aluna Caroline Cataneo; às escolas, aos pais e às crianças que participaram do estudo.

² Endereço para correspondência: Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Av. Bandeirantes 3900, 14040 902, Ribeirão Preto, SP. Fone: (16) 6023427. E-mail: anacar@eerp.usp.br; carocataneo@bol.com.br

A obesidade é considerada uma síndrome multifatorial na qual a genética, o metabolismo e o ambiente interagem, assumindo diferentes quadros clínicos, nas diversas realidades sócio-econômicas. Atualmente, é considerada uma condição de elevada prevalência, que suscita a atenção do clínico, do pesquisador, assim como dos que trabalham na área social e sanitária.

Os aspectos psicológicos das pessoas portadoras de obesidade foram objeto de estudo, no encontro *Consensus Conference on Obesity* (1985), tendo-se concluído que “A obesidade cria uma enorme carga psicológica... Em termos de sofrimento, esta carga pode ser o maior efeito adverso da obesidade” (Stunkard & Wadden, 1992, p. 524).

Como mostra a literatura, a obesidade está relacionada a fatores psicológicos como o controle, a percepção de si, a ansiedade e o desenvolvimento emocional de crianças e de adolescentes. Tal relação demanda uma investigação sistemática, especialmente quando se propõe construir conhecimentos que possam subsidiar uma prática de assistência.

A abordagem à percepção das pessoas sobre o controle que exercem em relação a eventos de suas vidas tem sido baseada nas formulações teóricas de Rotter (1996). Este autor propôs o constructo *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 outro o controle sobre o que ocorre em suas vidas.

Do ponto de vista operacional, a presença desses componentes da personalidade tem sido avaliadas através de escalas. Estas 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 então 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 crenças que caracterizavam o que mais tarde se denominou atribuição de causalidade externa.

Para Rotter (1996), 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; Kalucy & Morton, 1983), quanto há estudos que obtiveram resultados que a contrariaram (Gormally, Rardin & Black, 1980; Tobias & MacDonald, 1977). Entretanto, estes estudos foram realizados com adultos. Em crianças não foram encontrados trabalhos que relacionassem *locus* de controle e obesidade.

A auto-avaliação faz parte do processo adaptativo das pessoas. O apreço por si e a percepção de que se têm das 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 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).

Os dados da literatura não são conclusivos em relação aos aspectos emocionais relacionados com a obesidade. Alguns

discutem que nem todos os obesos têm sentimentos negativos sobre o seu corpo; esses sentimentos seriam mais comuns em pessoas com o início da obesidade na infância, cujos pais e amigos depreciaram o seu corpo (Stunkard & Wadden, 1992). O distúrbio da imagem corporal, que se desenvolveria na adolescência, representa uma internalização de censura dos pais e pares, e persiste com a contínua desvalorização.

Quando se trata da obesidade, estudos referem-se à imagem corporal mostrando que 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, que abarca não só a apreciação sobre atributos físicos em crianças obesas, mas também aspectos como *status* intelectual, comportamento, felicidade e satisfação.

Galindo e colaboradores (2002) analisaram as respostas de um grupo de 23 crianças obesas, com idades entre 10 e 13 anos, que estavam iniciando suas atividades num programa de assistência, no fator Aparência Física e Atributos, da escala de Auto-Conceito de Piers Harris e na sub-escala Imagem Corporal, do *Eating Behavior and Body Image Test*. Verificaram que nem sempre predominou uma imagem negativa de seus corpos e nem todos achavam-se gordos, embora a maioria expressasse sinais de descontentamento com a própria aparência física.

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 tornar-se 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. O estado de ansiedade é conceituado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizada por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos e por 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 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. Andrade (1995) afirma que um alto nível de ansiedade pode ter como sintoma a obesidade, que possivelmente mascara dificuldades internas, afetivas e relacionais, requerendo um tratamento psicológico urgente.

Os desenhos das crianças são considerados um meio privilegiado para a descoberta do seu mundo interno e da sua psicodinâmica, além de constituírem um modo natural de expressão para as mesmas. O desenho, que é um meio de

expressão e de comunicação, revela muito do inconsciente daquele que desenha. Dentre os vários testes projetivos gráficos existentes, o Desenho da Figura Humana destaca-se pela frequência com que é utilizado pelos psicólogos. O desenho projetivo da figura humana, hoje em dia, é considerado uma fonte frutífera de informação e compreensão da personalidade, além de econômica e profunda. Hammer (1991), referindo-se ao desenho infantil, diz que as crianças desenharam o que sabem, não o que vêem, sendo o mesmo considerado a expressão do modo como a criança percebe e compreende o mundo. De acordo com ele, as crianças transmitem no desenho aquilo que jamais teriam condições de verbalizar.

A partir da padronização de Hutz e Antoniazzi (1995), com base nos indicadores evolutivos e emocionais descritos por Koppitz (1968), objetivou-se utilizar essa técnica para complementar uma investigação de aspectos do funcionamento psicológico (ou da dinâmica psíquica) que pudessem ser identificados em indivíduos obesos, crianças. Azevedo (2000), comparando os resultados obtidos com a aplicação do Desenho da Figura Humana em 30 crianças obesas e 30 crianças não obesas, encontrou que os primeiros apresentaram mais indicadores emocionais. Venturini (2000), utilizando o DFH com 15 crianças obesas, verificou que suas produções evidenciaram transtornos no esquema corporal, ansiedade, insegurança, insatisfação consigo mesmas e sinais de agressividade, entre outros. Carvalho e colaboradores (2001) avaliaram um grupo de 26 crianças com idades entre 9 e 13 anos, que estavam enquadrados nos percentis igual ou acima de 95 e que estavam inscritos num programa de atenção multiprofissional à obesidade infantil, quanto ao *locus* de controle, ansiedade e maturidade cognitiva e emocional. Comparando-se os resultados deste grupo com as normas dos instrumentos utilizados, os autores encontraram que, quanto ao *locus* de controle, o grupo não mostrou tendência em direção à externalidade ou internalidade. Quanto à ansiedade também não foi exibido um padrão de maiores índices em relação a crianças de mesma faixa etária. Em relação à maturidade cognitiva, avaliada pelo Teste do Desenho da Figura Humana, os resultados gerais situaram-se dentro do esperado, apesar de uma porcentagem de crianças situar-se em níveis inferiores (26,9%). Quanto aos indicadores emocionais, a maior parte não mostrou sinais indicativos de problemas. Contudo, apenas os meninos do grupo mostraram tais sinais em níveis acima do esperado (11,5%).

Ao lado de avaliações de aspectos do funcionamento psicológico que focalizam o próprio sujeito como fornecedor de informações, é parte de um modelo de atenção à criança a obtenção de dados fornecidos por adultos que com ele convivem. Dentre estes, os pais e professores são os informantes a que mais se recorre. Neste trabalho, focalizar-se-ão os pais utilizando-se o instrumento proposto por Rutter. Pretende-se, desta forma, abarcar a criança a partir dela mesma e de informações fornecidas por quem convive de perto com ela.

Utilizando a avaliação de auto-conceito e a avaliação comportamental da criança, feita por seus pais, Braet, Mervielde e Vandereycken (1997) compararam três grupos de crianças de 9 a 12 anos, sendo 92 obesas em tratamento, 47 obesas que não estavam em tratamento e 150 não obesas. Encontraram diferenças significativas entre os três grupos, mostrando que as crianças que estavam em tratamento apresentaram um auto-conceito mais negativo e suas mães relataram mais problemas comportamentais.

Utilizando uma medida comportamental, Azevedo (1996) aplicou aos pais de crianças obesas e não obesas o Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil – QMPI (Almeida F^o, 1985) e encontrou relatos de mais problemas comportamentais em crianças obesas que em não obesas.

A partir dessas considerações, objetivou-se, primeiramente neste trabalho, investigar itens evolutivos e emocionais do Desenho da Figura Humana, *locus* de controle e ansiedade, tendo como sujeitos dois grupos de crianças: obesas e não obesas, a fim de melhor compreender seu funcionamento psicológico, visando a orientar futuras intervenções com esta clientela.

Método

Participantes

Os participantes do grupo de obesos foram 27 crianças com idades entre 10 e 12 anos, que estavam freqüentando da 4^a a 7^a série do ensino fundamental, em escolas da rede pública da cidade de Ribeirão Preto. Os critérios de inclusão no estudo foram: 1) estar acima do percentil 85 que, segundo critérios *National of Health Statistics* (NHS), *Height and Weight of Youth 12-17 years* (1981, citado em Must, Dallal & Dietz, 1991), corresponde a obesidade; e 2) não apresentar problemas orgânicos evidentes e/ou alterações no desenvolvimento, como retardo neuropsicomotor ou déficits sensoriais. O grupo controle foi constituído por 27 crianças com idades entre 10 e 12 anos, cursando as mesmas

Tabela 1
Caracterização dos Participantes

	Número de participantes	Sexo	<i>n</i>	Idade (anos)	<i>n</i>	Percentil de IMC	<i>n</i>
Não obesos	27	Feminino	15	10	10	P05	01
		Masculino	12	11	08	P15	07
				11	09	P50	13
Obesos	27	Feminino	14	10	05	50<P<85	06
				11	09	P95	07
		Masculino	13	12	13	P>95	13

séries do grupo de obesos, e que estavam em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), situadas entre os percentis 5 e 85 (NHS, 1991). A Tabela 1 exibe os dados de caracterização dos participantes dos dois grupos.

Aspectos Éticos

De acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, os aspectos éticos foram considerados através da obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido dos pais para que seus filhos fossem submetidos à avaliação. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, tendo sido aprovado em 15 de agosto de 2001.

Instrumentos e Procedimentos

Avaliação psicológica: Foram aplicados, coletivamente, 4 instrumentos em 3 sessões com

duração média de 40 minutos. Na primeira sessão foi aplicado o DFH após um período inicial destinado a esclarecimentos sobre o estudo e o estabelecimento de *rapport*. Visto que a pesquisadora principal é enfermeira, houve o acompanhamento e a aplicação deste instrumento por uma psicóloga. Na segunda sessão foram aplicadas a Escala de Auto-conceito e a Escala de Ansiedade. Finalmente, foi aplicada a Escala de *Locus* de Controle. Os participantes foram acomodados em carteiras individuais em uma sala disponível para esse fim. A análise dos protocolos foi realizada por duas psicólogas.

Escala Comportamental de Rutter A2: Essa escala foi respondida pelos pais ou responsáveis pela criança, em suas residências.

Teste do Desenho da Figura Humana: A instrução solicita que os participantes desenhem inicialmente apenas uma pessoa inteira. Posteriormente entrega-se uma nova folha e solicita-se que se desenhe 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 proposta por Hutz e Antoniazzi (1995), com base no esquema de Koppitz (1968).

Escala de Ansiedade RCMA5: Foi desenvolvida por Reynolds e Richmond (1978) e padronizada por Gorayeb (1994) com o título “O que Penso e Sinto”. Compõe-se de 28 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, em crianças.

Escala de Locus de Controle: Foi 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 totalmente ao outro a aquelas que atribuem totalmente a si.

Escala Infantil Piers-Harris de Auto-Conceito – “O que penso e sinto sobre mim mesmo”: Originalmente proposta por Piers e Harris (Piers, 1984), foi utilizada na forma traduzida e adaptada por Jacob e Loureiro (1999). Esta escala não tem ainda padronização brasileira. Ela é composta por frases para as quais a criança deve assinalar sim ou não.

Os pais preencheram, ainda, um questionário de avaliação comportamental das crianças – Escala Comportamental Infantil de Rutter A2, traduzida, adaptada e padronizada por Graminha (1994).

Resultados

Os resultados serão apresentados na ordem que se segue: *locus* de controle, auto-conceito, ansiedade, desenho da figura humana (DFH) e escala de Rutter, considerando-se as comparações entre os grupos. Para tanto foram utilizados 2 testes não-paramétricos: o Teste U de Mann-Whitney, que compara 2 amostras independentes e o Teste Exato de Fisher, que compara as distribuições dos participantes em categorias de variáveis. Optou-se pelos testes não-paramétricos por julgar-se que as variáveis aqui focalizadas têm nível de mensuração ordinal.

Locus de controle

A Tabela 2 mostra os resultados dos dois grupos em termos de mediana e amplitude de variação.

Tabela 2

Mediana e Amplitude de Variação dos Escores obtidos pelos Participantes dos dois Grupos, Obesos e Não Obesos, na Escala de Locus de Controle

Participantes	<i>md</i>	<i>av</i>
Não obesos	57	43-70
Obesos	56	32-70

A comparação dos dois grupos, através do teste U. Mann-Whitney mostrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos ($p=0,391$). Portanto não se pode considerar que haja tendência clara à externalidade ou à internalidade nos 2 grupos comparados. Considerando-se os resultados em relação às normas de padronização da escala, a Tabela 3 mostra a distribuição dos participantes dos 2 grupos.

Tabela 3

Distribuição dos Participantes segundo sua Classificação em Relação à Média (Considerando-se os Desvios-padrão) na Escala de Locus de Controle

Classificações	Não obesos		Obesos	
	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Acima	02	0,07	03	0,11
Média	22	0,81	19	0,70
Abaixo	03	0,11	05	0,18
Total	27	0,99	27	0,99

A maior parte dos participantes, dos 2 grupos, apresentou resultados compatíveis com a média. Não há, portanto, uma tendência à externalidade ou à internalidade claramente delineada. Os dados que sugerem essa tendência são os relativos à distribuição nos extremos – superior e inferior. Ainda assim, há muita semelhança nas distribuições dos participantes, neste aspecto.

Tabela 4

Mediana e Amplitude de Variação dos Escores Totais e nos Fatores Componentes da Escala de Auto Conceito, obtidos pelos Participantes dos dois Grupos

Participantes	Esc. Total		Ap.fis. e atributos		Popularid.		Fe.e sat.		Comp.		Status int.	
	Md	av	Md	av	Md	av	Md	av	Md	av	Md	av
Não obesos	57	28-73	8	3-13	9	1-12	7	2-9	13	4-15	13	4-17
Obesos	60	30-75	8	1-12	7	3-11	7	3-10	13	9-15	13	5-17

Auto-conceito

A Tabela 4 mostra os valores da mediana e a amplitude de variação dos escores obtidos pelos participantes na Escala de Auto-Conceito, nos fatores componentes e no total.

A comparação do 2 grupos, através do teste U. Mann- Whitney, mostrou que não há diferenças significativas entre os 2 grupos no escore total ($p=0,703$), na aparência física e atributos ($p=0,814$), na popularidade ($p=0,391$), na felicidade e satisfação ($p=0,550$), no comportamento ($p=0,567$), e no *status* intelectual ($p=0,576$). Portanto os 2 grupos não diferem quanto ao auto-conceito e seus fatores.

Ansiedade

A Tabela 5 mostra os valores da mediana e amplitude de variação dos escores obtidos na Escala RCMS "O que penso e sinto".

Tabela 5

Valores da Mediana e Amplitude de Variação dos Escores obtidos na Escala RCMS "O Que Penso E Sinto", pelos Participantes dos dois Grupos

Participantes	md	av
Não obesos	10	1-21
Obesos	11	1-24

A comparação dos 2 grupos, através do teste U. Mann-Whitney, mostrou que não há diferenças estatisticamente significantes entre eles ($p=0,986$).

A distribuição dos participantes segundo os valores médios, superiores e inferiores, das normas de padronização da escala de ansiedade são mostradas na Tabela 6.

A distribuição dos participantes dos 2 grupos é bem semelhante, estando a maior parte situados dentro dos valores médios. Quanto à distribuição nos extremos inferior e superior, há uma tendência, para os 2 grupos, a ter mais participantes nos extremos inferiores.

Tabela 8

Distribuição dos Sujeitos de acordo com os Percentis das Escalas Evolutiva e Emocional do Teste do Desenho da Figura Humana, em Termos de Freqüência e Proporção

Percentis	Escala Evolutiva				Escala Emocional			
	Não Obesos		Obesos		Não Obesos		Obesos	
	F	P	F	P	F	P	F	P
< 25	2	0,07	5	0,18	8	0,30	7	0,26
25 = P = 75	25	0,93	21	0,78	19	0,70	19	0,70
> 75	0	0,00	1	0,04	0	0,00	1	0,04
Total	27	1,00	27	1,00	27	1,00	27	1,00

Tabela 6

Distribuição dos Participantes nas Classificações, segundo as Normas de Padronização do Teste de Ansiedade RCMS "O que penso e sinto", em Termos de Freqüência e Proporção

Categorias	Não obesos		Obesos	
	F	P	F	P
Acima da média	2	0,07	2	0,07
Média	16	0,59	17	0,63
Abaixo da média	9	0,33	8	0,30
Total	27	1,00	27	0,99

Desenho da Figura Humana

A Tabela 7 exhibe os valores das medianas e amplitude de variação dos escores relacionados à Escala de Maturidade Mental, do DFH e dos Indicadores Emocionais.

Tabela 7

Valores das Medianas e Amplitude de Variação dos Escores obtidos na Escala de Maturidade Mental e dos Indicadores Emocionais, no Teste do Desenho da Figura Humana

Participantes	Maturidade mental		Indicadores emocionais	
	Md	av	Md	av
Não obesos	19	16-23	2	1-5
Obesos	19	15-23	2	0-4

A comparação dos 2 grupos, através do teste U. Mann-Whitney, mostrou que não há diferenças estatisticamente significantes entre eles em relação aos índices de maturidade mental ($p=0,348$) e indicadores emocionais ($p=0,410$). Comparativamente aos percentis das normas de padronização do Teste do DFH, os participantes do presente estudo distribuíram-se como mostra a Tabela 8.

A maior parte dos participantes, dos dois grupos, concentra-se nos valores em torno da média. Entre os percentis inferior e superior os 2 grupos tiveram maior número de participantes no percentil inferior, tanto na escala evolutiva, o que indica baixo nível intelectual, como na escala emocional, indicando mais problemas emocionais.

Tabela 9

Valores da Mediana e Amplitude de Variação dos Escores Totais e Parciais obtidos na Escala Comportamental Infantil A2, de Rutter

Participantes	Saúde		Hábitos		Comportamentos		Total	
	Md	av	Md	av	Md	av	Md	av
Não obesos	2	0-7	1	0-3	12,5	1-20	15,5	5-26
Obesos	3	1-5	1	0-6	12	3-24	15	6-28

Tabela 10

Distribuição dos Participantes dos dois Grupos segundo os Escores Situados acima ou abaixo do de 16 (Escore de Corte para Identificação de Necessidade de Assistência Psicológica), na Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter

Posição em relação ao escore de corte	Não obesos*		Obesos	
	F	P	F	P
= 16	13	0,50	13	0,48
< 16	13	0,50	14	0,52
Total	26	1,00	27	1,00

Avaliação comportamental

A Tabela 9 exibe os valores da mediana e amplitude de variação dos escores dos 2 grupos, obtidos na Escala Comportamental Infantil A2, de Rutter.

A comparação dos 2 grupos, através do teste U.Mann-Whitney, mostrou que não há diferenças estatisticamente significantes entre eles relação ao escore total ($p=0,755$), ao escore na sub-escala de saúde ($p=0,164$), ao escore na sub-escala de hábito ($p=0,270$), e ao escore na sub-escala de comportamento ($p=0,688$). Este instrumento, conforme as normas propostas por Graminha (1994) apresenta como escore de corte o valor 16. Aqueles escores iguais ou superiores são sugestivos de necessidade de encaminhamento para assistência psicológica.

A Tabela 10 mostra a distribuição dos participantes do presente estudo em relação a este escore.

Não se verificam diferenças nas distribuições dos participantes dos 2 grupos, estando os valores percentuais bastante próximos.

Discussão

De forma convergente com os resultados obtidos em estudos com adultos, não se verificaram diferenças entre crianças obesas e não obesas com relação à variável *Locus* de Controle. (Gormanous & Lowe, 1975). No estudo de Carvalho e colaboradores (2001), este resultado também foi encontrado. Parece que não há uma tendência à externalidade ou à internalidade associado a ser obeso ou não.

Como foi salientado na introdução deste trabalho, seria importante investigar, na linha de raciocínio de Stotland e Zuroff (1990), as crenças também de crianças com relação ao comportamento alimentar. Contudo, o instrumento proposto por aqueles autores foi desenvolvido para ser utilizado com sujeitos adultos. Seria necessário adaptá-lo para o uso com crianças e adolescentes.

Quanto à avaliação do auto-conceito, também não foram identificadas diferenças significativas entre os grupos. Isto foi mantido para todos os sub-componentes da escala e, em especial,

para Aparência Física e Atributos. A hipótese era de que haveria diferença, sobretudo considerando-se o estudo de Braet e colaboradores (1997). Embora os autores citados tivessem utilizado outro instrumento para avaliar o auto-conceito, ele é bem parecido com aquele utilizado no presente trabalho. É possível que a diferença nos resultados se deva, em parte, aos critérios de inclusão dos participantes dos 2 grupos (obesos e não obesos). No estudo de Braet e colaboradores foi utilizado o percentil 50, segundo altura, idade e sexo, para definir o peso ideal. No presente trabalho foram utilizados como critério para inclusão dos participantes num e noutro grupo o valor do percentil do IMC estar acima ou abaixo de 85. Por outro lado, podemos pensar que, para as crianças do presente estudo, o ser obeso pode não se constituir num problema que afete seu auto-conceito global e nem a percepção de sua aparência física.

Em geral, estudos que abordam crianças e adolescentes obesos, utilizando entrevistas como forma de investigar as auto-percepções, relatam grande incômodo com o ser gordo, ser alvo de chacotas e a manifestação do desejo de emagrecer para grande parte das crianças. Do ponto de vista da assistência, conhecer as demandas reais da criança com vistas a se ter um prognóstico de seu envolvimento no tratamento é de extrema relevância.

Galindo e colaboradores (2002) estudaram um grupo de 23 crianças e adolescentes obesos, que estavam iniciando atividades num programa de assistência, com idades entre 10 e 13 anos e índice de massa corporal situada no ou acima do percentil 95, utilizando as análises de suas respostas às questões relativas ao fator Aparência Física e Atributos, da Escala de Auto-Conceito de Piers Harris, e da Imagem Corporal, do *Eating Behavior and Body Image Test* –EBBIT (ou TCAIC, sigla da tradução). Verificaram que nem sempre predominou uma imagem negativa de seus corpos e nem todos achavam-se gordos, embora a maior parte das crianças manifestasse descontentamento com seus corpos. Julga-se relevante replicar esta análise utilizando dois grupos, de obesos e de não obesos.

Quanto à ansiedade, também não se verificaram diferenças entre os grupos. Não foram encontrados estudos que a

mensurassem da forma como foi feito no presente trabalho. Entretanto este descritor emocional está muito presente nos relatos de mães que dizem que seus filhos são ansiosos e por isso comem muito. É possível que este fenômeno se refira ao estabelecimento de hábitos de preencher o tempo comendo, especialmente quando se está assistindo televisão. Hábito comum entre crianças e adultos. Isto, aliado à oferta de produtos alimentícios, caracterizados como petiscos, e a uma predisposição genética, em muito tem contribuído para o aumento da obesidade entre crianças e adolescentes.

Da forma como foi avaliada, no presente trabalho, a variável ansiedade não diferenciou os 2 grupos. Este achado é convergente com o do estudo de Carvalho e colaboradores (2001).

Comparados aos resultados do estudo de Azevedo (1996, 2000), os do presente estudo são divergentes. Não foram encontradas diferenças significativas entre crianças dos 2 grupos quer na escala evolutiva, quer na emocional do Teste do Desenho da Figura Humana. Entretanto, os resultados aqui exibidos são convergentes com aqueles do estudo de Carvalho e colaboradores (2001). Estes pesquisadores compararam 23 crianças obesas, com idades entre 9 e 13 anos, atendidas num programa multiprofissional de assistência, com seus pares representados pelos dados normativos do instrumento aqui referido. No que tange ao desenvolvimento cognitivo, no estudo citado, foi verificada uma porcentagem de crianças que se classificava nos percentis inferiores, 26,9%. A maior parte delas (73,1%) situou-se no percentil médio e nos percentis superiores não houve nenhuma criança assim classificada. Quanto aos indicadores emocionais a maior parte das crianças se classificou nos percentis médios, indicando não haver indícios de problemas emocionais (80,8%). Apenas os meninos daquele grupo exibiram sinais num nível superior ao esperado (11,5%).

No presente estudo isto não se verificou. Assim, no limite do presente trabalho não foram identificadas diferenças entre crianças obesas e seus controles não obesos quanto aos escores obtidos nas escalas evolutiva e emocional do Teste do Desenho da Figura Humana.

Finalizando, de forma divergente dos trabalhos de Azevedo (1996) e Braet e colaboradores (1997), não foram encontradas, no presente estudo, diferenças entre os grupos quanto a uma avaliação comportamental feita pelos pais das crianças.

Conclui-se que não há indicadores de problemas emocionais em crianças obesas em maior proporção. Assim a linha de pesquisa que visa explorar as relações entre obesidade e psicopatologia acha-se, ainda, em aberto. Do ponto de vista da assistência e tratamento, é preciso cautela no encaminhamento para atendimento psicológico, pois a necessidade não é generalizada. Ser gordo não significa ter problemas psicológicos. É preciso desmistificar esta crença, especialmente junto aos pais que, possivelmente, por dificuldades em administrar uma alimentação mais balanceada a seus filhos, buscam enxergar problemas de ordem emocional como fatores de explicação para a ocorrência do excesso de peso.

Algumas observações sobre os limites do presente trabalho devem ser feitas: o tamanho dos grupos é pequeno e a participação dos participantes não se deu por uma escolha aleatória das pesquisadoras. Há que se considerar, ainda, os critérios utilizados para inclusão das crianças no grupo de obesos. No presente trabalho, deixou-se de considerar as medidas de pregas tricipital e subescapular e ainda os fatores relacionados à maturação sexual (Chiara, Sichieri & Martins, 2003). E, como já foi discutido anteriormente, os critérios de inclusão das crianças no grupo de obesos, tanto no estudo de Azevedo (1996), como no de Braet e colaboradores (1997), foram mais rígidos por considerar apenas os sujeitos com percentis acima de 95.

Os achados deste estudo convergem com as observações de Damiani, Damiani e Oliveira (2002) com relação aos cuidados com as generalizações sobre perfis de indivíduos obesos especialmente quando se trata de associar à obesidade certos traços de personalidade ou atribuir problemas emocionais. Reitera-se que, associado à obesidade, alguns indivíduos apresentam sinais de sofrimento e requerem assistência quanto a isto. Do ponto de vista psicológico, há que se enfatizar que ao se lidar com o problema da obesidade é preciso atenção especial à criação de condições para promover mudanças nos hábitos alimentares das crianças e de suas famílias e esta não é uma tarefa simples que se impõe ao profissional. Cumpre buscar entender que fatores individuais, além dos ambientais, promovem esta mudança.

Referências

- Almeida Filho, N. de (1985). *Epidemiologia das desordens mentais da infância no Brasil*. Salvador: CED da UFBA.
- Aldersberg, D. & Mayer, M. (1949). Results of prolonged medical treatment of obesity with diet alone, diet and thyroid preparations, and diet and amphetamine. *Journal of Clinical Endocrinology*, 9, 275-284.
- Andrade, T. M. (1995). Estudo psicológico de crianças e adolescentes obesos. Em M. Fisberg (Org.), *Obesidade na infância e adolescência* (pp. 100-105). São Paulo: Fundação BYK.
- Andrade, L. H. S. G. & Gorestein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 285-290.
- Azevedo, M. A. S. B. (2000). Obesidade na infância: Visão psicológica. *Anais do 8º Ciclo de Estudos em Saúde Mental* (p. 280). Ribeirão Preto: Pós- Graduação em Saúde Mental, FMRP-USP.
- Azevedo, M. A. S. B. (1996). *Um estudo exploratório da personalidade da criança obesa através do desenho da figura humana e dos indicadores emocionais de Koppitz*. Tese de Doutorado não-publicada, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.
- Balch, P. & Ross, A. W. (1975). Predicting success in weight reduction as a functional of locus of control: A unidimensional and multidimensional approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 119.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Biaggio, A. M. B. (1983). *Inventário de ansiedade traço-estado – IDATE forma C*. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada.
- Braet, C., Mervielde, I. & Vandereyken, W. (1997). Psychological aspects of childhood obesity: A controlled study in a clinical and nonclinical sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 59-71.
- Campos, A. L. R. (1993). Aspectos psicológicos da obesidade. *Pediatria Moderna*, 29, 129-133.
- Campos, A. L. R. (1995). Aspectos psicológicos da obesidade. Em M. Fisberg (Org.), *Obesidade na infância e adolescência* (pp. 71-79). São Paulo: Fundo Editorial BYK.

- Candy, C. M. & Fee, V. E. (1998). Underlying dimensions and psychometric properties of the eating behaviors and Body Image Test for Preadolescent Girls. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 117-127.
- Carvalho, A. M. P., Bugliani, M. A. P., Netto, J. R. da C., Borges, C. D., Mariano, F. N., Brancaloni, A. P. & Gorayeb, R. (2001). Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. *Paidéia- Cadernos de Psicologia e Educação*, 11, 39-47.
- Chiara, V., Sichiari, R. & Martins, P. D. (2003). Sensibilidade e especificidade de classificação de sobrepeso em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 37, 226-231.
- Damiani, D., Damiani, D. & Oliveira, R. G. (2002). Obesidade- fatores genéticos ou ambientais? *Pediatria Moderna*, 38, 57-80.
- Dechen, S., Cano, M. A. T. & Ribeiro, R. P. P. (2000). A obesidade na adolescência e seus reflexos na auto-imagem corporal (CD-Rom). *8º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP: Ribeirão Preto*.
- Escrivão, M. A. M. S. & Lopes, F. A. (1995). Prognóstico da obesidade na infância e na adolescência. Em M. Fisberg (Org), *Obesidade na infância e adolescência* (pp.146-148). São Paulo: Fundação BYK.
- Feres, N. A. L. (1981). *Locus de controle e comparação social na atribuição de causalidade por crianças*. Tese de Doutorado não-publicada, Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, RJ.
- Fisberg, M. (1995). Obesidade na infância e adolescência. Em M. Fisberg, (Org), *Obesidade na infância e na adolescência* (pp. 9-13). São Paulo: Fundação BYK.
- Galindo, E. M. C., Carvalho, A. M. P., Bugliani, M. A. P., Netto, J. R. da C., Minto, E. C., Dacanal, J. N. & Montalvão, T. A. G. (2002). Imagem corporal e o auto-conceito de pré-adolescentes obesos. *Resumos de Comunicação Científica da XXXII Reunião Anual de Psicologia* (pp. 357-358). Florianópolis, SC: Sociedade Brasileira de Psicologia.
- Gorayeb, M. A. M. (1994). *Adaptação, normatização e avaliação das qualidades psicométricas das RCMAS para uma amostra de escolares de oito a treze anos de Ribeirão Preto*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.
- Gormally, J., Rardin, D. & Black, S. (1980). Correlates of successful response to a behavioral weight control clinic. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 179-191.
- Gormanous, G. K. & Lowe, W. C. (1975). Locus of control and obesity. *Psychological Reports*, 37, 30.
- Graminha, S. S. V. (1994). A escala comportamental infantil de Rutter A2: Estudos de adaptação e fidedignidade. *Estudos de Psicologia*, 11, 34-42.
- Hammer, E. F. (1954). Relationship between diagnosis of psychossexual pathology and the sex of the first drawn person. *Journal of Clinical Psychology*, X, 168-170.
- Hutz, C. S. & Antoniazzi, A. S. (1995). O desenvolvimento do desenho da Figura Humana em crianças de 5 a 15 anos de idade: Normas para avaliação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 8, 3-18.
- Jacob, A. V. & Loureiro, S. R. (1999). Auto-conceito e desempenho escolar. *Resumos de comunicações científicas da XXIX Reunião Anual de Psicologia* (pp.164-165) Campinas, SP: Sociedade Brasileira de Psicologia.
- Kahtalian, A. (1992). Obesidade: Um desafio. Em J. Mello Filho (Org), *Psicossomática hoje* (pp. 273-278). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koppitz, E. M. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. New York: Grune & Stratton.
- Milgran, N. A. & Milgran, R. M. (1975). Dimensions of locus control in children. *Psychological Reports*, 37, 523-538.
- Must, A., Dallal, G. E. & Dietz, W. H. (1991). Reference data for obesity 85th and 95th percentiles of Body Mass Index- a correction. *American Journal Clinical Nutrition*, 54, 773.
- Oliveira, R. G. A. (2000). Obesidade na infância e adolescência como fator de risco para doenças cardiovasculares do adulto. *Simpósio- Obesidade e anemia carencial na adolescência* (pp. 65-75). Salvador, BA.
- Pierce, J. W. & Wardle, J. (1993). Self-esteem, parent appraisal and body size in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 3, 1125-1135.
- Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Ross, M., Kalucy, R. S. & Morton, J. E. (1983). Locus of control in obesity: Predictors of success in a jaw-wiring programme. *British Journal of Medical Psychology*, 53, 49-56.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1.
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D. & Lushena, R. E. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press.
- Stotland, S. S. & Zuroff, D. C. (1990). A new measure of weight locus of control: The dieting beliefs scale. *Journal of Personality Assessment*, 54, 191-203.
- Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524-532.
- Tobias, L. L. & MacDonald, M. L. (1977). Internal locus of control and weight loss: In insufficient condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 647-653.
- Van Kolk, O. L. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU.
- Venturini, L. P. (2000). *Obesidade e família- Uma caracterização de famílias de crianças obesas e a percepção dos familiares e das crianças de sua imagem corporal*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.

Recebido: 14/08/2003

1ª revisão: 21/11/2003

Aceite final: 23/12/2003

Sobre as autoras

Caroline Cataneo foi Bolsista de Iniciação Científica da FAPESP. É enfermeira.

Ana Maria Pimenta Carvalho é Psicóloga, Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Elizângela Moreira Careta Galindo é Psicóloga, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.