

**ROSEMEIRE PEREIRA SOUZA NAVARRO**

***AVALIAÇÃO DO AUTO-CONCEITO DE PRÉ-ESCOLARES OBESOS,  
EM TRÊS ESCOLAS DO MUNICÍPIO DE DOURADOS - MS.***

Dissertação de mestrado, orientada pela Profª Dra. Maria Clotilde H. Tavares, apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Brasília**

**2007**

*Tudo depende de mim!!!*

**Hoje levantei cedo pensando no que tenho  
a fazer antes que o relógio marque meia-noite.  
É minha função escolher que tipo de dia vou ter hoje.**

**Posso reclamar porque está chovendo...  
ou agradecer às águas por lavarem a poluição.**

**Posso ficar triste por não ter dinheiro...  
ou me sentir encorajado para administrar minhas finanças,  
evitando desperdício.**

**Posso reclamar sobre minha saúde...  
ou dar graças por estar vivo.**

**Posso me queixar dos meus pais por  
não terem me dado tudo o que eu queria...  
ou posso ser grato por ter nascido.**

**Posso reclamar por ter que ir trabalhar...  
ou agradecer por ter trabalho.**

**Posso sentir tédio com as tarefas da casa...  
ou agradecer a Deus por ter um teto para morar.**

**Posso lamentar decepções com amigos...  
ou me entusiasmar com a possibilidade de fazer novas amizades.**

**Se as coisas não saíram como planejei,  
posso ficar feliz por ter hoje para recomeçar.**

**O dia está a minha frente esperando  
para ser o que eu quiser.**

**E aqui estou eu, o escultor que pode dar forma.**

**“Tudo depende só de mim”**

**CHARLES CHAPLIN**

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais José Félix (*in memoriam*) e Irene, que me geraram, me ensinaram a fala, me aqueceram com seu amor e me ensinaram princípios valorosos de vida que sempre farão parte de minha existência, pois foram eles que me deram a oportunidade de integrar uma família, digna, honesta e afetiva, também me deram um ensinamento maior que foi o de me introduzir no caminho da fé em Deus.

Dedico a eles, mais esta conquista, porque um dia me permitiram que aos 16 anos, fosse em busca da realização de um de meus grandes meus sonhos, ser Psicóloga. Para tanto, abrimos mão de nossa convivência familiar durante cinco anos. Foram anos de saudades, de superação, de travessias sobre o rio Paraguai em balsa, no velho trem através do pantanal, só para nos vermos e termos momento maravilhosos de partilha e força.

A Nossa Senhora de Fátima, de quem sou devota e devo o acalento em meus momentos de angústia, pois sentia que sua docilidade me fortalecia e restabelecia meu coração, dando-me paciência e perseverança.

## **AGRADECIMENTO**

**Agradecer é um ato de humildade, pois é quando reconhecemos que em muitos momentos de nossas vidas precisamos de auxílio do outro. Estes outros, que nos são caros, ou até aqueles que não são próximos, mas que direta ou indiretamente nos estimulam a realizar, pequenos e grandes feitos.**

**À Deus, por que já me conhecia antes de me formar no ventre de minha mãe e antes de meu nascimento me consagrou. Obrigada, Senhor, por fazer de mim tua guerreira e serva.**

**À diretora Dielane Dierinjs e à coordenadora Rosemary Nolasco do Santos Azevedo da Escola Municipal Bernardina Corrêa de Almeida. À diretora da Escola SESI, Nilza Nascimento e à coordenadora Fabiana Onório do Amaral e à professora Lúcia dos Santos Turnnerman coordenadora do CEIM Décio Rosa Bastos e à superintendente de Educação e Ensino da Secretaria Municipal de Educação professora Renata Lorenço Giroto.**

**Aos pais e/ou responsáveis por terem permitido a participação de seus filhos no presente estudo.**

**Às crianças, por sua participação neste estudo, pois não me esquecerei de seus olhinhos curiosos e de suas perguntas admiradas, ao serem submetidas às avaliações.**

**À minha orientadora, Prof. Dra. Maria Clotilde H. Tavares, por sua objetividade, praticidade e precisão em suas orientações, inclusive enquanto saboreávamos crepes ou uma comida chinesa.**

**À Magnífica Reitora da Unigran Rosa Maria Damato De Dea e ao Prof. Dr. Carlos A. B. Tomaz, coordenador do Curso de Pós-Graduação da UnB, pela iniciativa empreendedora em nos proporcionar a oportunidade de cursarmos o mestrado em nossa casa.**

**Às professoras Luzia Arnêz e Solange Tienko, por me auxiliarem no tratamento estatístico dos dados.**

**Às estagiárias do curso de Psicologia da UNIGRAN: Luzia Amigo, Ellen, Janaina Lopes, e Juliana Monteiro, que prontamente atenderam meu convite em me auxiliarem na pesquisa, e por terem sido comprometidas com o propósito do estudo e afetivas com as crianças.**

**Ao Acadêmico de psicologia Felipe Maciel dos Santos Souza, meu monitor “Mor” do laboratório de Psicologia experimental, por sua visão científica e por tão valorosa colaboração quanto à digitação.**

**Às professoras Doutoras.: Terezinha Bazé de Lima e Eliane Fernanda, pelo alto astral, bom senso, incentivo e orientações em meu projeto. A elas meu carinho.**

**À Prof. Doutora Nara Sgaib, por sua atenção e disponibilidade ao realizar a correção lingüística deste estudo.**

**Aos meus colegas de trabalho, especialmente, à professora Silvia Muraki, e à turma de mestrado, e professores, que sempre me dirigiram palavras de incentivo.**

**Ao Pe. Gilmar Serafim, meu confessor e amigo, que intercede por minha vida.**

**À minha intercessora e amiga Neide Paiva, disse-me olhando nos olhos e com autoridade e docilidade, que Deus colocou em seu coração**

**que em breve eu iria ter uma oportunidade única de realizar o mestrado e que eu não a perdesse.**

**À Delícia (conhecida como dona Del), a quem considero como uma mãe, pois me ama como sou e é uma de minhas incentivadoras.**

**Aos meus irmãos: Tânia Cristina, Luzia de Cássia, Reynaldo Félix, Marcello Nixon e Nathalia Fernanda e aos meus sobrinhos: Pedro Henrique, Maria Gabriela, Vagner Hideke e Sophia Kaori, por existirem e me amarem.**

**À Luís Antônio Martins, meu maior incentivador, a quem admiro por seu caráter, inteligência e senso de humor. Agradeço verdadeiramente, por seu companheirismo, apoio, preocupação e cuidados com a minha pessoa. Obrigada também, por ouvir, sugerir, ler e revisar por várias vezes meu trabalho.**

## **RESUMO**

Estudos demonstram que a obesidade atualmente é um problema de saúde pública. Pesquisas sobre a relação entre obesidade infantil e auto-conceito de pré-escolares no Brasil são escassas. O objetivo do presente trabalho foi o de avaliar o autoconceito em pré-escolares e verificar se haviam diferenças e alterações no autoconceito nos sujeitos classificados como obesos e não obesos. Participaram do estudo 35 crianças (com idades entre 05 e 06 anos), de ambos os sexos de três escolas de Dourados/MS. Desse total 22 crianças foram classificadas como obesas (meninas e meninos com índices de massa corporal variando de P85 a P $\geq$ 95); o grupo de não obesas era composto por 13 crianças (sendo meninas e meninos, com a mesma faixa etária e índice de massa corporal entre P5 a P85). Investigaram-se variáveis como: obesidade, autoconceito, auto-imagem e hábitos alimentares. O estudo comportou três momentos. A primeira fase consistiu da avaliação antropométrica (o uso de medidas antropométricas tem sido considerado uma estratégia válida para gerar indicadores nutricionais e identificar o Índice de Massa Corporal). A segunda fase foi destinada a aplicação do teste projetivo H-T-P (para avaliar autoconceito e auto-imagem). Na última fase os pais responderam um questionário sobre os hábitos alimentares das crianças que participaram da pesquisa. Os resultados obtidos na análise de dados apontam que os grupos diferenciaram-se apenas na variável obesidade, não havendo alterações nas demais, não permitindo, portanto, associar, neste estudo, obesidade e alteração de autoconceito em pré-escolares obesos e não obesos.

**PALAVRAS-CHAVES:** obesidade infantil, avaliação do autoconceito, imagem corporal, hábitos alimentares, pré-escolares.

## **ABSTRACT**

Studies demonstrate that the obesity is now a problem of public health. However, research about the relationship between infantile obesity and preschool children's self-concept in Brazil are scarce. The objective of the present work was evaluate the self-concept in preschool children and to verify if there were differences and alterations in the self-concept in obese and non-obese subjects. Participated in the study 35 children (between 05 and 06 years), old from both sexes, three schools at Dourados – MS. From this total 22 children were classified as obese (girls and boys whit corporal mass indexes varying from P85 to P95); the non-obese group was composed by 13 children (girls and boys, whit the same age group and corporal mass index between P5 and P85). The variables investigated were: obesity, self-concept, corporal image and eating habits. The study held three moments. The first phase consisted in the anthropometrics evaluation (the use of anthropometrics measures has been considered a valid strategy to generate nutritional indicators and to identify the corporal mass index. The second phase was destined to the application of the projection's test H T P (to evaluate self-concept and corporal image). On the last phase, the parents answered a questionnaire about the eating habits of the children's. The results, point out that the groups just differ in the variable obesity, whit no, alterations in the others variables. Therefore, this study, does not indicate an alteration between obesity and self-concept alteration in preschool obese and non-obese.

**KEYWORDS:** childish obesity, self-concept's evaluation, corporal image, eating habits preschool..



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Valores de IMC para meninos e meninas para definição de sobrepeso e obesidade.....	<b>55</b>
Tabela 2: Classificação do IMC de acordo com os percentis.....	<b>56</b>

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Classificação do IMC..... **63**

Figura 2. Categoria e Escolas..... **64**

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>08</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>09</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>11</b>
<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1 Histórico da Obesidade.....	16
1.2 Etiologia da obesidade.....	17
1.3 Complicações associadas à obesidade.....	20
1.4 Incidência da obesidade.....	22
1.5 Desenvolvimento Infantil.....	26
1.6 O indivíduo e o ato de alimentar-se: aspectos psicossociais.....	30
1.7 Obesidade e a família.....	34
1.8 Autoconceito.....	37
1.8.1 Autoconceito em pré-escolares.....	40
1.8.2 Autoconceito de crianças obesas e não obesas.....	43
1.9 Imagem-corporal do obeso.....	45
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>48</b>
<b>3 MÉTODOS</b>	<b>49</b>
3.1 Sujeitos	49
3.2 Aspectos Éticos	50
3.3 Local	50

3.4	Procedimentos	52
3.3.1	Coleta de Dados	52
3.3.2	Avaliação Antropométrica	53
3.3.5	Indicador Antropométrico do Estado Nutricional Infantil.	55
3.3.6	Avaliação Psicodinâmica do Autoconceito Infantil.	57
3.3.6.1	Aplicação do Teste Projetivo H-T-P.	57
3.3.6.2	Material do Teste.	59
3.7	Questionário.	60
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS.</b>	<b>62</b>
4.1	Avaliação Antropométrica.	62
4.2	Avaliação Psicodinâmica do Auto –conceito.	66
4.3	Avaliação do Hábitos Alimentares.	67
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>69</b>
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>74</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>79</b>
	<b>ANEXOS</b>	
1.	Parecer do CEP – UNIGRAN	
2.	Termo de Consentimento Livre Esclarecido	
3.	Questionário para Pais	
4.	Desenhos do teste HTP	

## INTRODUÇÃO

### Obesidade segundo Jebb (1997)

[...] não é uma desordem singular, e sim um grupo heterogêneo de condições com múltiplas causas que em última análise resultam no fenótipo de obesidade. Os princípios mendelianos e a influência do genótipo na etiologia desta desordem podem ser acentuados ou exacerbados por fatores não genéticos, como o ambiente externo e interações psicossociais que atuam sobre mediadores fisiológicos de gastos e consumo energético.

Durante muito tempo na história da humanidade, o ganho de peso, bem como o acúmulo de gordura, eram vistos como sinais de saúde e de prosperidade. Hoje, contudo, a obesidade é considerada uma doença crônica e até uma epidemia mundial que afeta crianças, adolescentes e adultos. A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM, 2005) *apud* FOLGATO (2003), indica que 15% das crianças brasileiras são obesas. E a prevalência da obesidade no Brasil vem seguindo a tendência dos países desenvolvidos. O crescimento da população obesa é decorrente, principalmente, da mudança nos hábitos alimentares (com o consumo de alimentos cada vez mais ricos em gorduras) e da diminuição das atividades físicas. Esses dois aspectos (alimentação inadequada e sedentarismo), segundo a World Health Organization (WHO, 1997), elevam significativamente os riscos no desenvolvimento de várias doenças (cardiovasculares, hipercolesterolemia, entre outras). DAMIANI e cols.(2000) postulam que a obesidade, pode produzir distúrbios psicossociais, tais como: avaliação negativa das próprias características (auto-imagem negativa), isolamento social e até fobia social.

A obesidade pode ser conceituada, de maneira simplificada, como uma condição de acúmulo anormal ou excessivo de gordura no organismo, que pode levar a um comprometimento da saúde. O grau do excesso de gordura, sua distribuição e a

associação com conseqüências para a saúde varia, consideravelmente, entre os indivíduos obesos. É importante identificá-la, uma vez que os portadores dessa condição apresentam risco aumentado de morbidade e mortalidade. Na atualidade, a obesidade se coloca de maneira prioritária para intervenção, do ponto de vista individual e na comunidade, como um problema de nutrição em saúde pública (WHO, 1998).

O presente estudo intenta de maneira geral, caracterizar e conceituar a obesidade, avaliando o índice de massa corporal para determinar o índice de crianças obesas e, de maneira mais específica, identificar o estado nutricional da população em uma amostra composta por pré-escolares em três escolas de Dourados – MS, bem como verificar através de teste projetivo, o autoconceito nas crianças estudadas.

A coleta de dados da pesquisa utilizou três instrumentos: o cálculo do IMC, o teste projetivo HTP e o Questionário sobre hábitos alimentares para pais. Por outro lado foi realizada a revisão da literatura que buscou embasar ou refutar os dados obtidos e também fornecer os elementos teóricos que caracterizam a obesidade e a autoconceito. Em relação a esse último conceito, autoconceito, utilizou-se os aportes teóricos de COLL e cols (1995), que desenvolve o tema na perspectiva da Psicologia Evolutiva.

Os pressupostos teóricos deste trabalho está organizado em nove seções, dispostas na seguinte seqüência: Histórico da obesidade; Etiologia da obesidade infantil; Complicações associadas à obesidade; Incidência da obesidade; Desenvolvimento infantil; O indivíduo e o ato de alimentar-se: aspectos psicossociais; A obesidade e a família; Autoconceito subdividido em autoconceito em pré-escolares, em crianças obesas e não obesas e, por fim, imagem corporal do obeso.

## 1.1 HISTÓRICO DA OBESIDADE

A obesidade não é um problema recente. Segundo BLUMENKRANTZ (1997), a obesidade é provavelmente o mais antigo distúrbio metabólico, havendo relato da ocorrência desta desordem em múmias egípcias e em esculturas gregas.

Vejamos então a obesidade através dos tempos. Como atestam esculturas de milênios de idade, a obesidade é uma condição que sempre acompanhou o homem. Durante anos e anos, nas sociedades antigas, babilônicas, gregas, romanas, a condição de sucesso econômico associava-se ao aumento de gordura. Refeições nababescas e orgias alimentares eram apanágio do excesso e do poder. Na Grécia clássica, assim como na Idade Média e no Renascimento Europeu, o padrão estético feminino privilegiava as mulheres roliças, consideradas na época como matronais e, ao mesmo tempo, sensuais (MUNDIM, 1996).

De acordo com SILVA (1993), esta condição nutricional pode ser observada já no período pré-histórico, há 25 mil anos, em uma estatueta feminina obesa, conhecida como Vênus de Willendorf. Acreditava-se que ela era símbolo de fertilidade e maternidade. Na Grécia antiga, Hipócrates identificou a obesidade como uma condição doentia e escreveu: “a morte súbita é mais comum nos indivíduos naturalmente gordos do que nos magros”. Posteriormente, o seu discípulo Galeno, cujos livros influenciaram a Medicina por 1.300 anos, indicou a obesidade como uma falta de disciplina do indivíduo.

No século XVIII, houve um aumento no interesse do estudo da sobre obesidade problema. Em 1863, antecipando um mercado de grande valor comercial, foi escrito o primeiro livro popular de dietas, no qual o autor, Banting, transmitiu o

testemunho de como havia perdido peso, demonstrando compaixão por quem apresentava o problema. Ainda nesse mesmo século, foram identificadas células de gordura quando foi sugerida a possibilidade de que a obesidade poderia se dever à quantidade dessas células, presentes no organismo. Foi proposta a idéia de que a obesidade seria um desarranjo metabólico. Foram elaborados, também, nessa época, os primeiros padrões de medida de peso corporal e as hipóteses de que fatores familiares poderiam estar envolvidos no desenvolvimento da obesidade. No século XX, esses temas foram expandidos e outros surgiram. Atualmente, o conceito mais difundido é o de que a obesidade é uma síndrome com várias etiologias (SILVA, 1993).

## **1.2 ETIOLOGIA DA OBESIDADE INFANTIL**

A manifestação da obesidade é de etiologia multicausal, ou seja, pode ser determinada por diversos fatores: genéticos, fisiológicos (fatores endócrino-metabólicos, morbidade ou distúrbio glandular), ambientais (práticas alimentares inadequadas e pouca atividade física), psicológicos (processos de compensação) e até por aspectos sociais (o estímulo para comer, desajustes sociais e afetivos) ou culturais (o significado de comer). De uma forma geral, mais de um aspecto está presente na manifestação da obesidade e isto proporciona um acúmulo excessivo de energia sob a forma de gordura no organismo (BROOCK, ABERNETHY, 1985; DIETZ, 1994; FISBERG, 1995; BRAY, 1992; STORY, 1990).



Há também evidências sugerindo forte influência genética no desenvolvimento da obesidade. Segundo a WHO (1990), a ocorrência da obesidade nos indivíduos reflete a interação entre fatores dietéticos e ambientais com a predisposição genética. Contudo, existem poucas evidências de que algumas populações sejam mais suscetíveis à obesidade por motivos genéticos, pois seus mecanismos ainda não estão suficientemente esclarecidos. Acredita-se que esses fatores possam estar relacionados ao consumo e ao gasto energético. O controle do apetite e o comportamento alimentar também sofrem influência genética (VILLARES, 1998). Certo número de desordens endócrinas também podem conduzir à obesidade, como por exemplo, o hipotireoidismo e problemas no hipotálamo, mas estas causas representam menos de 1% dos casos de excesso de peso, o que reforça a tese da relação positiva entre alimentação inadequada, pouca atividade física e obesidade (ECKERSLEY, 2001).

As preferências alimentares das crianças, assim como atividades físicas, são práticas influenciadas diretamente pelos hábitos dos pais, que persistem frequentemente na vida adulta, o que reforça a hipótese de que os fatores ambientais são decisivos na manutenção ou não do peso saudável (COUTINHO, 1999).

VILLARES (1998) *apud* FOLGATO (2003) afirma que o aumento de peso é decorrente principalmente, da mudança nos hábitos alimentares, com o consumo de alimentos cada vez mais ricos em gordura e também da falta de exercício.

O elevado número de pessoas obesas obrigou médicos pediatras a reverem o conceito de peso ideal no nascimento. No século passado, acreditava-se que as crianças deveriam nascer com pelo menos quatro quilos. Hoje, a média considerada ideal é de três quilos e meio. Mais, precisamente, três quilos e 400 gramas para os meninos e três quilos e duzentas gramas para as meninas (GREENBERG & CRINIC, 1998 *apud* KAIL, 2004).

De acordo com CHOMITZ, CHEUNG & LIEMBERMAN, 1995 *apud* KAIL (2004), a determinação do peso da criança no nascimento depende de vários fatores. Há os de caráter ambiental e aqueles que são de conseqüências das condições físicas da gestante. Por exemplo: uma mãe diabética tem uma grande probabilidade de ter um bebê com propensão à obesidade.

No século XX, os progressos da ciência da nutrição foram extraordinários, porém a maioria dos conhecimentos adquiridos pela clínica, deu maior ênfase aos aspectos físicos nutricionais do problema, e pouca importância foi dada aos aspectos psicológicos.

Porém, em relação aos fatores emocionais envolvidos na etiologia da obesidade, HAMMER (1992) descreve que o comportamento alimentar é um fenômeno muito complexo que envolve aspectos cognitivos (as crenças pessoais sobre o comer e a comida), aspectos familiares (gratificação de necessidades) e individuais (forma de lidar com o mundo).

Assim, a obesidade, por sua caracterização e etiologia multifatorial, é uma condição que tem merecido atenção e estudos de diversas especialidades, particularmente da psiquiatria e da psicologia. Apesar disto, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) não são descritos critérios para a identificação e avaliação da obesidade como um transtorno psiquiátrico, nem mesmo na categoria de transtorno alimentar, apesar de seus portadores apresentarem perturbações comportamentais e conflitos psíquicos relacionados à alimentação. Embora, a obesidade não seja classificada como transtorno alimentar, alguns autores a incluem didaticamente nesta categoria pelos aspectos de funcionamento semelhante aos demais transtornos e, também, por caracterizar-se por perturbações no comportamento alimentar e porque os indivíduos que são por ela acometidos apresentam muitas vezes, síndrome psicológica

associada, que pode por sua vez, merecer intervenção médica e/ou psiquiátrica (FLAHERTY & JANICAK, 1995).

### **1.3 COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À OBESIDADE**

Os principais riscos associados ao excesso de peso na infância e na adolescência são o desenvolvimento de doenças cardiovasculares – cuja precursora é a hipercolesterolemia, os distúrbios psicossociais, as alterações no metabolismo da glicose, os distúrbios hepáticos e gastrointestinais, a apnéia do sono e as complicações ortopédicas (WHO, 1997). A duração da obesidade é proporcional ao risco. Quanto mais tempo persistir, maior risco terá o indivíduo obeso de desenvolver complicações cardiovasculares.

Segundo NEGREIROS (2004), é inadequado dizer que criança “gordinha” é saudável, pois gordura (diátese exsudativa) nunca foi sinônimo de saúde e muito menos de resistência. O autor alerta, ainda, que a vida da criança que nasce com alto peso, será muito complicada, pois ela terá uma pré-disposição maior para a obesidade, uma vez que células gordurosas de seu organismo solicitarão uma alimentação reforçada. É provável, portanto que a obesidade o acompanhe durante toda sua vida. Hoje é consenso, entre médicos pediatras, que criança saudável é aquela que está dentro de seu peso e tem uma alimentação equilibrada.

Ainda de acordo com NEGREIROS (2004), cerca de 80% das crianças que apresentam sobrepeso e obesidade na 1ª infância (0 a 2 anos) e, principalmente, na 2ª infância (2 a 7 anos), tendem a tornarem-se adultos obesos e, conseqüentemente, fortes

candidatos à hipertensão arterial, problemas vasculares e outras moléstias que coexistem com a obesidade. A manifestação dessas doenças ocorre porque as células adiposas (de gordura) não diminuem em número, pelo contrário tendem a aumentar.

A criança que desenvolve a obesidade nas 1ª e 2ª infâncias encontra muita dificuldade para diminuir o seu peso. As células adiposas podem diminuir de tamanho (por exemplo, após um regime), mas crescem novamente com facilidade (daí a dificuldade desse grupo em manter o peso normal). Dessa forma, é possível afirmar que a manifestação precoce da obesidade pode ser correlacionada com a manifestação das doenças associadas como diabetes, aumento do colesterol, problemas cardíacos e problemas ortopédicos (VILLARES, 1998).

Com relação aos aspetos sócio-afetivos, GRUNSPUN (1987), pressupõe que a obesidade infantil afeta a forma como a criança se relaciona com os seus iguais e até o seu desempenho escolar. A criança obesa, principalmente no período escolar, demonstra plena consciência do significado social de ser gordo. Segundo o mesmo autor, o reflexo desse sentimento de inadequação (não ter um corpo magro) é baseado na insatisfação do sujeito com o seu próprio corpo. CASH (1993) afirma que o descontentamento relacionado ao peso, que muitas vezes leva a uma imagem corporal negativa, advém de uma ênfase cultural na magreza e estigma social da obesidade.

Isto sugere que a auto-imagem também sofre conseqüências com o ganho de peso, pois o indivíduo obeso está sujeito a um julgamento social, na medida em que ser considerado gordo implica em conotações negativas que podem afetar as suas relações sociais de uma forma geral e, especificamente, na criança, pode afetar a elaboração da formação do autoconceito, implicando em reflexos negativos ao seu desenvolvimento. Assim, é comum observar que o obeso apresenta aspectos emocionais e psicológicos identificados como causadores ou conseqüências ou retroalimentadores da sua condição

de obeso, concomitantemente a uma condição educacional alterada (FLAHERTY & JANICAK, 1995).

Problemas psicológicos estão também associados ao ganho de peso, como, por exemplo, estresse, ansiedade e depressão (BARON, 1995; JEBB, 1997 *apud* FRANCISCHI et al. (2000) o que influencia o comportamento alimentar (STUNKARD & WADDEN, 1992a) *apud* FRANCISCHI et al (2000) e, principalmente, a relação do sujeito com o alimento. Assim, a comida deixa de ser fonte de energia e se torna um objeto de compensação afetiva (BRUSH, 1995).

#### **1.4 INCIDÊNCIA DA OBESIDADE**

O aspecto mais alarmante da obesidade na atualidade é o grande número de pessoas que sofrem desse mal. A maior incidência da obesidade se dá entre adultos, porém essa patologia está sendo desenvolvida cada vez mais cedo, atingindo adolescentes e crianças (OLIVEIRA & ESCRIVÃO, 2001).

A obesidade não afeta, como vimos, apenas a saúde física do sujeito, mas aspectos psicossociais são também observados nos indivíduos acometidos por ela (WHO, 1995).

Alguns aspectos sociais contribuem para a ampliação do número mundial de obesos. A maioria da população, utiliza em sua dieta alimentos ricos em gordura e com alto valor calórico, associados a excessivo sedentarismo, condicionado por redução na prática de atividade física e incremento de hábitos que geram baixo gasto calórico, tais como assistir TV, uso de vídeo games e computadores, entre outros, enfim, por

importantes mudanças no estilo de vida, determinadas por fatores culturais e econômicos (YANOVSKI & YANOVSKY, 2002).

A obesidade, segundo dados da WHO (1995), é atualmente um dos mais graves problemas de saúde. Ainda, segundo esta instituição, a obesidade pode ser considerada até como uma epidemia mundial. De acordo com POPKIN & DOAK (1998), essa epidemia, está presente, tanto em países desenvolvidos, como em desenvolvimento. O aumento de sua prevalência confere-lhe grande importância como problema de saúde pública.

Estudo publicado pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) *apud* FOLGATO (2003), indica que 15% das crianças brasileiras são obesas. A prevalência da obesidade no Brasil vem seguindo a tendência dos países desenvolvidos. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), nos últimos 20 anos a obesidade infantil aumentou cerca de 70% nos EUA. Os dados no Brasil são imprecisos, porém, segundo essa mesma instituição o aumento foi de cerca de 240%, nestes últimos 20 anos.

TADDEI (2000), define a obesidade como excesso de peso para uma estatura superior a dois desvios-padrão acima da mediana da distribuição de referência para idade e sexo. Com base nisto, ele verificou que as prevalências nacionais nos menores de 5 anos, nos inquéritos de 1989 e 1996 foram similares (5,5 e 4,1% respectivamente), porém com diferenças entre regiões do país. Na região Nordeste, houve um aumento de prevalência de obesidade, principalmente entre lactentes, de 3,9% para 7,3%, no período observado.

As mudanças observadas demonstram que as regiões do país se encontram em diferentes estágios de desenvolvimento. As regiões Norte e Nordeste estão em estágio inicial de transição nutricional, com diminuição da desnutrição em menores de 2

anos e aumento da obesidade em lactentes. O aumento da obesidade em lactentes é resultado de um desmame precoce e incorreto e de erros alimentares no primeiro ano de vida, presentes nas subpopulações urbanas, as quais abandonam de forma precoce o aleitamento materno, substituindo-o por alimentação com excesso de carboidratos, em quantidades maiores do que as necessárias para o desenvolvimento e crescimento da criança. Em estágio mais avançado de transição nutricional, estão as regiões Sul e Sudeste, onde ocorre a diminuição da obesidade em crianças urbanas, cujas mães têm maior escolaridade. Isto provavelmente se deve às técnicas adequadas de desmame e à correta alimentação no primeiro ano de vida, as quais parecem “incorporadas” da melhor forma pela população com maior nível de escolaridade (TADDEI, 2000).

Contudo, estudos recentes contrariam os dados obtidos por TADDEI (2000) e demonstram que a obesidade em crianças cresceu em todas as regiões do país, principalmente nas regiões Sul e Sudeste. Esses resultados reforçam a importância de atitudes preventivas em relação à atividade física e aos hábitos alimentares mais saudáveis. A chegada da globalização modificou alguns hábitos alimentares, como a criação de “*fast-foods*” que, geralmente, oferecem uma comida barata, de pouca qualidade nutricional e repleta de gorduras. Estes utilizam estratégias de publicidade que seduzem as crianças e os adolescentes, com apelos publicitários bem elaborados (BARBOSA, 2003).

Dados de outro estudo realizado sobre o Estado Nutricional de crianças em idade pré-escolar em Creches do Município de Dourados, MS (FABRIL, FREITAS & MENDES, 2005) que avaliou 280 crianças de ambos os sexos e com condições sócio econômicas média-baixa, indicaram que 66% das crianças apresentam eutrofia (estado nutricional adequado), 13% baixo peso para a idade (percentil 10) e 21% peso superior

esperado para a idade (percentil 97). Assim, verificou-se que 34% das crianças apresentavam estados nutricionais inadequados.

GARRIDO 2003; Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), *apud* FOLGATO (2003), afirma que as ações governamentais regulatórias são essenciais para a prevenção da obesidade, incluindo a regulamentação dos alimentos vendidos em cantinas escolares, o aperfeiçoamento da legislação sobre a rotulagem nutricional compulsória dos alimentos, a proibição de brindes e brinquedinhos em guloseimas e o controle da publicidade de alimentos dirigida para o público infantil. Além disso, a pesquisadora afirma que a participação dos pais é de vital importância ao combate à obesidade.

O Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária - CONAR – publicou em 08/06/2006, uma nova redação de sua Seção 11, com novas regras para a publicidade dirigida às crianças e jovens, bem como estabeleceu uma importante modificação no seu Anexo “H”, que versa sobre alimentos, refrigerantes, sucos e bebidas assemelhadas. As novas regras de auto-regulação impedem o uso do tom imperativo, eliminam o merchandising na TV em propagandas infantis e fazem uma série de considerações para que evite qualquer tipo de indução à confusão por parte dos consumidores que, adicionalmente, serão estimulados a adotarem hábitos alimentares mais saudáveis e incluam a prática de exercícios físicos.

Essas medidas estão apoiadas em uma pesquisa desenvolvida no Brasil em 2000, pelo CONAR, sobre as propagandas de alimentos destinados ao público infantil, conforme os dados abaixo descritos:

Segundo a pesquisa, num total de 100 propagandas destinadas exclusivamente ao público infantil, 20 propagandas (10% da amostra) eram referentes a alimentos a



base de leite e derivados e o restante (90%) divulgavam alimentos com elevada taxa de gordura e açúcar (principalmente salgadinhos e doces).

A pressão por novas práticas da publicidade para essas categorias advém do crescimento dos índices de obesidade em todo o planeta, inclusive no Brasil. A WHO - agência mundial ligada à ONU que trata de questões de saúde, emitiu em maio de 2005 um amplo documento sobre essa questão, recomendando aos estados-membros, que modificassem suas leis e ações sobre a questão (SAMPAIO, 2006).

## **1.5 DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

O desenvolvimento humano é um processo de transformações contínuas e progressivas que ocorrem ao longo da vida. A partir do momento em que é concebido, o ser humano começa a sofrer inúmeras modificações. O processo é considerado contínuo por se estender por toda vida e tem como uma de suas peculiaridades a internalização singular das formas de agir e pensar da sociedade (MORRIS & MAISTO, 2004).

O desenvolvimento compreende, portanto, uma série de mudanças ordenadas e coerentes, na qual cada habilidade nova é consequência de uma anterior que interfere na seguinte.

O desenvolvimento infantil pressupõe a interação de aspectos internos (maturação) e aspectos externos (estímulos). O desenvolvimento, em todos os seus aspectos, depende dos estímulos oferecidos pelo ambiente e das atividades realizadas pelo próprio sujeito. Desta forma, o tipo de relação da criança com os seus pais, por

exemplo, vai interferir na manifestação de vários comportamentos, conceitos, atitudes e, principalmente, no que se refere à elaboração do conceito social ou de cognição social. De acordo com ASSMAR, JABLONSKI & RODRIGUES (1990), cognição social é o estudo de como as pessoas fazem inferências a partir de informação obtida no ambiente social. A tentativa de compreender o ser humano em seus múltiplos aspectos deve levar em consideração que cada pessoa é uma unidade física, intelectual, afetiva e social: tem-se o corpo e a mente com as quais pensamos e sentimos, fazemos parte de uma família, bairro, cidade, país e sociedade. Assim temos a representação social, o valor social de cada um desses aspectos. O processo de socialização, dessa forma, compreende os papéis sociais, as representações sociais e a relação entre estes aspectos.

Segundo estes mesmos autores, quando se entra em contato com o ambiente social, torna-se possível perceber outras pessoas, conhecer membros de diferentes grupos e interagir entre pessoas e grupos. O processo de socialização constitui um incessante intercâmbio com pessoas e estímulos sociais (família, escola, demais instituições, classes, grupos étnicos, entre outros) e, neste intenso intercâmbio, coletam-se informações, processam-se estas informações e chega-se a julgamentos.

O contexto social, de uma forma mais específica, e a sociedade, de uma forma mais ampla, podem afetar todo o desenvolvimento humano, pois o ser humano não cresce no vazio, nem é influenciado apenas pela sua família ou por uma carga genética. Compreender o desenvolvimento individual é considerar o contexto social, a cultura do grupo do qual é membro, e o seu papel, ou posição na estrutura desse grupo.

O indivíduo nasce inserido em uma série concêntrica de grupos, nos quais se desenvolve e se integra. O processo de integração varia de cultura para cultura. Nesse sentido é possível destacar que, fundamentalmente, toda pessoa é um ser social, parte

interdependente de um sistema de interações humanas (MURRAY & KHUCKHOHN, 1965 *apud* GRUNSPUN, 1987).

De acordo com TELES (1980), o desenvolvimento humano pode ser explicado como um processo contínuo e gradativo, que se dá em fases ou períodos, de acordo com as teorias de Piaget e Freud (NEWCOMBE, 1999). A possibilidade de explicar o desenvolvimento em fases ou períodos é sempre marcada por uma alteração significativa ou uma nova forma de lidar com o mundo. Entre os autores que estruturaram suas teorias do desenvolvimento e da personalidade, em períodos, destacam-se Piaget e Freud, respectivamente (TELES, 1980). O desenvolvimento cognitivo foi apresentado por Piaget em três períodos: Período Sensório-Motor, de 0 a 2 anos; Período Operacional, que é dividido em Sub Período Pré-Operacional de 2 a 7 anos e Sub Período das Operações Concretas, de 7 a 12 anos e Período Operacional Formal a partir dos 12 anos. Cada um dos períodos representa uma forma de estruturação do pensamento e do conhecimento. O desenvolvimento psicosssexual, elaborado por Freud é caracterizado de acordo com as necessidades e com as conquistas que a criança manifesta em sua vida afetiva e social. A caracterização do desenvolvimento em períodos, segundo Freud e Piaget, tem por objetivo demonstrar conquistas específicas em cada momento (BOCK, 1997).

TELES (1980) faz ainda uma divisão em estágios para demonstrar as conquistas gerais dessas fases. A proposta é apresentar as alterações gerais no desenvolvimento, de acordo com diversas abordagens e seus respectivos autores.

A sua proposta caracteriza o desenvolvimento da infância em três fases pré-definidas: a primeira infância, que compreende os dois anos iniciais, a segunda infância, que vai dos 2 aos 7 anos e a terceira infância, dos 7 aos 11anos; essa será a nomenclatura adotada para fins deste estudo.

A primeira infância (de 0 a 2 anos) não é só uma fase de maturação ou crescimento físico, mas também, o principal momento de construção e elaboração de complexos instrumentos de sobrevivência individual e social. Merece destaque, nesse período, o aspecto afetivo. Os tipos de relações que a criança mantém com os seus pais, e, posteriormente, com os seus iguais (outras crianças) e com outros adultos significativos que irão influenciar a construção do seu autoconceito físico, social e cognitivo.

SOUZA (2001) entende que o autoconceito é construído pelas experiências do sujeito, pelas relações sociais e familiares e pela avaliação que o sujeito realiza das suas experiências. Isto é, após cada experiência bem sucedida e vivenciada subjetivamente, evoca-se uma sucessão de sentimentos causadores de satisfação ou insatisfação e a consciência das próprias potencialidades e capacidades pessoais.

Esta grande fase do desenvolvimento tem períodos característicos, com acontecimentos marcantes. A primeira infância é caracterizada, principalmente, pela aquisição da marcha, o aparecimento da linguagem e a descoberta da auto-identidade (TELES, 1980).

A segunda infância (fase em que se encontram as crianças que participaram do presente trabalho), que vai dos dois anos até os seis ou sete de idade, também é denominada de fase pré-escolar (PIAGET, 1995). Ela é marcada pela diferenciação do papel sexual (masculino e feminino), pela compreensão da realidade exterior e pela ampliação do uso da linguagem. Temos também a manifestação do conflito edipiano e a formação de uma consciência de “eu” rudimentar. Nesse momento, o sujeito aprende a usar a linguagem para representar o mundo, começa a compreender os papéis sociais, o que significa ser homem ou mulher, ser bonito ou feio, ser aceito ou rejeitado (BEE, 1996).

O processo de maturação, na segunda infância, é caracterizado pelo significativo crescimento físico, pelo desenvolvimento das habilidades motoras, pelo desenvolvimento das habilidades de percepção e, conseqüentemente, dos órgãos sensoriais (CLARK, 1994 *apud* MORRIS & MAISTO, 2004). Neste período, segundo PIAGET (1995), encontramos a manifestação do egocentrismo, que pode ser caracterizado como a dificuldade da criança de considerar outros pontos de vista de uma forma sistematizada.

Conforme, TELES (1980), ainda neste período, mais precisamente, aos três anos, são comuns manifestações de conflitos de ordem afetiva, pois a criança descobre sua auto-identidade (que implica numa diferenciação da mãe), ao mesmo tempo em que percebe o adulto como “poderoso”, cheio de normas e proibições. Sente, ainda, a sua dependência absoluta do adulto, a necessidade do seu carinho e da sua proteção, sem os quais é impossível sobreviver no vasto mundo, contra o qual nada pode sozinha.

## **1.6 O INDIVÍDUO E O ATO DE ALIMENTAR-SE: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS.**

“Já há 3 milhões de anos, ancestrais do homem se deslocavam pelas florestas africanas em busca de alimentos. O interesse científico pela evolução das necessidades nutricionais humanas tem longa história. Mudanças na oferta de alimentos parecem ter influenciado fortemente nossos ancestrais. Assim, em um sentido evolutivo, somos o que comemos.” (BARBOSA, 2003)

Alimentar-se envolve a satisfação de uma necessidade básica, porém é uma atividade que está associada ao prazer físico, transmitido pelo carinho materno, que resulta num processo complexo de assimilação e retribuição de todo esse conjunto. De acordo com GRUNSPUN (1987), a criança deve receber mais do que fluidos, as proteínas, as calorias, as vitaminas, ainda que seja a própria mãe que as forneça. A alimentação é um conjunto harmônico entre aquilo que a mãe é capaz de fornecer, aquilo que a criança é capaz de receber e finalmente, aquilo que a criança é capaz de retribuir.

A alimentação e a saúde geral do sujeito são dois aspectos indissociáveis no processo de crescimento da criança. Estudos demonstram que a criança subnutrida, além de apresentar taxas de crescimento abaixo do esperado para sua idade, também poderá apresentar comprometimento nos âmbitos cognitivo e social (FRANKLIN, 1995; WHO,1995).

A mãe, como processadora do sistema alimentício da criança, torna-se alvo de incertezas e inseguranças como a melhor forma de adaptar seu filho a uma cadeia correta de alimentação. Na vida moderna, não há tanta valorização na relação familiar com a alimentação, havendo mais uma mecanização nesse prazer, alterando a satisfação desse momento (GRUNSPUN, 1987).

Provavelmente, por essa mecanização, segundo CAMPOS e cols.(1985), existe hipótese de que algumas crianças poderiam herdar uma estrutura psíquica que levaria a uma necessidade maior de gratificação oral do que outras satisfações, ocasionando maior ingestão alimentar. Ainda, conforme o autor, a criança obesa parece responder mais aos estímulos externos (tipo e qualidade do alimento) do que aos internos (fome e saciedade) no que diz respeito ao apetite. A fome é determinada

biologicamente, pode ser caracterizada por sensações desagradáveis, dolorosas e desprazerosas e admite como único objeto de remoção a comida.

Já o apetite procura o prazer, a satisfação libidinosa, implica em qualidades e não obedece à reservas calóricas e nem as toma como referencial. Dessa forma, o apetite é submetido a um múltiplo controle que envolve várias partes do cérebro, as quais operam sob estímulos sensoriais, tais como: sabor, odor e aparência visual do alimento, e incluem a participação de processos fisiológicos, como: distensão gástrica, processos metabólicos e fatores psicológicos, que também são capazes de afetar o apetite do indivíduo (SPADA, 2005).

Freud, anteriormente, já colocara a diferença entre instinto (pulsão) humano e animal, mostrando que, para o ser humano, o objeto de gratificação dos instintos é variável e que nem sempre ele ingere comida como alimento. Assim, quando a criança busca o seio da mãe, não está envolvida apenas a satisfação alimentar, mas em uma significativa troca de experiências emocionais que serão vividas como prazerosas e/ou desprazerosas. Isto pode vir a formar a base psicológica da aceitação ou rejeição, que, em nível psicanalítico, podem ser identificados como uma série de processos mentais complexos (MELLO FILHO, 1992).

A ênfase sobre os motivos psicológicos e emocionais que podem levar a criança à obesidade exógena recai sobre as falhas estruturais da relação entre mãe e filho; vínculo por meio do qual a personalidade se desenvolve (NÓBREGA & CAMPOS, 1996).

Durante o primeiro ano de vida, o processo de alimentação é fonte de uma série de ansiedades inevitáveis pelas quais passa a criança. Dessa forma, a relação mãe/filho é decisiva para o modo de organização do funcionamento psíquico. Uma mãe, em função de seus próprios desejos e medos inconscientes, pode induzir no filho uma

relação aditiva à sua presença e aos seus cuidados. Esse laço aditivo pode impedir a maturação saudável. Nesse caso, a criança não tem a possibilidade de criar seus próprios recursos psíquicos para superar tensões superexcitantes ou perigosas, o que coloca em risco sua capacidade de estar só, sendo a presença materna ativamente solicitada (Mc DOUGALL, 1999).

De acordo com GRUNSPUN (1987), a supressão do leite materno pode ser considerada, para a criança, como um traumatismo, dificultando sua adaptação à nova alimentação. Quanto mais precocemente o desmame ocorre, maior poderá ser a dificuldade da criança adaptar-se a introdução de novos alimentos pode trazer ansiedade.

Nesse sentido, ESCALONA e cols (1945), afirmam que novos alimentos devem ser introduzidos, mas esta introdução deve ser adequada e oportuna, como profilaxia de vários distúrbios alimentares.

A forma como a criança é alimentada, afeta, por sua vez, sua relação com o alimento. Segundo CAMPOS e cols. (1985), quando a atitude da mãe ou da pessoa que fornece a alimentação é incerta ou agitada, as crianças reagem a esta atitude com distúrbios de sono, choro, rejeição alimentar, inquietude, superalimentação e, muitas vezes, vômito.

É provável que o obeso confunda sensações de fome com outras sensações, como tristeza, solidão, carícia e prazer, associando-as ao alimento e desregulando, assim, a quantidade de ingestão alimentar, perdendo a noção da saciedade (BRUSH, 1995).

Desse modo, o alimento toma lugar de sentimentos que não podem ser ditos, nem sentidos. Torna-se uma metáfora, simbolizando a maneira de encarar a vida e a forma como se lida com as emoções (KATZ, 1995). Comer em demasia pode ser uma



forma de lutar contra estresse, depressão e fraquezas, podendo levar o indivíduo à perda, total ou parcialmente, da capacidade de identificar o que é de fato imprescindível para a vida.

Por ser um comportamento de difícil controle, a criança perde a noção do ato de comer, sem se dar conta da quantidade que está comendo e, muitas vezes, do que está comendo. O excesso de peso pode-se constituir em uma “muleta” e servir à função de localizar toda angústia e toda sorte de dificuldades existenciais (MELLO FILHO, 1992).

Sem isso, o repertório de recursos internos pode ficar pobre no sentido de descobrir saídas criativas para a ansiedade que é natural da vida, mas que, para a criança obesa, pode se tornar fonte de infindáveis angústias que trazem profundo sofrimento psíquico.

Os problemas emocionais são geralmente percebidos como conseqüências da obesidade, embora conflitos e problemas psicológicos de autoconceito possam preceder o desenvolvimento da obesidade. A depressão e a ansiedade são sintomas comuns. A depressão pode ser freqüente em indivíduos gravemente obesos. Porém, indivíduos obesos e emocionalmente mais instáveis, podem experimentar aumento na ansiedade e depressão quando fazem dietas (FLARHERTY & JANICAK, 1995).

## **1.7 A OBESIDADE E A FAMÍLIA**

CAMPOS e cols (1985) dizem que os mitos, os tabus e as neuroses acabaram transformando a alimentação, ato natural, em um problema complexo e delicado. Mães vivem preocupadas com a saúde de seus filhos e têm o hábito de

relacioná-la com a quantidade de alimentos consumidos. Porém, de acordo com os autores, é importante ressaltar que este comportamento não é só observado em mães, mas, de modo geral, em nossa cultura/sociedade.

Para RAMOS & STEIN (2000), a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança por meio da aprendizagem social, e os pais são os primeiros educadores nutricionais. Assim como outros ambientes socialmente influentes, o núcleo familiar interage com as predisposições genéticas à obesidade infantil. O contexto social adquire lugar preponderante nas estratégias que os pais utilizam para a criança alimentar-se, que podem apresentar estímulos, tanto adequados quanto inadequados, na aquisição das preferências alimentares das crianças e no autocontrole da ingestão alimentar. Conforme o autor, é possível constar que a preocupação dos pais centra-se na quantidade da alimentação e não em desenvolver hábitos e atitudes direcionados a padrões de alimentação mais adequados do ponto de vista qualitativo.

A questão da obesidade situa-se, freqüentemente, em torno de um ambiente familiar alterado, no qual se podem identificar características de superproteção, rigidez e falta de solução dos conflitos (DIAS, 1992).

Famílias que apresentam maior proximidade emocional, passam mais tempo juntas e expressam, com mais facilidade, os sentimentos. Neste caso, as crianças têm maior percepção do cuidado materno, exibem uma prática de alimentação mais saudável e, conseqüentemente, vínculo mais seguro (ATTIE & BROOKS- JUNN, 1989).

BAUGHUM *et al.*,(2000) afirmam que, desse modo, os pais exercem desde cedo, grande influência, tanto na forma de alimentação, como na atividade física de seus filhos. Porque os pais controlam, primeiramente, a disponibilidade da comida, o “clima” nas refeições e as oportunidades para execução de atividades seguras na pré-

escola, assim o envolvimento dos mesmos parece ser determinante para a prevenção bem-sucedida dos efeitos da obesidade nessa idade. Para isto, eles devem estar cientes de que seus filhos estão com sobrepeso e devem ser avisados das conseqüências potenciais.

ALMEIDA (2004) reforça que para os pais se engajarem com empenho na prevenção da obesidade, devem estar cientes que muitas vezes a criança terá dificuldade para aceitar a nova alimentação, bem como os limites das porções de alimentos. Os pais devem propor uma mudança gradual no tamanho das porções, assim como na inclusão de novos alimentos.

SILVA (1993) acredita que a atitude dos pais em relação a obesidade dos filhos terá um impacto significativo na forma como a criança lidará com a alimentação e até com uma possível dieta de restrição alimentar, pois é esperado que estas atitudes influenciem com relação ao que comunicam à criança e como o fazem, quando tentam aliviar o problema de sua obesidade. Também é relevante o tipo de relacionamento que pais e filhos exibem. Os pais têm diferentes visões da obesidade de seus filhos em função do sexo dos mesmos, sendo que pais de meninos obesos tendem a atribuir a obesidade à falta de exercícios, menos excitabilidade emocional, menor envolvimento com os colegas, comportamento de submissão com grande facilidade e apresentação de forte quadro de preferências alimentares. Já para as meninas, a obesidade é associada ao bom humor, grande emocionalidade e, em contrapartida, desgosto consigo mesmas, além de grande rejeição dos colegas.

Assim, a família tem papel regulador e um de seus movimentos mais importantes é o de encontrar um ponto de equilíbrio entre o processo de individualização de cada um de seus membros e a necessidade de que esta

individualização seja mútua, para que o desenvolvimento do grupo familiar possa ocorrer (SPADA, 2005).

## **1.8.AUTOCONCEITO**

O autoconceito é uma dinâmica que o ser humano adquire e desenvolve na medida em que desenvolve sua percepção e compreensão de seus valores pessoais e sociais. Além de suas aptidões e características de personalidade, o ambiente familiar composto por pessoas significativas, modelos para estruturação equilibrada da identidade do indivíduo, e o contexto social, são fatores considerados construtores ou destrutivos do autoconceito (SOUZA, 2001).

FADIMAN & FRAGER (2002), definem *self* ou autoconceito a partir de uma perspectiva rogeriana, como sendo a visão que a pessoa tem de si própria, baseada em experiências passadas, estimulações presentes e expectativas futuras. Com o desenvolvimento humano, notam-se mudanças regulares nas categorias que as crianças usam quando solicitadas a se descreverem. O desenvolvimento do autoconceito pode ser descrito, segundo MUSSEN *et al.*, (1998), de acordo com a faixa etária e de acordo com a verbalização das crianças, até sete anos, definem a si próprias em termos físicos e observacionais. Quando atingem a meninice, as descrições do eu passam gradualmente para formas mais abstratas. Assim, as descrições passam então de características físicas para psicológicas. São feitas distinções entre mente e corpo, entre o eu subjetivo e os eventos externos.

Para COLL, PALÁCIOS & MARCHESI (1995), o autoconceito começa a ser elaborado durante o segundo ano de vida, quando a criança adquire a noção do eu. As crianças desenvolvem um senso de quem são e de como se enquadram na sociedade. O sentido primário do eu cresce para uma rede elaborada e relativamente estável de percepções e sentimentos, na época que a criança chega à metade do ensino fundamental.

Ainda de acordo com o autor, o autoconceito é o resultado de uma relação entre auto-avaliações e aspirações: a amplitude da discrepância entre como o ser humano se vê e como ele gostaria de ser, é um sinal importante no grau de satisfação a respeito de si mesmo. Uma criança que, por ser muito pequena, ainda não desenvolveu o autoconceito específico, ainda não possui esferas de interesse muito diferenciadas e não teve ocasião de testar sua capacidade nos vários campos da vida (intelectual, social, moral, etc.), poderá ter uma sensação global de possuir valor (grande ou pequeno), de significar alguma coisa, de ser ou não importante. É evidente que essa sensação depende de, e coincide em boa parte com, o quanto a criança sente-se aceita ou rejeitada por suas figuras de apego.

A partir da interação com o meio, o indivíduo constrói com seu julgamento sobre si mesmo, sua noção de eu, o que pouco a pouco é elaborado de forma a repercutir em seu desenvolvimento emocional (CABANACH & ARIAS, 1998).

A formação do autoconceito é, então, um processo lento, que se desenvolve a partir de experiências pessoais e da reação dos outros ao seu comportamento. Dessa forma, a maneira como os outros reagem ao seu comportamento, aprovando-o ou não, influencia no tipo de autoconceito que a criança ampliará (BARROS, 1987).

O ser humano é um animal social que depende do seu grupo social para sobreviver e desenvolver-se. Sua total dependência nos anos iniciais leva a uma relação

diferenciada com alguns adultos significativos, principalmente a mãe. Essa relação diferenciada, também ocorre com outras pessoas, como o pai, outros parentes, professores e até colegas de escola ou outras crianças mais velhas. De uma forma geral, a opinião que essas pessoas elaboram e expressam em relação à criança afetará todo o seu desenvolvimento. Se a criança sofre experiências em que se afirma seu fracasso, provavelmente ela incorporará essa idéia em seu autoconceito, mesmo que não seja coerente com o real (FADIMAN & FRAGER, 2002).

A construção do autoconceito é influenciada pelo julgamento social dos atributos individuais, na medida em que o sujeito internaliza conceitos sociais (SOUZA, 2001). Dessa forma, é de particular relevância a influência da interação social na formação do autoconceito, pois somos sempre avaliados. A perspectiva do outro nos dá, de certa maneira, a consciência de que somos diferentes e únicos (KAIL, 2004).

Resultados de pesquisas, feitas por meio de diferentes instrumentos, como desenhos, escalas e questionários levaram às conclusões de que os sentimentos a respeito do corpo são proporcionais aos sentimentos sobre o eu. Nesse sentido, segundo COOPERSMITH (1967), a avaliação que o indivíduo faz de si, e que habitualmente mantém em relação a si mesmo, expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação e indica o grau em que o indivíduo se considera capaz, importante e valioso. Em suma, é um juízo de valor que se expressa mediante as atitudes que o indivíduo mantém em face de si mesmo. É uma experiência subjetiva, que o indivíduo expõe aos outros por relatos verbais e expressões públicas de comportamentos.

O estudo da importância do autoconceito, feitos por ROGERS (1976), tem como pressupostos o fato de que as pessoas usam sua experiência para se definirem e serem capazes de modificar suas opiniões a respeito de si mesmas. Segundo Roger o autoconceito refere-se à “idéia ou imagem do *self*”. Para ROGERS (1976), o “*self*”

ideal é “o conjunto das características que o indivíduo mais gostaria de poder reclamar como descritivas de si mesmo”.

## 1.9 AUTOCONCEITO EM PRÉ-ESCOLARES

No momento (do desenvolvimento infantil) em que a criança encontra-se em idade pré-escolar, o autoconceito costuma ser de caráter global, vago e não específico, como, por exemplo, afirmar ser bom na escola. Existe também a tendência do autoconceito ser fundamentado em fatos ocorridos em determinados momentos, sendo a verdade acerca de si mesma aceita pela forma com que é expressa pelos adultos significativos em sua vida (COLL, PALÁCIOS & HIDALGO, 1995).

De acordo com MICELE (2003), autoconceito global é um conceito amplo a respeito do próprio valor; aliás, antes de ser um conceito, é uma espécie de sensação de ter alguma importância, de ter valor, de merecer atenção, estima e consideração – ou de não merecê-las. Enquanto que o autoconceito específico, diz respeito a um setor particular de auto-avaliação: físico, intelectual, moral, social e assim por diante. A autora, ainda pontua que o autoconceito global está relacionado ao bem-estar psicológico e o autoconceito específico, ao sucesso.

Há, ainda, o aspecto afetivo do autoconceito, o valor que a criança dá às qualidades que percebe possuir. Esse aspecto é geralmente descrito em termos de auto-estima. Uma criança com auto-estima positiva, muito provavelmente, coloca valor positivo nas características que pensa possuir, enquanto que uma criança com autoconceito negativo, possivelmente, dá valor neutro ou negativo às suas características. A avaliação negativa das próprias características pode levar a um

sentimento de inferioridade, a uma depreciação de sua auto-imagem e do seu valor individual, podendo acarretar distúrbio de sociabilidade, depressão e/ou distúrbio de escolaridade (GRUNSPUN,1987).

Para COLL, PALÁCIOS & HIDALGO (1995), no entanto, existem diferenças entre conhecimento de si mesmo, autoconceito, auto-estima e imagem de si mesmo, que muitas vezes são usados como sinônimos, porém eles classificam o primeiro, relativo ao conteúdo deste conhecimento, às características ou atributos que utilizamos para descrever a nós mesmos (autoconceito) e o segundo, referente à avaliação ou julgamento que fazemos deste autoconceito (auto-estima).

Ainda segundo, os mesmos autores, os padrões evolutivos do conhecimento de si mesmo parecem seguir um roteiro, compreendendo este desenvolvimento como uma construção ativa que se torna realidade, graças ao acesso às capacidades crescentes e às interações sociais que a criança estabelece com as pessoas que a rodeiam.

O referencial teórico utilizado neste estudo para classificar o desenvolvimento do autoconceito infantil, foi baseado no trabalho desenvolvido por COLL, PALÁCIOS & HIDALGO (1995). Em sua obra, é possível encontrar uma visão abrangente do desenvolvimento humano em suas grandes áreas (social, cognitivo, afetivo e da personalidade) e, ao mesmo tempo, aspectos mais específicos como autoconceito e imagem corporal, entre outros.

Durante os anos pré-escolares, a tarefa das crianças é de enriquecer a primeira imagem de si com características e atributos que sirvam para definir-se a si mesma como pessoa com características próprias, diferenciadas dos demais.

Integrando os resultados obtidos em diversas investigações, ROSENBERG (1986) *apud* PALÁCIOS & HIDALGO (1995), define, o conteúdo do autoconceito que as crianças pré-escolares possuem com as seguintes características:



1. *Tendência a descrever-se com base em atributos pessoais externos:* Quando pedimos às crianças pré-escolares que definam a si mesmas, costumam fazê-lo em termos das atividades que realizam (“sou uma criança que brinca com bola”), de seus êxitos ou habilidades (“sou uma menina que sabe ler”), de sua aparência física (“sou alto”) ou de algum traço distintivo de caráter geral (“sou uma menina que se chama Ana”).
2. *Tendência a descrever-se em termos globais:* O autoconceito das crianças pré-escolares costuma ser de caráter global, vago e não específico. Por exemplo, uma menina de cinco anos se descreverá como “boa na escola”, sem maiores especificações. À medida que as crianças crescem, o autoconceito torna-se mais diferenciado, articulado e integrado à diferentes dimensões e conteúdos.
3. *Tendências a conceber as relações sociais como simples conexões entre pessoas:* Às vezes, as crianças pré-escolares definem-se em termos de “amigos” e “colegas”, ou como “filho” ou “irmão”. As relações sociais, mais do que serem concebidas em termos de sentimentos interpessoais (fato que se observará muitos anos mais tarde), limitam-se à certas conexões entre umas pessoas e outras.
4. *Tendência a elaborar o autoconceito com base em evidências externas e arbitrarias:* O autoconceito das crianças pré-escolares costuma ser bastante arbitrário, fundamentado em fatos concretos, ocorridos em determinados momentos. Além disso, a verdade acerca de si mesmo costuma ser expressa pelos adultos significativos em sua vida. Assim, por exemplo, uma menina de cinco anos pode nos dizer que é “má” porque “um dia quebrei um jarro”, e um menino da mesma idade nos dizer que é “bonito” porque “minha mamãe disse”.

DAMON & HART (1982) *apud* PALÁCIOS & HIDALGO (1995), apontam que a auto-estima, ao contrário do autoconceito, implica uma orientação afetiva que pode ser avaliada como positiva ou negativa. A auto-estima também é um fator que deve ser levado em consideração na aquisição, manutenção ou perda de peso, mas, principalmente, na reeducação alimentar.

Gostar de si não é apenas uma mera atitude da própria pessoa com relação à ela mesma, mas depende de outros fatores que são construídos desde a gestação, que os pais, e no início, principalmente a mãe, sentem e transmitem para a criança. Um vínculo tranquilo, por meio do qual a pessoa possa se colocar em segurança traz a satisfação de se sentir amada e, conseqüentemente, valorizada como ser único, o que favorece a individuação e o crescimento emocional (SPADA, 2005).

### **1.9.1 AUTOCONCEITO DE CRIANÇAS OBESAS E NÃO OBESAS**

A auto-avaliação faz parte do processo adaptativo das pessoas. O apreço por si e a percepção que têm das habilidades e capacidades são construídos a partir do contato com as outras pessoas, que fornecem pistas aos indivíduos sobre seus desempenhos. A auto-avaliação é um fenômeno pessoal que ajuda o indivíduo a dirigir seu comportamento. As pessoas carregam consigo um autoconceito 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, quando pais e amigos depreciam o seu corpo (STUNKARD & WADDEN, 1992b). 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 autoconceito, que abarca não só a apreciação sobre atributos físicos em crianças obesas, mas também aspectos como *status* intelectual, comportamento, felicidade e satisfação.

Utilizando a avaliação de autoconceito e a avaliação comportamental da criança, feita por seus pais, BRAET, MERVIELDE & 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 autoconceito mais negativo e suas mães relataram mais problemas comportamentais. Utilizando uma medida comportamental, AZEVEDO (1996) *apud* GALINDO e cols (2002), aplicou aos pais de crianças obesas e não obesas o Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil – QMPI (ALMEIDA FILHO, 1985) e encontrou relatos de mais problemas comportamentais em crianças obesas que em não obesas.

GALINDO e cols. (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 Autoconceito 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.

## **1.9.2 IMAGEM CORPORAL DO OBESO**

Durante muito tempo na história da humanidade, como já vimos, o ganho de peso, bem como o acúmulo de gordura, eram vistos como sinais de saúde e de prosperidade. Hoje, contudo, a obesidade é considerada uma doença crônica, que afeta crianças, adolescentes e adultos. Crianças com excesso de peso estão ainda sujeitas, além da estigmatização social, a uma série de graves distúrbios psicológicos.

Quanto aos aspectos psicossociais relacionados à obesidade, os estudos apresentam ênfases diversas, incluindo a avaliação da imagem corporal. As análises da avaliação da imagem corporal são feitas sobre a catexe corporal (definida como grau de satisfação ou insatisfação com várias partes do processo do corpo ou sentimentos da pessoa para com seu próprio corpo).

A imagem corporal refere-se à experiência psicológica de alguém sobre a sua aparência e o funcionamento do seu corpo. Segundo CASH (1993), a imagem corporal pode afetar o autoconceito global do sujeito, pois o descontentamento

relacionado ao peso que muitas vezes leva a uma imagem corporal negativa (insatisfações, depreciações, distorções e preocupações com a auto-imagem, todos eles sendo fortemente influenciados por fatores socioculturais) advém de uma ênfase cultural ao corpo magro e ao estigma social da obesidade.

Para SCHILDER (1994), a imagem corporal é a figura de nosso próprio corpo que formamos em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo é representado internamente.

Segundo THOMPSON (1996), o conceito de imagem corporal envolve três componentes:

- Perceptivo, que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho corporal e do peso.
- Subjetivo, que envolve aspectos como satisfação com a aparência e os níveis de preocupação e ansiedade a ela associados.
- Comportamental, que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associadas à aparência corporal.

Para McNAMARA (2002) *apud* SAIKALI e cols. (2004), crenças culturais determinam normas sociais na relação com o corpo humano. Práticas de embelezamento, manipulação e mutilação, fazem do corpo um terreno de significados simbólicos. Mudanças artificiais no formato do corpo, tamanho e aparência são comuns em todas as sociedades e têm uma importante função social. Elas comunicam a informação sobre a posição social do indivíduo e, muitas vezes, demonstram um sinal de mudança em seu status social.

De acordo com ADAMS (1977), percebe-se que o mundo social, claramente, discrimina os indivíduos não atraentes, numa série de situações cotidianas importantes. Pessoas julgadas pelos padrões vigentes como atraentes parecem receber mais suporte e encorajamento no desenvolvimento de repertórios cognitivos socialmente seguros e competentes. Assim, indivíduos tidos como não-atraentes, estão mais sujeitos a encontrar ambientes sociais que variam dos não-responsivos aos rejeitados e que desencorajam o desenvolvimento de habilidades sociais e de autoconceito favorável.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GERAIS**

- Identificar o autoconceito em crianças pré-escolares, em escolas de Dourados.
- Comparar o autoconceito de crianças pré-escolares consideradas acima do peso, com as de peso normal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar a aferição de peso e altura para cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC), em crianças de duas pré-escolas e um Centro de Educação Infantil Municipal (CEIM) na cidade Dourados – MS.
- Identificar, dentre a amostra investigada, incidência de obesidade.
- Avaliar o autoconceito em crianças pré-escolares, por meio do Teste Projetivo H-T-P e auto-imagem, através de questionário.
- Verificar os hábitos alimentares dessas crianças junto aos pais ou responsáveis imediatos, utilizando um questionário sobre Hábitos Alimentares.

### 3 .MÉTODOS

#### 3.1 SUJEITOS

Participaram do estudo 35 crianças pré-escolares, e seus respectivos pais e/ou responsáveis. Todas eram regularmente matriculadas em 3 escolas de Dourados, MS. Da Escola Municipal Bernardina Corrêa de Almeida, participaram 13 crianças, das quais 06 crianças eram do sexo feminino e 07 do sexo masculino. Da Escola SESI, 11 crianças participaram, sendo 03 do sexo feminino e 08 do sexo masculino, e, do CEIM Décio Rosa Basto, foram 11 os participantes, sendo 07 do sexo feminino e 04 do sexo masculino. Em todas as escolas as crianças tinham idade entre 5 e 6 anos (média 5,7 anos de idade); aquelas com idade de 5 anos somaram 16 crianças (45,7%) do sexo feminino e 15 crianças (42,8%) do sexo masculino. Na idade de 6 anos foram encontradas apenas 11,5% 4 (sujeitos) do sexo masculino. Todas as crianças foram classificadas como pertencentes à classe sócio-econômica: média - baixa e baixa. Os critérios de inclusão no estudo foram: 1) crianças com idade entre 5 e 6 anos pré-escolares, de ambos os sexos, por escolha da autora.; 2) estarem devidamente matriculadas e freqüentando regularmente a pré-escola, em duas escolas da rede pública da cidade de Dourados e em uma escola particular; 3) terem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, assinado pelos pais e/ou responsáveis.

Os participantes formavam dois grupos, de acordo com os seguintes critérios: 1) estar acima do percentil 85 que, segundo critérios do National Center for Health and Statistics (NCHS, 2000) e da Tabela de COLE (2000) *apud* ALMEIDA (2004) corresponde a obesidade. Os participantes do grupo, classificados como obesos,



totalizaram, 22 crianças com idades entre 05 e 06 anos; 2) O grupo dos não obesos, constituído por 13 crianças com idades entre 05 e 06 anos, que estavam em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), situadas entre os percentis 5 e 85 (NCHS, 2000) e da Tabela de COLE (2000) *apud* ALMEIDA (2004) que corresponde a sobrepeso, eutróficos e risco de baixo peso.

### **3.2 ASPECTOS ÉTICOS**

De acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, os aspectos éticos foram considerados e foi solicitada a carta de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos pais para que seus filhos fossem submetidos à avaliação. O projeto foi, antes de seu início, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário da Grande Dourados- UNGRAN, MS, tendo sido aprovado em 29 de março de 2005, conforme consta no anexo nº 1.

### **3.3 LOCAL**

A coleta de dados foi realizada nas seguintes instituições de ensino:

Escola Municipal Bernardina Corrêa de Almeida, Centro de Educação Infantil Municipal: CEIM Décio Rosa Bastos e Escola SESI – Centro de Atividades Mário Amato. Todas as instituições escolares estão localizadas no perímetro urbano da cidade de Dourados – MS.

Optou-se por uma amostra de 3 escolas, sendo 1 pública, representando 4% dessa modalidade, 1 privada demonstrando 9% desse segmento e 1 CEIM, caracterizando 4% das instituições. As escolas foram escolhidas com base em dois critérios: geográfico e econômico.

Geográfico: as escolas escolhidas deveriam estar no perímetro urbano de Dourados, distantes entre si em pelo menos 3 km, atendendo preferencialmente a população pertencente às classes sócio econômicas baixa e média-baixa, e como último critério, a escola deveria oferecer a modalidade de ensino escolhida há pelo menos, 4 anos.

A Escola Municipal Bernardina Corrêa de Almeida (pública), localizada na Vila Almeida e que conta com cerca de 300 alunos – da pré-escola à 4ª série do Ensino Fundamental, compreende crianças na faixa etária de 5 a 9 anos. Está situada na região sudoeste de Dourados, próxima a dois bairros residenciais: Vila Cachoeirinha e Jardim Flórida I, que atendem a uma população de classe média-baixa.

Os CEIMs incorporaram as instituições denominadas anteriormente de forma genérica como “creches”, por exigência da Lei de Diretrizes Básicas da Educação (LDB/96), que obriga educação às crianças nessa faixa etária. O município conta com 25 CEIMs em funcionamento, atendendo em torno de 2.500 crianças.

O CEIM Décio Rosa Bastos (pública), outra instituição envolvida na pesquisa, localizado à Rua Antônio Azambuja, s/n, bairro Vila Vieira, atende cerca de 200 crianças, na faixa etária de 0 a 6 anos, pertencentes à classe baixa. Os atendimentos são estendidos aos bairros adjacentes. O CEIM fica na região sudeste da cidade.

E por último a escola SESI - Centro de Atividades Mário Amato (privada), localizada à Rua Valdemiro de Souza, 298, bairro Vila Industrial, que atende cerca de 170 crianças, de 2 a 9 anos, em Educação Infantil e Ensino Fundamental de 1ª a 4ª

séries. Está situada na região nordeste da cidade e recebe crianças de todos os bairros da cidade.

### **3.4 PROCEDIMENTOS**

#### **3.4.1 COLETA DE DADOS:**

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa-CEP da UNIGRAN) em fevereiro de 2005, foram realizados os primeiros contatos com as instituições educacionais. Posteriormente, foi enviada uma solicitação de permissão para efetivar a pesquisa, por escrito, com o projeto anexo, ao setor de Educação Infantil da Secretaria Municipal de Educação de Dourados – MS, para formalizar a autorização para realizar da pesquisa nas escolas públicas. Para a escola SESI, também foi enviada uma carta de solicitação e o projeto anexo, e marcada uma reunião entre direção da escola, coordenação e pesquisadora para apresentar o projeto, esclarecer sobre os objetivos e o desenvolvimento da pesquisa. A autorização foi fornecida verbalmente por parte da diretora da escola do SESI.

No mês de abril, foi realizado o treinamento das auxiliares de pesquisa. Neste momento, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a estratégia de aplicação do teste projetivo H.T.P., bem como a forma de aplicação do questionário dirigido aos pais sobre hábitos alimentares, a ser desenvolvido junto aos pais.

Em seguida, foi feito o contato com as instituições e foi elaborado o planejamento das atividades (períodos e horários), visando a coleta, primeiramente, das autorizações dos pais ou responsáveis, por meio da assinatura do Termo de

Consentimento Livre Esclarecido, para que os filhos pudessem participar do estudo. Logo após a obtenção da permissão dos pais, teve início a coleta de dados, tendo sido realizada entre maio e junho de 2005, nas 3 escolas elencadas.

### **3.4.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA**

A avaliação antropométrica foi iniciada mensurando-se peso/altura, para o cálculo de IMC (Índice de Massa Corporal). A pesquisadora dirigiu-se até as salas de aula para apresentar-se às crianças, conversar e explicar às mesmas que estas iriam participar de um trabalho, após o que foram realizadas as pesagens e aferidas a altura dos sujeitos.

As crianças não eram obrigadas a participar do estudo, muito embora seus pais tivessem autorizado. Também foram informadas de que poderiam fazer todas as perguntas que desejassem. Estas se mostraram interessadas, faziam perguntas e estavam curiosas para saber como aconteceriam os trabalhos. As crianças que participaram do estudo, manifestaram espontaneamente que desejavam participar do projeto.

Elas foram organizadas em ordem alfabética, de modo que uma a uma era chamada para a realização da avaliação antropométrica. Na sala de pesagem, solicitou-se que tirassem os sapatos para que pudessem ser medidas em sua altura real e pesadas adequadamente. A duração máxima dessa primeira fase foi de 10 minutos para cada criança e foi realizada apenas pela pesquisadora.

Na aferição de peso, foi utilizada uma balança mecânica, modelo 31, marca Filizola, com carga máxima de 150 kg, divisão 100g, cursores em aço inoxidável, tapete antiderrapante na plataforma, antropômetro articulável com régua em alumínio

anodizado, devidamente calibrada por um técnico autorizado pelo Imetro, funcionário da empresa Central Balanças de Dourados/MS.

O protocolo de avaliação adotado, para a identificação de peso, foi o seguinte:

“O (A) avaliado (a) deve se posicionar em pé, de costas para a escala da balança, com afastamento lateral dos pés, estando a plataforma entre os mesmos. Em seguida, coloca-se sobre, e no centro da plataforma, ereto (a), com olhar num ponto fixo à sua frente. Deve-se usar o mínimo de roupa possível. Foi realizada apenas uma medida”, em Kg., por criança, com aproximação de 0,1 Kg.

Observaram-se as seguintes precauções: a balança estava calibrada, a leitura foi feita na borda interna da escala, os cilindros estavam bem encaixados no momento da leitura e retornaram ao ponto zero assim que se encerrou a pesagem.

Altura e ou Estatura: é um termo que pode ser utilizado tanto para o comprimento como para altura. As curvas disponíveis no National Center for Health and Statistics (NCHS, 2000) distinguem a forma de análise, dependendo de como a criança foi medida: deitada (0 a 36 meses) ou em pé (2 a 18 anos).

Para a identificação da altura, foi utilizado um antropômetro metálico de Martin, da própria balança, todo graduado em centímetros e décimos de centímetro.

O protocolo adotado foi o seguinte: o (a) avaliado (a) devia estar em posição ortostática (em pé), pés unidos, procurando pôr em contato com o instrumento de medida as superfícies posteriores do calcanhar, cintura pélvica, cintura escapular e região occipital. A medida foi feita com o avaliado em apnéia inspiratória, de modo a minimizar possíveis variações sobre esta variável antropométrica. A cabeça estava orientada no plano de Frankfurt, paralela ao solo. A medida foi feita com o cursor em ângulo de 90° graus em relação à escala. Permitiu-se que os avaliados permanecessem

com seus uniformes (shorts e camisetas) e foi solicitado que ficassem descalços. Foram adotadas as seguintes precauções: a avaliadora ficou posicionada à direita do(a) avaliado(a), evitando-se que o(a) avaliado(a) se encolhesse quando o cursor tocava sua cabeça, para que não houvesse alteração na medida.

### 3.5 INDICADOR ANTROPOMÉTRICO DO ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL

O IMC é uma razão obtida dividindo-se o peso, em quilogramas, pela altura ao quadrado, em metros. Quando aplicada ou utilizada em crianças e adolescentes é preciso utilizar tabelas que mostrem os valores esperados para cada faixa etária respectiva (ALMEIDA, 2004).

**Tabela 1. Valores de IMC para meninos e meninas, para definição de sobrepeso e obesidade.**

IDADE (em anos)	SOBREPESO (em kg/m <sup>2</sup> )		OBESIDADE (em kg/m <sup>2</sup> )	
	MENINOS	MENINAS	MENINOS	MENINAS
2	18,4	18,0	20,1	19,8
2,5	18,1	17,8	19,8	19,6
3	17,9	17,6	19,6	19,4
3,5	17,7	17,4	19,4	19,2
4	17,6	17,3	19,3	19,1
4,5	17,5	17,2	19,3	19,1
5	17,4	17,2	19,3	19,2
5,5	17,5	17,2	19,5	19,3
6	17,6	17,3	19,8	19,7
6,5	17,7	17,5	20,2	20,1
7	17,9	17,8	21,1	20,6

**Fonte: Cole e cols. (2000) *apud* Almeida (2004)**

As Curvas de Crescimento do NCHS (2000) representam a distribuição das pessoas em relação aos valores obtidos para determinados índices ou medidas. Esse referencial foi recomendado pela OMS em 1995, e é amplamente utilizado para

avaliação de IMC como indicador para a determinação nutricional de crianças e adolescentes que está disponibilizado pelo novo NCHS (2000), que indica a curva de IMC por percentil para 2 a 20 anos de idade. É baseado em estudos da população americana e amplamente utilizado em inquéritos antropométricos realizados em vários países, representando satisfatoriamente o crescimento e as proporções corporais de crianças bem nutridas (HAMIL *et. al.*, 1979; WHO 1986).

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso(kg)}}{\text{altura}^2(\text{m})}$$

**Tabela 2. Classificação do IMC de acordo com os percentis.**

Percentil	Classificação
≤ P5	Baixo peso
P5 – P15*	Risco para baixo peso
P15 – P85	Eutrofia
P95 – P95	Sobrepeso
≥P95	Obesidade

**Fonte: WHO, 1995.**

A WHO (1995) não considera a faixa de risco entre percentis 5 e 15.

As Curvas de Crescimento do NCHS (2000), representam a distribuição das pessoas em relação aos valores obtidos para determinados índices ou medidas, e a frequência com que determinado peso e altura ocorrem em um dado grupo populacional de acordo com sexo, a faixa etária ou estado fisiológico. As curvas por percentis são práticas e fornecem o diagnóstico da condição nutricional da criança ou adolescentes, sem a necessidade de realizar contas ou cálculos.

## 3.6 AVALIAÇÃO PSICODINÂMICA DO AUTOCONCEITO INFANTIL

### 3.6.1 APLICAÇÃO DO TESTE PROJETIVO H-T-P

Para avaliação das crianças selecionadas para a pesquisa, foi escolhido o teste H.T.P. de BUCK (2003) (*House, Tree and Person*, cuja tradução para o português é: O Teste do Desenho da Casa, Árvore e Pessoa). O teste foi escolhido por ser uma técnica projetiva consolidada, utilizada por mais de 50 anos pelos psicólogos, pois estimula a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflitos, além de ser padronizado e, conseqüentemente, validado para diferentes populações em todo mundo. Esta técnica revela uma visão subjetiva que o sujeito tem de si mesmo, de seu ambiente e das coisas que são importantes para ele (BUCK, 2003).

A aplicação do teste projetivo H-T-P seguiu um procedimento padronizado para todos os sujeitos. Optou-se por utilizar este teste projetivo, primeiro por não haver testes, inventários ou questionários adaptados e padronizados para a faixa-etária foco deste estudo, ou seja, crianças pré-escolares, e, segundo, pela estrutura de aplicação do teste que é baseada na elaboração de desenhos. Os desenhos das crianças são considerados por HAMMER (1991), 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. Ainda segundo HAMMER (1991) *apud* GRUBTIS (1996), 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 o autor, as crianças transmitem no desenho aquilo que jamais teriam condições de verbalizar.



Segundo HAMMER (1991) *apud* GRUBTIS (1996), a casa pode simbolizar o corpo da criança, estando simbolicamente relacionada com as alterações da imagem corporal, enquanto que com a árvore e a pessoa, investigam o autoconceito e a imagem corporal. Para o autor, a árvore é o símbolo mais adequado para a projeção dos sentimentos profundos da personalidade ou do "*self*". No desenho da pessoa são projetadas formas (estratégias) usadas pelo sujeito para lidar com os outros e com seus sentimentos em relação a eles.

O teste HTP, de Jonh Buck, foi planejado para incluir no mínimo duas fases de avaliação e chegar até quatro fases. A primeira é não verbal, criativa e consiste em convidar o indivíduo a fazer um desenho acromático, à mão livre, de uma casa, de uma árvore e de uma pessoa. Um desenho adicional de uma pessoa do sexo oposto à que primeiramente é desenhada pode ser solicitado. A segunda fase, um inquérito posterior ao desenho, envolve perguntas relativas às associações do indivíduo sobre aspectos de cada desenho. O examinador deve seguir com a terceira e quarta fases. Na terceira fase, o indivíduo desenha novamente, uma casa, uma árvore e uma pessoa (ou duas pessoas), dessa vez usando giz de cera. Para a quarta parte, o examinador faz perguntas adicionais sobre os desenhos coloridos. Dependendo do número de fases incluídas, o procedimento pode levar de trinta minutos à uma hora e meia. Os desenhos são avaliados pelos sinais de psicopatologia existente ou potencial baseados no conteúdo; características do desenho, como tamanho, localização; presença ou ausência de determinadas partes e as respostas do indivíduo durante o inquérito.

Para aplicação do teste projetivo H.T.P., conforme planejamento, as salas foram preparadas com antecipação, e o teste realizou-se em ambiente silencioso. A aplicação foi individual, sendo o sujeito orientado a sentar-se em frente a uma mesa, em uma posição confortável para desenhar. Para esta pesquisa foram solicitados três

desenhos acromáticos e conduzido um inquérito sobre cada desenho. Após o procedimento completo da aplicação do H.T.P. (realização dos desenhos e inquérito), as crianças respondiam a duas perguntas complementares elaboradas pela pesquisadora. Primeira questão: Como você se vê fisicamente? A segunda questão foi realizada apenas para os sujeitos que se auto-avaliaram como gordos ou feios. A pergunta era: “Alguém disse isso à você? 10 sujeitos disseram que não tendo, apenas 1 criança afirmou que a mãe, quando estava nervosa, lhe dizia que era uma menina feia.

As crianças foram encaminhadas, de cinco em cinco, para serem submetidas ao teste, que contou com a pesquisadora e estagiárias como aplicadoras. As instruções foram dadas verbalmente, explicando que deveriam fazer alguns desenhos solicitados, que poderiam fazer uso de borracha, bem como poderiam fazer questionamentos ou verbalizar sentimentos, antes, durante e depois da aplicação do teste e que após a realização dos desenhos iriam responder a um inquérito sobre cada um deles. Foi tomado o cuidado de fazer a certificação, para saber se as crianças compreenderam o solicitado. Os informantes levaram de quinze a vinte minutos para fazer os desenhos e responder ao inquérito, e então, retornaram à sala de aula.

### **3.6.1.1 MATERIAL DO TESTE**

- Manual e guia de interpretação, um protocolo para cada desenho do H-T-P (folha de papel sulfite branco, tamanho A4, para cada desenho) e um Protocolo de inquérito posterior para cada conjunto (acromático).
- Lista de conceitos interpretativos
- Lápis pretos (nº 2) com borrachas.

- Um relógio ou cronômetro foi necessário para anotar a latência, ou seja, tempo decorrido entre a instrução e o início do desenho e o tempo total dos desenhos.

### 3.6.2 QUESTIONÁRIO

A estratégia desenvolvida para a aplicação do questionário sobre Hábitos Alimentares foi o contato verbal com os pais durante a saída dos filhos da escola SESI e do CEIM. A pesquisadora e as estagiárias permaneciam nos estabelecimentos educacionais e abordavam, individualmente, cada pai ou responsável. A aplicação do questionário teve a duração de quinze a vinte minutos. Já, na Escola Municipal Bernardina, foi agendada pela direção uma reunião com os pais, pesquisadora e estagiárias, e, então, foram explicados os objetivos do questionário e como este deveria ser respondido. Dessa forma, a aplicação do questionário foi feita para todo o grupo simultaneamente.

O instrumento foi elaborado pela própria pesquisadora e teve por objetivo verificar os hábitos alimentares das crianças junto a seus pais e/ou responsáveis imediatos. O questionário (anexo) foi composto por 24 questões fechadas, que foram agrupadas da seguinte forma:

A- **Alimentação Essencial** (compreende as questões 1 a 6).

B- **Atitude da criança com relação à comida** (compreende as questões: 7,8,10,12 e 13).

C- **Atitudes dos pais em relação à alimentação da criança** (compreende as questões: 9, 16, 17,18,19,20, 21 e 22).

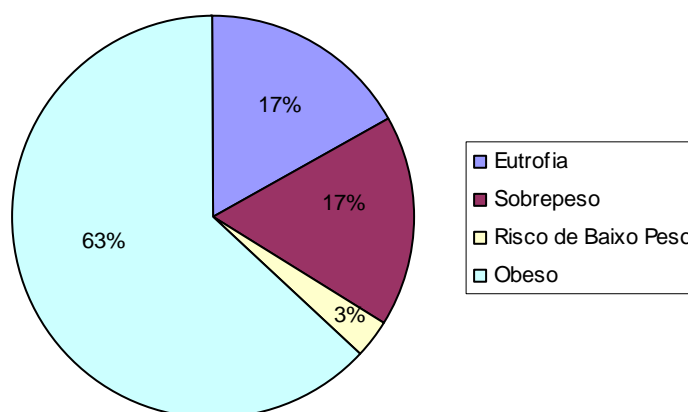
D- **Brincadeiras/ Atividades sociais da criança** (compreende as questões: 14, 15, 23 e 24).

## 4 RESULTADOS

Inicialmente serão apresentados os principais resultados obtidos com as três medidas de avaliação utilizadas neste estudo: 1) Avaliação Antropométrica dos sujeitos pesquisados, 2) Avaliação Psicodinâmica do autoconceito e imagem corporal e 3) o questionário de hábitos alimentares (pais). Posteriormente será realizada a discussão dos dados. Neste estudo, a avaliação dos dados obtidos na avaliação antropométrica, foi feita com base no cálculo do IMC e o percentil utilizado foi o estabelecido por COLE (2000), e a classificação de categorias segundo a tabela de NCHS (200). A avaliação dos dados referentes ao auto-conceito foi elaborada segundo o manual do HTP. Os dados sobre hábitos alimentares foram coletados a partir das respostas obtidas na aplicação do questionário feito aos pais, ou responsáveis, pela criança e apresentados utilizando estatística descritiva.

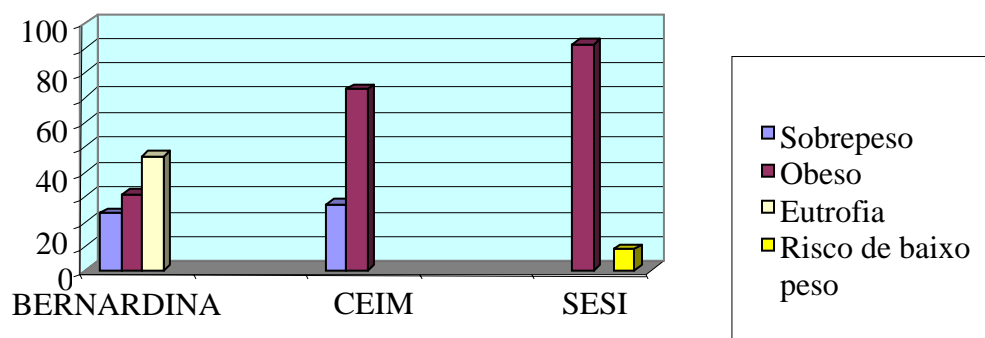
### 4.1. Avaliação Antropométrica

Os dados referentes à altura dos sujeitos da pesquisa revelam uma variação relativa entre as crianças, destaca-se que no grupo pesquisado no SESI os meninos são, em média, 8 cm maiores que os alunos do CEIM e o grupo de meninas do SESI são, em média, 10 cm maiores que o grupo pesquisado no CEIM, o grupo pesquisado na escola Bernardina fica na média entre os dois grupos.



**FIGURA 1: Classificação das categorias a partir do IMC para o grupo de crianças (n=35) estudadas, segundo tabela NCHS (2000).**

O peso das crianças foi analisado em termos de grupo, constando-se que 22 crianças (63%) foram classificadas na categoria “obeso”. A pesquisa identificou 17 crianças classificadas como “não obesa”, sendo que 6 crianças (17 %) foram classificadas na categoria “sobrepeso”, 6 crianças (17 %), foram classificadas na categoria “eutófica” e 1 criança (3 %), foi classificada na categoria “risco de baixo peso”. A maior incidência de crianças obesas foi encontrada na escola particular SESI. Nesta escola foram classificadas 10 crianças (91%) da população, como obesas, sendo que a prevalência de crianças obesas na população estudada é de 22 crianças (63, 2%) e de sobrepeso é de 6 crianças (17 %) da amostra total.



**FIGURA 2: Distribuição das crianças estudadas nas escolas (n=35) quanto a categoria, segundo a tabela NCHS (2000).**

Na análise de dados foi possível identificar crianças nas quatro categorias de avaliação possíveis: “risco de baixo peso”, “normal” (eutrofia), “sobrepeso” e “obesidade”, segundo NCHS (2000).

A Escola Municipal Bernadina Corrêa de Almeida detém a maior porcentagem, 46%, na amostra estudada, de estudantes avaliados com sobrepeso, enquanto que no CEIM Décio Rosa Bastos esta porcentagem corresponde a 27%, não sendo verificada a existência de crianças com estas características na Escola SESI – Centro de Atividades Mário Amato.

Em relação ao peso normal (eutrofia), somente na Escola Municipal Bernadina Corrêa de Almeida é que foram identificados crianças com peso dentro dos parâmetros propostos pela WHO (1995), com o percentual correspondente a 6 crianças (46%), da amostra estudada na escola. Quanto ao risco de baixo peso, foram identificadas crianças com esta característica somente na Escola SESI – Centro de Atividades Mário Amato, correspondendo a 9% da amostra da escola (1 criança).

Quanto à classificação do peso corporal, pode-se perceber que na Escola SESI (Centro de Atividades Mário Amato) os resultados obtidos indicam a maior proporção de sujeitos pré-escolares obesos,(91%), enquanto que a amostra do CEIM Décio Rosa Bastos possui 73% de obesos e a Escola Municipal Bernadina Corrêa de Almeida apresenta o menor índice de obesidade, correspondente a 31%, do total, figura 2.

Após a realização do procedimento padronizado para o levantamento do IMC (índice utilizado como referência para a determinação da classificação da massa corporal, segundo COLE (2000) apud ALMEIDA (2004), para crianças de 5 a 6 anos do sexo masculino um IMC igual ou superior a 17,4 e para meninas, da mesma faixa etária, um IMC igual ou superior a 17,2 implica na classificação sobrepeso, já um IMC igual ou superior 19, 3, para meninos, e 19,2 para meninas implica na classificação obeso).

A análise total dos dados revelou que 22 crianças (63%), foram classificados na categoria obeso, sendo 8 crianças (36,4 %), do sexo feminino e 14 crianças (63,6 %), do sexo masculino.

Com relação à classificação do IMC, na Escola Municipal Bernadina Corrêa de Almeida, os dados obtidos, indicam que: 46% (6 sujeitos) da amostra tem peso normal (eutrofia), 23% (3 sujeitos) apresentam sobrepeso, e 31% (4 sujeitos) foram classificados na categoria “obesidade”, conforme a classificação proposta por COLE (2000). A parcela de peso normal (eutrofia) desta amostra é constituída por 50% (3 sujeitos), do sexo masculino, e 50% (3 sujeitos) do sexo feminino; a parcela que apresenta sobrepeso é composta por 25% (1 sujeito) do sexo masculino, e 75% (2 sujeitos) do sexo feminino. Já a de obesos, é composta por 75% (3 estudantes) do sexo masculino e 25% (1 sujeito) do sexo feminino.

Os dados obtidos no CEIM Décio Rosa Bastos indicam que: 73% (8 sujeitos) da amostra são obesos, e 27% (3 sujeitos) se enquadram na categoria “sobrepeso”. A



parcela obesa desta amostra é constituída por 50% (4 sujeitos) do sexo masculino e 50% (4 sujeitos) do sexo feminino e a parcela de “sobrepeso” é composta por 75% (2 estudantes) do sexo masculino e 25% (1 estudante) do sexo feminino.

Na Escola SESI (Centro de Atividades Mário Amato) os dados indicam que: 91% (10 sujeitos) da amostra são obesas e 9% (1 sujeito) tem risco de baixo peso, conforme a classificação proposta por Cole (2000). A parcela de obesidade desta amostra é constituída por 70% (7 sujeitos) do sexo masculino e 30% (3 sujeitos) do sexo feminino (30%); a parcela de risco de baixo peso é composta por 1 sujeito do sexo masculino.

#### **4.2 Avaliação Psicodinâmica do Auto-conceito**

Com relação à avaliação psicodinâmica realizada pelo HTP, observou-se que as crianças em fase pré-escolar, público alvo desse estudo, descrevem-se principalmente pelas características físicas, habilidades motoras e atributos, como nome ou sobrenome (aspectos externos) e, também, por aspectos internos, como por exemplo, insegurança.

A análise do HTP revelou que 60% de todos os sujeitos (21 crianças) do estudo apresentam sentimentos de inadequação em relação ao grupo social, sendo 7 crianças (20 %) da Escola Bernardina Correia de Almeida, 8 crianças (23%) do CEIM Décio Rosa Bastos e 6 crianças (17%) da Escola SESI. Apenas 1 criança (3%) da Escola Municipal Bernardina C. de Almeida apresenta dificuldades nas relações interpessoais, 7 crianças (20%) apresentam falta de energia e dificuldade de compreensão. 4 crianças (11%) mostra agressividade. Foram encontradas, ainda, características, como simpatia em 35 crianças, representando 100% da amostra, 22 (63%) apresentaram flexibilidade, já 15 crianças (42%) apresentaram bom nível intelectual, 33 crianças (94%) revelaram

boa sociabilidade, 17 crianças (47%) mostra cautela e 10 crianças (28.7%) mostra equilíbrio entre consciente e inconsciente.

Os resultados obtidos no teste projetivo H.T.P., utilizado para a realização da avaliação da imagem corporal. Como os resultados obtidos apontam para a normalidade, de acordo com a faixa etária. Após o procedimento completo da aplicação do HTP (realização dos desenhos e inquérito), as crianças respondiam a duas perguntas complementares elaboradas pela pesquisadora. A primeira questão: “Como você se vê fisicamente?”. A análise das respostas mostrou que 11 crianças (31,4%) da amostra, achavam-se “gordos”, desses 11 sujeitos, 2 crianças (18,1%) conceituaram-se como “gordos e/ou feios”, 8 crianças (72,8%), são de fato obesas e 2 crianças (18,1%) têm sobrepeso e 1 criança (9,1%) é eutrófica. As crianças não apresentaram argumentos para justificar tal observação, afirmavam apenas que eram assim. A segunda questão foi realizada apenas para os sujeitos que se auto-avaliaram como “gordos e/ou feios”. A pergunta era: “Alguém disse isso à você?” 10 crianças (90%) disseram que não, apenas 1 criança (10 %) afirmou que a mãe, a classificava assim, quando estava nervosa.

### **4.3 Avaliação dos Hábitos Alimentares**

Com relação aos hábitos alimentares dos pré-escolares das três instituições de ensino pesquisadas, levantados pelo questionário de hábitos alimentares respondidos pelos pais, foi possível identificar que a maioria deles, ou seja, 28 pais (80%) demonstram não se preocuparem com o controle da alimentação dos filhos. Apesar dessa tendência, a maioria dos pais, 21 deles (60 %), consideram a obesidade infantil como um problema. Por outro lado, 14 pais (40 %) não consideram uma criança gordinha como um problema. Outro aspecto que chama atenção é o fato de 22 pais (62,9 %) permitirem que as crianças comam a qualquer hora, enquanto que 26 pais (74,2 %)

não colocam limite na porção servida pelas próprias crianças. Das crianças estudadas, 27 (77,1%) consomem refrigerante durante as refeições e dessas, 23 crianças (65,7 %) bebem refrigerante todos os dias. A maioria dos pais, 80 %, compreendendo 28 pais, permitem que seus filhos escolham seus alimentos, que são em sua grande maioria alimentos com alto teor calórico (farináceos, açúcares e carboidratos) e pouco nutritivos. Não foram encontradas diferenças de hábitos alimentares entre obesos e não obesos.

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

Em relação à altura, que não há variação expressiva, pois os resultados encontram-se dentro do padrão esperado para a faixa-etária estudada.

No que se refere as categorias obeso e não obeso, o maior índice de obesidade ocorreu na escola classificada como de nível sócio-econômico médio-baixo, e esse aspecto vai ao encontro dos dados descritos por MONTEIRO *et al* (1995), que afirma, baseado nos resultados da aplicação de inquéritos nacionais sobre estado nutricional de crianças brasileiras nos anos de 1974, 1975 e 1989, que a prevalência da obesidade aumenta de acordo a com renda. DAMIANI e *cols* (2000) afirmam que o aumento exagerado do consumo de alimentos ricos em gordura e com alto valor calórico, associado ao excessivo sedentarismo condicionado por redução na prática de atividade física e incremento de hábitos que geram baixo gasto calórico, como assistir TV, uso de vídeo games e computadores, entre outros, enfim por importante mudança no estilo de vida, determinada por fatores culturais, sociais e econômicos. Enquanto que para YANOVSKI & YANOVSKI (2002), a influência dos micro e macro ambientes no desenvolvimento do ganho excessivo de peso em crianças de 5 a 9 anos de idade foi confirmado em estudo que demonstrou ser a prevalência de sobrepeso mais que o dobro em alunos matriculados na rede de ensino privado, 13,4%, quando comparadas aos da rede de ensino público, 6,5% e de obesidade quase o triplo, 7,0% vs 2,7%.

É importante destacar que a maioria das pesquisas demonstra uma prevalência maior da obesidade no sexo feminino (população infantil e adulta), não havendo causas bem definidas para essa ocorrência (COUTINHO, 1999 e OLIVEIRA, 2003). Por outro lado WHO (1996) sugere que a maior prevalência da obesidade neste sexo se deve ao fato de que o excesso de energia é preferencialmente estocado sob a

forma de gordura e não de proteína, como acontece no sexo masculino. Avaliações de medidas de pregas cutâneas revelaram que meninas tendem a ter maior quantidade de tecido adiposo que os meninos, sendo a fase púbere o período de gradativo aumento de peso que se perpetua na adolescência (CONSENSO LATINO-AMERICANO DE OBESIDADE, 2006).

Embora as diferenças entre os sexos tenham sido observadas quanto à classificação do peso, esses resultados devem ser vistos com cautela em virtude da amostra reduzida de crianças que fizeram parte deste estudo, bem como pelo fato da faixa etária estudada ainda não estar sob a ação mais intensa dos hormônios que determinam o maior acúmulo de tecido adiposo nas meninas, e nos meninos o incremento do compartimento de massa magra (OLIVEIRA *et al.*, 2004).

A análise dos dados obtidos no inquérito com as crianças estudadas no presente estudo, durante a aplicação do H.T.P., revelou que não é possível afirmar que a obesidade seja responsável por uma imagem corporal negativa. Com base em revisão da literatura, FRIDEMAN & BROWNELL (1995) destacaram dois aspectos relativos que podem também contribuir para a imagem corporal: insatisfação e distorção da imagem corporal. Quanto à insatisfação, um sentimento negativo em relação ao corpo, os autores verificaram que ela parece estar associada à obesidade, enquanto que a distorção da imagem corporal, um elemento que implica em perceber o próprio corpo de uma forma exagerada e próximo até da patologia, foi associada à obesidade.

De acordo com os autores anteriormente referidos, os aspectos físicos da obesidade têm sido documentados com detalhes. Contudo, os correlatos psicológicos do excesso de peso carecem ainda de mais estudos. Neste contexto, entre as variáveis psicossociais que carecem de estudos, coloca-se a imagem-corporal, bem como sua associação à obesidade. As características de personalidade (elementos) indicadas no

presente estudo podem ser classificados, segundo BUCK (2003), dentro da normalidade (anexo 4)

Por esse motivo podemos pensar que para as crianças do presente estudo a obesidade ainda não se constituiu como um problema que tenha afetado seu autoconceito global e nem a percepção de sua aparência física. Esses resultados vão na mesma direção dos obtidos por GALINDO *et al.* (2002), que apontam que nas crianças estudadas, nem sempre predominou uma imagem negativa de seus corpos e nem todos se achavam gordos, embora a maior parte delas manifestasse descontentamento com seus corpos. Porém esse descontentamento não se dá, necessariamente, apenas pelo fator obesidade. Alguns autores, entre eles FOSTER, WADDEN & VOGT (1997), LEONHARD & BARRY (1998) e OGDEN & EVANS (1996) *apud* ALMEIDA, LOUREIRO & SANTOS (2002), sustentam a idéia de que a insatisfação com o próprio corpo parece estar relacionada às exigências sociais e culturais de aparência. Contudo, de acordo com CATANEO *et al* (2005), em geral, estudos que abordam crianças em fase escolar e adolescentes obesos, utilizando entrevistas como forma de investigar as auto-percepções, relatam grande incômodo com o ser gordo, ser alvo de comentários depreciativos e a manifestação do desejo de emagrecer para grande parte das crianças. Ainda, segundo CATANEO *et al* (2005), do ponto de vista da assistência a esse grupo de sujeitos, é necessário conhecer as demandas reais da criança com vistas a se ter um prognóstico de seu envolvimento no tratamento.

De acordo com ESCRIVÃO *et al* (2000), a detecção do excesso de gordura durante a infância é importante por permitir uma intervenção precoce e assim evitar as complicações futuras decorrentes da obesidade. Quanto mais idade tiver a criança e maior for o excesso de peso, mais difícil será a reversão do quadro de obesidade e maiores serão as conseqüências desse fato, pois a criança, por um lado, já terá

incorporado hábitos alimentares e, por outro lado, já sofrerá com as conseqüências de alterações metabólicas.

Dessa forma, os mesmos autores afirmam que os hábitos alimentares influenciam de forma marcante o balanço energético, confirmando dados de literatura, que dizem que a transição nutricional, que vem acontecendo nos últimos anos apresenta características próprias em cada país. No entanto, elementos comuns convergem para a chamada dieta ocidental, que consiste em uma alimentação rica em gorduras, sobretudo as de origem animal, açúcar e alimentos refinados, além de reduzida ingestão de carboidratos complexos de fibras, que favorecem o estoque energético.

As pesquisadoras CATANEO *et al* (2005) afirmam que não há indicadores de problemas emocionais em crianças pequenas, obesas, em maior proporção. Para as autoras, 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. As autoras afirmam, ainda, que ser gordo não significa ter problemas psicológicos.

É preciso desmistificar a 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 (CATANEO *et al*. 2005).

Algumas observações sobre as limitações do presente estudo devem ser colocadas: o tamanho da amostra foi reduzido e a participação dos sujeitos envolvidos não se deu por uma escolha aleatória da pesquisadora. Também não foram escolhidas aleatoriamente as escolas que seriam alvo do estudo. A coleta de dados foi realizada num período (inverno) em que as crianças estavam faltando bastante às aulas, por

estarem com problemas respiratórios ou com doenças infecto-contagiosas, o que reduziu o número de crianças que puderam participar. As crianças estudadas foram aquelas que estavam freqüentando a escola.

Os resultados deste estudo convergem com as observações de DAMIANI, DAMIANI & OLIVEIRA (2002), com relação aos cuidados com as generalizações sobre perfis de crianças obesas, especialmente, quando se trata de associar à obesidade certos traços de personalidade ou atribuir problemas emocionais.

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. A mudança de hábitos alimentares, a inclusão de atividades físicas regulares e a diminuição de atividades classificadas como sedentárias implicam na conscientização da população (incluindo aqui os profissionais da saúde) e na adoção de políticas públicas que favoreçam o enfrentamento dessa “epidemia mundial” que é a obesidade.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A obesidade se configura, nos dias atuais, como um problema de saúde pública e, como indicam os dados obtidos no presente estudo, tanto pais como médicos não podem ter como referência, para o julgamento da obesidade, apenas a aparência ou o peso da criança. Entre os resultados do presente estudo, destacam-se o número elevados de sujeitos que foram enquadrados nas categorias “obeso” (63%) e “sobrepeso” (17 %). Esse fato pode ser considerado como um indicativo da importância da realização da avaliação nutricional e que, futuramente, esse procedimento deveria ser incorporado à rotina da consulta pediátrica, para que, dessa forma, fosse possível a detecção e o tratamento dessa condição ainda nas fases iniciais da infância. Por esse motivo, o enfoque deste estudo foi a criança em fase pré-escolar.

Diante do aumento das prevalências de obesidade, torna-se urgente estudar estratégias que permitam o seu controle. As práticas alimentares são destacadas como determinantes diretos dessa doença e a educação nutricional tem sido apontada como tática a ser seguida para que a população tenha uma alimentação mais saudável e, dessa forma, um peso adequado. Os estudos que têm avaliado associações da obesidade com o nível de conhecimento de nutrição e com as práticas alimentares em pré-adolescentes brasileiros são escassos. Neste sentido, é imprescindível o desenvolvimento de estratégias de avaliação que permitam o diagnóstico precoce da obesidade e também da tendência à obesidade para que, assim, sejam elaboradas propostas de intervenção baseadas na prevenção da doença.

Porém, estudos de intervenção, que utilizaram como uma das estratégias a educação nutricional nas escolas, mostram que houve apenas o aumento dos conhecimentos e a melhora de algumas atitudes e práticas alimentares. MULLER *et al*

(2001), ressaltam que é improvável que, intervenções isoladas numa única área, resolvam o problema da obesidade. Esses autores afirmam que devem ser consideradas também, a influência dos pais, a pressão dos colegas, a publicidade e a auto-imagem, entre outros, no desenvolvimento de estratégias para enfrentar a complexidade das causas. Ressalta-se que as crianças mostraram poucos conhecimentos sobre aspectos de nutrição. Estudos brasileiros observaram que os conceitos sobre alimentação e nutrição fornecem informações desatualizadas e incompletas sobre o papel da dieta na prevenção de doenças crônicas e que existem grandes desconexões nesse ensino.

Em busca de novas estratégias de combate à obesidade, a educação nutricional vem sendo abordada como novo binômio a ser seguido – educação/nutrição, além do renda/nutrição. As crianças têm poucos conhecimentos em nutrição e hábitos alimentares, evidenciando que as escolas, os pais e a mídia têm veiculado mensagens insuficientes e ineficazes de hábitos alimentares mais saudáveis. A relação entre conhecimentos em nutrição e estado nutricional sugere que outros fatores, como falta de ambiente favorável na praticabilidade das intenções de melhorar a qualidade da dieta, são fundamentais para modificar o estado nutricional ou prevenir a obesidade.

As intervenções, portanto, devem ir muito além de apenas promover conhecimentos nutricionais. São necessárias ações integradas que visem a saúde das crianças, envolvendo famílias, escolas, comunidades e indústria alimentícia, além de um sistema de saúde que priorize a prevenção de doenças. Para promover hábitos alimentares mais saudáveis, e, conseqüentemente, diminuir os índices de obesidade, acredita-se que seja importante que as pessoas tenham conhecimentos de alimentação e nutrição. Porém, estudos não encontraram diferenças significativas entre conhecimentos em nutrição de crianças e adolescentes obesos e eutróficos. Por outro lado, pesquisas que utilizaram educação nutricional como uma das estratégias de intervenção relataram

melhora nos conhecimentos nutricionais, atitudes e comportamento alimentar, influenciando também nos hábitos alimentares da família. Entretanto, o conhecimento parece não ser suficiente para mudar a prática alimentar, levando a modificações no IMC.

Assim, no âmbito do presente estudo, não foram identificadas diferenças entre crianças pré-escolares obesas e não obesas quanto às características de personalidade obtidas pelo Teste projetivo H.T.P., na avaliação psicodinâmica do autoconceito. Como nos estudos realizados com escolares, que utilizou a avaliação de autoconceito e a avaliação comportamental da criança, feita pelos pais, compararam três grupos de crianças de 9 a 12 anos, 92 obesas em tratamento, 47 obesas que não estavam em tratamento e 150 não obesas. O estudo encontrou diferenças significativas entre os três grupos, mostrando que as crianças que estavam em tratamento apresentavam um autoconceito negativo em relação às demais e verificaram que, para esse grupo, em particular, suas mães relataram mais problemas comportamentais. É importante ressaltar que a divergência entre o presente estudo e os outros estudos, provavelmente tenha ocorrido devido à diferença de público entre os dois estudos, ou seja, o presente trabalho, tem como população pré-escolares, que de acordo com PALÁCIOS & HIDALGO, *apud* COLL e cols. (1995), ainda estão elaborando o seu autoconceito o estudo de BRAET, MERVIELDE & VANDEREYCKEN (1996), a pesquisa foi realizada com escolares, população da qual se espera um autoconceito global e específico já elaborado.

Quanto à imagem corporal das crianças deste estudo é possível que elas (sujeitos) tenham tido dificuldades no entendimento da questão. É perceptível que a pergunta formulada "Como você se vê fisicamente?", pode não ter sido compreendida,

conforme se pretendia, causando confusão na resposta. Ou seja, não ficou claro o objetivo da questão, que tinha por intenção complementar o teste H.T.P. na investigação da imagem corporal da amostra.

Por outro lado, o presente estudo corrobora com o que tem sido relatado na literatura, denotando uma associação entre hábitos alimentares menos saudáveis e obesidade, a partir dos dados obtidos através do questionário para pais. Os hábitos alimentares menos saudáveis, quando levado em consideração o nível de consciência dos pais, quanto às práticas alimentares saudáveis e adequadas, podem ser fortemente associadas à obesidade. Pois os pais não tem controle sobre a conduta alimentar das crianças estudadas, deixando que a própria criança regule sua alimentação, não colocando limites nas porções e no uso de refrigerante, por exemplo. Embora grande parte dos pais que participaram do estudo, reconheça que a obesidade em crianças entre 5 e 6 anos seja preocupante, não promovem mudanças em seus hábitos. Esse fato leva à reflexão sobre as limitações dos instrumentos respondidos pelos pais, inclusive o utilizado. Escolher ou elaborar um instrumento adequado não é tarefa fácil, já que as pessoas são influenciadas pela sua habilidade cognitiva, seu *status* e pela maneira como as perguntas são feitas. Além disso, as práticas alimentares da criança em fase pré-escolar mudam rapidamente, e são menos hábeis em recordar, estimar e cooperar em avaliações dietéticas, juntando-se a isso a falta de controle dos pais, sobre os hábitos alimentares de seus filhos.

Há divergência na literatura sobre qual seria o melhor método de avaliação da dieta de crianças nessa faixa etária. Considerando o exposto acima, LIVINGSTONE & ROBSON (2000), sugerem que, somente a partir dos sete ou oito anos de idade, há um rápido aumento da habilidade das crianças em auto-relatarem a quantidade de alimentos consumidos, sem a assistência de seus pais. Esses achados têm sido

endossados por outros autores, que argumentam que, nessa faixa etária, há uma inabilidade em conceitualizar frequências e médias.

Porém, escolheu-se um questionário simplificado para ser feito aos pais, por ser considerado um método que pode ser de fácil entendimento, reduzindo tempo e custos envolvidos na administração e análise. Além disso, o objetivo deste estudo era apenas de verificar algumas práticas alimentares mais citadas na literatura como relacionadas à obesidade, sem a pretensão de quantificar nutrientes e calorias. É importante salientar que o presente estudo é um dos primeiros a levantar possibilidade de verificar precocemente o auto-conceito em crianças obesas, podendo levar a um viés de aferição. É possível que a utilização de outros instrumentos de avaliação de hábitos alimentares, levem os pais a relatarem suas práticas alimentares de forma mais acurada e fidedigna. Também é possível que aquelas crianças, cujas famílias são mais conscientes dos hábitos alimentares saudáveis, podem relatar práticas que elas sabem ser as mais saudáveis, mas que, não são necessariamente, as praticadas.

Por não ser uma amostra populacional representativa, embora tenha suas peculiaridades, como, faixa etária e ser predominantemente de nível sócio-econômico médio-baixo e baixo, não se pode dizer que os resultados obtidos, pela avaliação psicodinâmica de auto-conceito e questionário para pais, podem ser extrapolados para outras populações de crianças de escolas públicas e privadas brasileiras, na faixa etária estudada, carecendo, portanto, de novos estudos que investiguem com profundidade os determinantes dos desvios nutricionais nas comunidades e que testem estratégias de controle da obesidade, necessárias para impedir o avanço desta epidemia. Os achados mostraram, também, a necessidade de se avaliar melhor e aperfeiçoar os instrumentos de investigação do hábito alimentar de crianças, a fim de minimizar ao máximo os potenciais vieses.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ADAMS, G. R. Physical attractiveness research: toward a developmental social psychology of beauty. *Human development* 20: 217-239,1977.

ALMEIDA, C. A. N. *De gordinhos a fofinhos: Um manual dirigido aos pais e profissionais envolvidos com a obesidade infanto-juvenil*. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC, 2004.

ALMEIDA, G.A.N., LOREIRO, S.R. e SANTOS, J.E. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da Figura Humana. *Psicologia: Reflexão Crítica*, vol. 15 nº 2. Porto Alegre, 2002.

ALMEIDA FILHO, N. *Epistemologia das desordens mentais da infância no Brasil*. Salvador: CED da UFBA, 1985.

ALVES, A. K. L. *Obesidade na infância: A hora de alertar*. Disponível em <http://www.epub.org.br/nutriweb/n0201/obesinfancia.htm>> Acesso em 04 de abril de 2004.

ASSMAR, E., JABLONSKI, B. e RODRIGUES, A. *Psicologia Social*. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

ATTIE, I. e BROOKS-JUNN, J. *Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study*. *Dev Psychol* 1989; 25:70-79.

BANDURA, A. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

BARBOSA, V. L. *Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência – Exercício, Nutrição e Psicologia*. Editora Manole. 2003.

BARROS, C. S. G. *Pontos de psicologia do desenvolvimento*. São Paulo: Editora Ática, 1987.

BAUGHUM, A. E., CHAMBERLIN L. A., DEEKS C.M., POWER S.W e WHITAKER, R.C. *Maternal perceptions of overweight preschool children*. *Pediatr* 2000; 106(6):1380-1386.

BEE, H. *A criança em desenvolvimento*. 3. ed. São Paulo: Habra, 1996.

BRAET, C., MERVIELDE I. e VANDEREYCKEN, W. *Psychological aspects of childhood obesity: A controlled study in a clinical and nonclinical sample*. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 59-71,1997.

BLUMENKRANTZ, M. *Obesity: the world's metabolic disorder*. Beverly Hills. <Disponível em [http:// www.quantumhcp.com.obesity.htm](http://www.quantumhcp.com.obesity.htm) > 1997.

BOCK, A. M. B. *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

BRAY, G. A. Pathophysiology of Obesity. *Am. J. Clin. Nutri.* , 55: 488s – 94s, 1992.

BROOK, O. G., e ABERNETHY, E. Obesity in children. *Humam Nutri. Appl. Nutr.* 39 304 –314. 1995.

BRUSH, H. Eating disorders. In: Anaruma, S. M. Autoconhecimento – um dos caminhos no tratamento da obesidade. *Inform Pisq.* 14(1):23-26, 1995

BUCK, J. *H.T.P. Manual e guia de interpretação (casa, árvore e pessoa): técnica projetiva do desenho*. São Paulo: Vetor, 2003

CAMPOS, F., CAMPOS, F. R. A., CUNHA, Jr., H. P.e ROCHA, J. A. Etiologia da obesidade em Lactentes. *Jornal de Pediatria*, 58 (4), 1985.

CANDY, C. M e FEE. V. Underlying dimensions and phiscometric properties of the eating behaviors and body image test for Preadolescent Girls. *Journal of clinical Child Psychology*,27,117-127.1998.

CASH, T. F. Body-image attitudes among obese enrollees in a commercial weight-loss program. *Perceptual and motor Skill*, 77 ( 3), 1009 – 1103.1993.

CATANEO, C., CARVALHO, A.M.P. e GALINDO, E.M.C. Obesidade e aspectos psicológicos: Maturidade emocional, autoconceito, *lócus* de controle e ansiedade. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), p. 39 - 46 2005.

COLE, T. J. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320: 1240-3, 2000.

COOL, C., PALÁCIOS, J. e MARCHESI, Á. *Desenvolvimento psicológico e educação: Psicologia Evolutiva*. vol. 1. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

COOPERSMITH, S. *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, 1967.

CONSENSO LATINO-AMERICANO DE OBESIDADE. Disponível em <<http://www.abeso.com.br.htm>>. Acessado em 17 de março de 2006.

COUTINHO, W. Consenso Latino – americano de obesidade. *Arq. Brás. Endocrinal Metab.* 87 (7): 3022-6, 1999.

DAMIANI, D., CARVALHO, D. P. e OLIVEIRA, R.G. Obesidade na Infância – um grande desafio! *Pediatria Moderna*, 36 (8):489-523, 2000.

DAMIANI, D., DAMIANI, D. e OLIVEIRA, R. G. Obesidade – fatores genéticos ou ambientais? *Pediatria Moderna*, 38, 57-80, 2002.

DECHEN, S., CANO, M. A. T. e RIBEIRO, R. P. P. *A obesidade na adolescência e seus reflexos na auto-imagem corporal*. 8º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP: Riberão Preto.2000.

DIAS, J. C. A. *A criança obesa*. In: MUNDIM, E. R. Obesidade: reflexos. Minas gerais: Rev. Med 1996; 6(1):20-25. XX Congresso Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia, 1992.

DIETZ, W. H. Critical periods for the development of obesity. *Am. J. Clin. Nutr.* 59 : 955 – 959. 1994.

ECKERSLEY, R. M. Losing the battle of the bulge: causes and consequences of increasing obesity. *Med. J Aust.* 174:590-2. 2001.

ESCALONA, S. K. Feeding Disturbances in Very Young Children. *Journal of Orthopsychiat.*, 15:76, 1945.



ESCRIVÃO, M. A. M. S., OLIVEIRA, F. L., TADDEI, J. A. A. C. e LOPEZ, A. Obesidade exógena na infância e na adolescência. *J Pediatr.* [Rio de Janeiro] 76 Supl. 3: 305 -10, 2000.

FABRIL, FREITAS e MENDES, L. *Estudo sobre estado nutricional de crianças em idade pré-escolar em creches do município de Dourados, MS.* Unigran, 2000.

FADIMAN, J. e FRAGER, R.. *Teorias da personalidade.* São Paulo: Harbra, 2002.

FERNANDES, J. T. *Avaliação antropométrica dos pré-escolares matriculados em escolas municipais de educação infantil (EMEIS) do município de Mogi-Guaçu – SP.* Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 2002.

FRIEDMAN, M. A. e BROWNELL, K.D. Psychological correlates of obesity: Moving, to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117(1),3-20.1995

FILHO, J. F.. *Avaliação Física.* Ribeirão Preto: Vermelhinho,1997.

FISBERG, M. *Obesidade na infância e adolescência.* São Paulo. Fundo Editorial BYK, 1995.

FLAHERTY, D. e JANICAK, P.G. *Psiquiatria, diagnóstico e tratamento.* Artes Médicas: Porto Alegre, 1995.

FRANCISCHI, R.P.P., PEREIRA, L.O., FREITAS, C.S., KLOPFER, M. SANTOS, R.C.; VIEIRA, P. e LANCHÁ JUNIOR, A.H. Obesidade: atualização sobre etiologia, morbidade e tratamento. *Nutrição*, vol. 13 nº 1 ene/abr. 2000.

FREDEEN, R.C. Cup Freeding of Newborn Infants. *Pediatrics*, 2:544, 1948.

FOLGATO, M. *No Brasil: 70 milhões acima do peso.* *Jornal O Estado de São Paulo.* 2 de fevereiro de 2003.

GALINDO, E. M.C., CARVALHO, A. M.P., BUGLIANI, M.A.P., NETTO, J. R. DA C., MINTO, E.C., DACANAL, J.N. e MONTALVÃO, T. A.G. *A imagem corporal e o autoconceito de pré-adolescentes obesos.* Resumos de comunicações científicas da XXXII Reunião Anual de Psicologia (p. 357-358). Florianópolis, SC: Sociedade Brasileira de Psicologia, 2002.

GESEL, A. *A criança dos 0 aos 5 anos*. São Paulo: Martins Fontes, 1996

CABANACH, R.G. e ARIAS V.A. *Características afectivo-motivacionales de los estudiantes com dificultades de aprendizaje*. In: SANTIUSTE BERMEJO, V. & BELTRÁN LLERA, J. (Ed.) *Dificuldades de aprendizaje*. España: Editorial Sintesis, 1998.

GRUBTIS, S. *A construção da identidade infantil: a sóciopsicomotricidade Romain-Thiers e a aplicação do espaço terapêutico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

GRUNSPUN, H. *Distúrbios neuróticos da criança*. 4. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1987.

HAMMER, E. F. *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. 1976. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

HAMMER, L. D. The development of eating behavior in childhood. *Ped. Clin. North. Am.* 39 ( 3 ) : 379 – 394 – 1992.

JEBB, S.A *A etiology of obesity*. British Medical Bulletin, London, v.53, n 2, p 264-285, 1997.

KAIL, R. *A criança*. São Paulo: Pretenci- Hall, 2004.

KATZ, A. Vencendo a gulodice. Ajude você mesmo. In: Anaruma SM, *Autoconhecimento – um dos caminhos no tratamento da obesidade*. *Inform. Psiq.* 1995; 14 (1): 23-26.

KOLCK, O. V. L. *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: EPU,1984.

KLUCKOHN,C., SCHNEIDER D. e MURRAY, H.A. *Personalidade na natureza, na sociedade e na cultura*. Belo Horizonte: Itatiaias 1995.

LAUDANNA, E. *Obesidade infantil X desenvolvimento*. Sanavita, São Paulo, out. 2003. Disponível em: <<http://www.sanavita.com.br/sanavita.exe/texto?codigo=298>>. Acesso em 15 de fev. de 2004.

LIVINGSTONE M.B. e ROBSON P.J. Measurement of dietary intake in children. *Proc Nutr. Soc.* 59:279-93, 2000.

McDOUGALL, J. *Psicanalistas de hoje*. São Paulo: Via lettera; 1999.

MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

MICELE, M. *A auto-estima*. São Paulo: Paulinas, Loyola, 2003.

MULLER M.J., MAST M., ASBECK I., LANGNASE K. e GRUND A. Preventions of obesity – it is possible? *Obes Rev* 2:15-28, 2001.

MONTEIRO, C.A., MONDINI, L., SOUZA, A.L.M. e POPKIN, B.N. *Da desnutrição para a obesidade: transição nutricional no Brasil*. In : MONTEIRO, C.A. Velhos e novos males da saúde no Brasil – A evolução do país e suas doenças. São Paulo : Hucitec, p. 247 – 55,1995.

MORRIS, C.G. e MAISTO A. A. *Introdução à psicologia*. Pretenci-Hall: São Paulo, 2004.

MUNDIM, E.R. Obesidade: reflexões. Minas gerais: *Ver. Méd.* 1996; 6(1): 20-25.

MUSSEN, P.H., CONGER, J.J., KAGAN, J.E. HUSTON, A.C. *Desenvolvimento e Personalidade da Criança*. São Paulo: Harbra, 1998.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (NCHS) grow curves for children. Birth 18 years. United States. *Vital Health Stat*, 2000.

NEGREIROS, L. *Obesidade infantil não é brincadeira*. Bolochinha, Belo Horizonte, fev. 2004. Disponível em: <<http://www.bolochinha.com.br>> Acesso em: 15 de fev. de 2004.

NEWCOMBE, N. *Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

NÓBREGA, F.J. e CAMPOS, A.L.R. *Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

OLIVEIRA, A.M.A, CERQUEIRA, E.M.M.; SOUZA, J.S. e OLIVEIRA, A. C. *Sobrepeso e obesidade infantil: influências de fatores biológicos e ambientais em feira de Santana, BA.*. Departamento de Saúde, Universidade estadual de feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, 2004.

OLIVEIRA, F.L.C. e ESCRIVÃO, M.A.M.S. *Prevenção na infância e adolescência das doenças do adulto*. In: Temas de nutrição em pediatria. Rio de Janeiro: Departamento de nutrição/ SBP 1: 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). El estado físico: uso e interpretación de la antropometría: informe de um comitê de Expertos de la OMS. Genebra. (OMS- *Série de Informes Técnicos*, 854) 1995.

PALÁCIOS, J. e HIDALGO, V. *Desenvolvimento da personalidade nos anos pré-escolares*. In: COLL, C. et al. *Desenvolvimento Psicológico e Educação: psicologia evolutiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, v. 1, 1995.

POPKIN, B.M. e DOAK, C. M. The obesity epidemic is world wide phenomenon. *Nutriton Reviews*, Washington D.C., v. 56, n 4, p. 106 – 114, 1998.

PIAGET, J. *Seis estudos em psicologia*. Rio de Janeiro: Forence, 1995.

RAMOS, M. e STEIN L. *Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil*. *J. Pediatr*, 76 Suppl 3:220-237, 2000.

RAPPAPORT, C. R. *Psicologia do desenvolvimento*. São Paulo: EPU, 1981.

ROGERS, C. *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes, 1976.

SAIKALI, C., SOUBHIA, C., SCALFARO,B. e CORDÁS. Imagem corporal nos transtornos alimentares. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 31. nº 4, 2004.

SAMPAIO, R. CONAR: define novas regras para: Publicidade dirigida a crianças e de alimentos e bebidas. < disponível em: <http://www.aba.com.br/noticias> > acesso em: 10 junho de 2006

SCHILDER, P. *A imagem do corpo*. 2º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SILVA, I. E. O. *A revelação da obesidade no estar-no-mundo da criança obesa*. [Tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1993

SOUZA, E. M de. *Problemas de aprendizagem: crianças de 8 a 11 anos*. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2001.

SPADA, P.V. *Obesidade Infantil: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda.2005.

STAMS G. J., JUFFER, F. e VAN IJZENDOORN, M.H. Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: the case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Dev Psychol.* 35(5): 806-821, 2002.

STORY, M. Study group report on the impact of television on adolescent nutritional status. *J. Adol. Health Care*, 11 (1): 82-85, 1990.

STUNKARD, A.J. e WADDEN, T.A. Psychological aspects of human obesity. In: BJÖRNTORP, P., BRODOFF, B.N. *Obesity*. Philadelphia : J.B. LIPPINCOTT, 1992a. p.352-360

\_\_\_\_\_. Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524-532.1992b.

TADDEI, J.A.A.C. *Desvios nutricionais em menores de 5 anos*. Evidências dos Inquéritos Nutricionais . São Paulo. Tese de livre docência- UFSP. EPM, 2000.

TELES, M. L. S. *Uma introdução à psicologia da educação*. Rio de Janeiro: Vozes, 1980.

THOMPSON, J. K. Body image, eating disorders and obesity. Washington D.C: *American Psychological Association*, 1996.

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*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo. Riberão Preto, SP, 2000.

VILLARES, S.M.F. Obesidade e genética. In: Halpern A. e cols, editor. *Obesidade*. São Paulo: Lemos; 1998, p.67-79.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

YANOVSKI, S. e YANOVSKI, J. Obesity. *N Eng J Méd*, 346(2): 591-602, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva, p.69-73. (Technical Report Series, 797), 1990.

\_\_\_\_\_. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995.

\_\_\_\_\_. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva; 1997.

\_\_\_\_\_. Report of WHO consultation on obesity. Defining the problem of overweight and obesity. In: *Obesity, preventing and managing the global epidemic*. Geneva 1990.