

CATIVO

TESE 616
UERMORJ



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

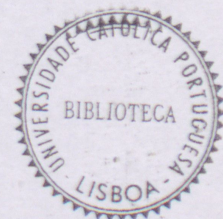
**“Estudo da sintomatologia depressiva e ansiosa em
crianças com e sem obesidade”**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre **Psicologia**,
especialização em **Psicologia Clínica e da
Saúde**

Joana Alexandra da Silva Morgado



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2012



Introdução

A obesidade é uma doença que tem vindo a crescer gradualmente em todos os países do Mundo (DGS, 2005; Bayer, Kries, Strauss, Mitschek, Toschke, Hose, & Koletzko, 2009; Oliveira, Melo, Cintra & Fisberg, 2004). Segundo a WHO é a “epidemia global do século XXI”, alcançando valores iguais ou superiores aos da desnutrição e das doenças infecciosas.

As consequências fisiológicas desta patologia são bem conhecidas, contudo o impacto psicológico desta patologia tem vindo a ser alvo de estudos. Vila, Zipper, Dabbas, Bertrand, Robert, Ricour, & Mouren - Simeoni, (2004) afirmam que foi em 1940 que surgiram os primeiros autores a manifestar interesse no funcionamento psicológico de crianças e adolescentes obesos. Atualmente ainda não existe consenso em torno desta questão, uma vez que os dados obtidos, tanto em estudos longitudinais, como em estudos transversais, são variáveis, exigindo, por esse motivo, um maior cuidado nas suas interpretações (Lamertz, Jacobi, Yassouridis, Arnold & Henkel, 2002).

A obesidade é uma doença crónica, que se caracteriza pela acumulação excessiva de A obesidade é uma doença que consiste na acumulação excessiva de massa gorda ou de excesso de gordura corporal (Rêgo, 2008; WHO,2004). No que respeita à obesidade infantil, esta caracteriza-se por um peso excessivo normalmente “definido como possuindo um índice de massa corporal (relação peso/ altura) igual ou acima do percentil 85 das curvas de crescimento para crianças da mesma idade e sexo” (Papalia, Olds & Feldman, 2001, p. 81).

A obesidade é uma doença multicausal (Borges, Kohler, Leite, Silva, Camargo & Kanunfre, 2007; isto é, são muitos os fatores que contribuem para o seu aparecimento, destacando-se os fatores genéticos, culturais, socioeconómicos, comportamentais (Luiz, Gorayeb, Júnior & Domingos, 2005), psicossociais (Achor et al., 2007) e ambientais (Cecil-Carg & Grogan-Kaylor, 2009). Dos problemas de saúde, destacam-se maiores riscos de problemas de saúde, como hipertensão, problemas cardíacos, asma, diabetes do tipo II e até alguns tipos de cancro (Becker et al., 2008; POST, 2003; Tauber, 2009). Logo a obesidade leva à diminuição da qualidade de vida, mortalidade e morbilidade.

Na Europa, cerca de uma em cada cinco crianças apresenta excesso de peso. Dos países europeus, Espanha, Itália, Grécia e Portugal, são aqueles que apresentam valores mais elevados no que diz respeito à obesidade infantil (Padez, Fernades, Mourão, Moreira & Rosado, 2004; PCO, 2009)

No caso específico de Portugal, a percentagem de crianças que apresentam sobrepeso ronda os 30%, enquanto que a percentagem de crianças com obesidade atinge os 10% (PCO, 2009). Dada a elevada prevalência desta doença na infância e as consequências a ela associadas, torna-se importante compreender este fenómeno, nomeadamente a nível do impacto psicológico que ele possa ter na vida das crianças

A nível psicológico, Lobstein, Baur e Uauy, (2004) referem que existem poucos estudos, embora em interesse crescente, que avaliaram a associação da obesidade com concomitante ou posterior patologia psiquiátrica, tais como estados de depressão ou ansiedade. Existem estudos, que têm associado a ansiedade e a depressão com ganho de peso, pois conduzem a um conjunto mudanças comportamentais, tais como a alteração da dieta alimentar ou da atividade física (Lobstein et al., 2004) . No entanto existem outros autores (Tanofsky-Kraff, Cohen, Yanovski, Cox, Theim, Keil, Reynolds, & Yanovski, 2010) concluíram a não existência de uma relação entre sintomas depressivos e alterações de peso.

Assim, devido à inconsistência dos resultados em torno da relação entre a obesidade, a depressão e a ansiedade vários autores (Luiz et al., 2005; Salim & Bicalho, 2004; Silva, Martins, Batista, Vergueiro & Faria, 2009) sublinham a necessidade de outros estudos, de modo a clarificar tais relações e diferenças entre crianças obesas e não obesas. Além disso, a compreensão desta possível relação revela-se crucial quer para uma avaliação correta, quer para a intervenção multidisciplinar junto da população com obesidade infantil, de modo a torná-las mais eficazes (Ermis, Cetin, Tamar, Bukusoglu, Akdeniz, & Goksen, 2004; Richardson, Davis, Poulton, McCauley, Moffitt, Caspi, & Connell, 2003; Tanofsky-Kraff et al., 2010).

Neste sentido, o objetivo principal deste trabalho é procurar perceber se as crianças com obesidade infantil diferem das crianças sem obesidade em termos de sintomatologia depressiva e ansiosa, de forma a contribuir para o avanço na investigação. Com vista a alcançar os objetivos delineamos o presente estudo à área da Psicologia da Saude onde o objetivo primordial é “a melhoraria da saúde e prevenção da doença (Bennett & Murphy, 1999, p.11)”.

Ao nível da estrutura, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira parte apresentamos uma revisão da literatura, que se divide em três capítulos. No primeiro apresentamos a problemática da obesidade infantil, aprofundando vários aspetos, tais como: dados epidemiológicos, causas e consequências fisiológicas e psicológicas desta doença crónica. Ao nível psicológicos, a depressão e a ansiedade têm sido associadas com o aumento

de peso. Assim, a compreensão desta associação exige que conheçamos estas patologias psiquiátricas, sendo este o objetivo do segundo capítulo. Depois de bem definidas e estudadas estas patologia, procuramos no terceiro capítulo, rever os estudos no sentido de compreender se existem efetivamente associação entre a obesidade infantil, depressão e ansiedade na criança. Na segunda parte do trabalho, procedemos á exposição da investigação empírica realizada, que inclui um capítulo para os aspetos metodológicos, apresentação dos resultados, discussão dos resultados e conclusão integrativa, onde são apresentadas implicações para futuras investigações.

1º Capítulo – Obesidade infantil

A obesidade apresenta-se como uma condição complexa que tem um sério impacto social e psicológico, afetando pessoas de todas as idades e grupos socioeconómicos, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (World Health Organization [WHO], 2008).

Para Tauber (2009), a obesidade é a doença da sociedade moderna, sendo que, atualmente, atinge cerca de 10 a 40% da população adulta.

O aumento substancial do excesso de peso e da obesidade pode levar ao aparecimento de sérias consequências de saúde pública e económica (Yach, Stuckler, & Brownell, 2006).

1.1. Definição e classificação da obesidade

A obesidade consiste na acumulação excessiva de massa gorda ou de excesso de gordura corporal (Rêgo, 2008; WHO, 2004). Outros autores, como Achor, Cima e Brac e Barslund (2007), destacam que esta doença é caracterizada sobretudo pela existência de tecido adiposo superior a 20% do peso corporal, considerando aspetos como a idade, a altura e o sexo da pessoa. A obesidade pode, por isso, resultar de um desequilíbrio no balanço energético, ou seja, a ingestão energética é superior à energia gasta, o que, por sua vez, provoca o aumento do peso corporal e, em consequência, o armazenamento de uma grande quantidade de energia no tecido adiposo (Borgues, Köhler, Leite, Silva, Camargo & Kanunfre, 2007).

A WHO (1998, cit in Rêgo, 2008) define a obesidade como “uma excessiva deposição de gordura corporal necessariamente associada a consequências metabólicas adversas, a um compromisso da saúde física a curto e longo prazo bem como os problemas psicológicos associados não desprezíveis” (p. 31).

Esta patologia é considerada uma doença crónica que se agrava com a passagem do tempo (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2005; Oliveira et al., 2004; Tauber, 2009). Apresenta-se como resultado de um conjunto de fatores e constitui uma forte ameaça para a saúde, na medida em que contribui para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças (DGS, 2005). Trata-se de uma patologia multifatorial que acarreta graves consequências para a saúde física das crianças e dos adolescentes especialmente ao nível da saúde mental, potencializando o desenvolvimento de complicações psicopatológicas (Maia, Silva, Barreiros & Pinheiro, 2009).

Tendo em conta a complexidade e as implicações da obesidade na saúde física e mental já referidas neste trabalho e as quais serão e posteriormente pormenorizadas, torna-se urgente

proceder à realização do diagnóstico desta patologia atempadamente, para que se torne possível impedir a progressão da mesma. É neste contexto que se justifica a existência dos vários métodos disponíveis, como, por exemplo, o exame necrópsico (o mais sensível), a medição das pregas cutâneas, a impedância bioelétrica (BIO) e a densitometria (DXA). Tanto a tomografia computadorizada como a ressonância constituem outros métodos para a avaliação da massa gorda e da sua distribuição corporal (Rêgo, 2008).

De todos os métodos existentes o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) é não só o mais utilizado, mas também o mais simples e fiável, para a determinação da obesidade e do excesso de peso, em crianças e em adultos, sendo que a sua aplicabilidade tanto pode ser individual como coletiva (Goodman, Hinden & Khandelwal, 2000; Ogden, 2000; Oliveira, Albuquerque, Carvalho, Sendin & Silva, 2009; Rêgo, 2008; WHO, 2006). O cálculo do IMC é realizado através da divisão entre o peso (kg) e a altura (m) elevados ao quadrado (DGS, 2006; Oliveira et al., 2009; Tauber, 2010; WHO, 2006). Esta medida é válida dada a existência de uma correlação elevada entre a massa gorda e o valor de IMC (DGS, 2005).

No caso particular dos adultos tanto a WHO (2006) como a DGS (2005) definem como excesso de peso um IMC igual ou superior a 25, e como obesidade um IMC superior a 30.

No que concerne ao diagnóstico desta patologia na infância e na adolescência é necessário que o cálculo do IMC tenha em conta outras variáveis como a idade e o sexo (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000). Neste sentido, a DGS realizou, no ano de 2006, um gráfico orientador do IMC, dos 2 aos 20 anos de idade, no qual constam os valores do IMC para rapazes e raparigas (Kg/m^2) em função da idade (anos). O excesso de peso caracteriza-se por um IMC entre os 85 e 95% e a obesidade define-se com um IMC acima do percentil 95. Importa ainda referir que a WHO (2006) se encontra a elaborar novos padrões de crescimento infantil desde Abril de 2006, inclusive novas tabelas de IMC para crianças e adolescentes, o que indica que brevemente estes valores de referência serão modificados, uma vez que o fenómeno de obesidade infantil se tem alargado a todo o mundo e os padrões normativos utilizados têm sido amplamente afetados, justificando-se assim a necessidade de novas referências internacionais.

A obesidade pode classificar-se de diferentes formas.

A nível morfológico, isto é, de acordo com a sua localização no corpo, podem ser considerados dois tipos de obesidade: a obesidade ginóide ou periférica e a obesidade andróide ou abdominal. A obesidade ginóide caracteriza-se pela acumulação de gordura na parte inferior do corpo, mais especificamente no quadril e nas pernas, sendo mais comum no sexo feminino. Por seu lado, a obesidade andróide é aquela que se acumula na zona superior do corpo, com especial destaque para

o abdômen e tronco (DGS, 2005; Oliveira, et al., 2009) e ocorre com maior frequência no sexo masculino. Estes dois tipos de obesidade acarretam complicações distintas. Na obesidade ginóide, destacam-se sobretudo alterações circulatórias e hormonais, enquanto à obesidade andróide estão associadas complicações metabólicas (diabetes tipo 2 e dislipidemia), doenças cardiovasculares (hipertensão, doença coronária e doença cardiovascular cerebral), síndrome do ovário poliquístico e danos ao nível do revestimento interno dos vasos sanguíneos (National Task Force, 2005, cit in Oliveira et al., 2009).

Devemos também distinguir entre obesidade primária e obesidade secundária (Rêgo, 2008; Tauler, 2010). A obesidade primária não tem uma causa clara, assumindo-se como uma predisposição genética acompanhada de fatores ambientais, que a desencadeiam. Daí que também seja designada por obesidade exógena ou por obesidade nutricional, sendo que esta última definição é considerada por Rêgo (2008) como abusiva e redutora. O mesmo não é defendido por Woiski (1994) que entende que a obesidade primária é a resultante de uma ingestão errada e excessiva de alimentos ricos em carbo-hidratos e gorduras, sendo responsável por 80% a 85% dos casos de obesidade. Já Rêgo (2008) defende que cerca de 94% dos casos ocorre em idade pediátrica.

Ao contrário da obesidade primária, a obesidade secundária tem várias causas, entre as quais se destacam: (1) causas sindrômicas ou sindromáticas (ou seja, relacionam-se com um conjunto de sinais – Síndrome); (2) causas hormonais ou endócrinas (como a obesidade hipotalâmica); (3) causas farmacológicas ou “hidatogénicas” (que advêm do recurso a medicação ou tratamentos prolongados, por exemplo, com cortisona [Rêgo, 2008; Tauler, 2010]); ou finalmente, (4) causas neurológicas (por exemplo sequelas neurológicas ocorridas na sequência de um acidente [Tauler, 2010]).

1.2. Dados epidemiológicos

A obesidade é uma doença que tem vindo a crescer gradualmente em todos os países do Mundo (DGS, 2005; Bayer et al., 2009; Oliveira et al., 2004). Segundo a WHO é a “epidemia global do século XXI”, alcançando valores iguais ou superiores aos da desnutrição e das doenças infecciosas.

No ano de 1995, estimava-se que cerca de 200 milhões de adultos eram obesos e 18 milhões de crianças eram consideradas obesas e com excesso de peso. Em 2000, o número de adultos obesos atingiu os 300 milhões. Calcula-se que, em todo mundo, mais de 115 milhões de pessoas sofrem de complicações associadas à obesidade (WHO, 2008).

Em idade pediátrica, a prevalência mundial de excesso de peso e de obesidade para crianças e adolescentes (5-17 anos) é de 10% e 2-3%, respetivamente (Lobstei, Baur & Uauy, 2004). Nas crianças, a taxa de crescimento regista 400.000 casos por ano, sendo este número dez vezes superior ao registado em 1970 (PCO, 2009). Tremblay e Willms (2000, *cit in* Padez et al., 2004) referem que, entre 1981 e 1996, a prevalência de excesso de peso aumentou 92% nos rapazes e 57% nas raparigas. Além disso, referem ainda que nesse período a prevalência de obesidade aumentou para mais do dobro, quer nos rapazes, quer nas raparigas. Corroborando estes dados, um estudo realizado à escala mundial englobando 97.879 crianças do sexo masculino e 94.851 crianças do sexo feminino demonstra que a prevalência estimada de excesso de peso e obesidade varia entre cinco a 18% e de 0.1 e 4%, respetivamente (Pi-Sunyer, 1999).

Esta doença afeta cerca de 20% das crianças, atualmente, nos Estados Unidos (Luiz, Gorayeb, Júnior & Domingos, 2005). Um estudo transversal levado a cabo, no México, por Moraes, Rosas, Mondini e Freitas (2004), com uma amostra de 700 crianças (entre os seis e os 10 anos de idade) e adolescentes (com 10 anos de idade), permitiu concluir que as crianças de sexo feminino apresentam uma taxa de 30.8% de excesso de peso e 15.4% de obesidade; enquanto as crianças do sexo masculino apresentam 20.6% de excesso de peso e 17.1% de obesidade. Já no grupo dos adolescentes, as percentagens de excesso de peso e obesidade no sexo feminino foram, respetivamente, de 38.4% e 7.2%. Verificou-se, em ambos os grupos, que os indivíduos do sexo feminino apresentam uma maior prevalência de excesso de peso, estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

Apesar do excesso de peso e da obesidade serem problemas que afetam todas as raças, etnias e sexos, a prevalência de crianças obesas tem crescido mais rapidamente entre os afro-americanos, os latinos e os das classes mais pobres (U.S. *Department of Health and Human Services* [DHHS], 2001). Em 2004, cerca de 22% das crianças afro-americanas e latinas com idades compreendidas entre os seis e os onze anos tinham excesso de peso, enquanto o percentil entre as crianças caucasianas se ficava pelos 17.7% (Ogden, 2000).

Relativamente à Europa, cerca de uma em cada cinco crianças apresenta excesso de peso. Entre os países europeus, Espanha, Itália, Grécia e Portugal são aqueles que apresentam valores mais elevados no que à obesidade infantil diz respeito (Padez et al., 2004). Entre 1974 e 1977, na Alemanha, o fenómeno da obesidade infantil era acentuado mas, nas duas últimas décadas, o mesmo tem afetado crescentemente todos os países europeus. Em 2004, no Reino

Unido, do total de crianças entre os dois e os quinze anos, 14% dos rapazes e 17% das raparigas eram obesas (*British United Provident Association [BUPA]*, 2009).

No caso específico de Portugal, em 2004, um estudo transversal de Padez e colaboradores (2004), englobando 4511 crianças portuguesas, todas na mesma faixa etária (sete e os nove anos), verificou que 33.7% das raparigas e 29.4% dos rapazes tinham excesso de peso ou eram obesos.

Já em 2007, segundo a WHO (2007) em Portugal, nas crianças entre os 7 e os 9 anos, 21,4% das raparigas apresentavam excesso de peso e 12.3% eram de facto obesas; enquanto nos rapazes 19,1% tinha excesso de peso e 10.3% eram obesos.

Em 2008, Silva, Mourão-Carvalho, Reis, Matos, Garrido, Pitanga e Marinho colaboradores realizaram outro estudo, desta vez contando com 2651 crianças do sexo feminino e 1321 crianças do sexo masculino, com idades compreendidas entre os seis e os 10 anos de idade, que frequentavam aulas de Educação Física, na escola, concluíram que a prevalência de obesidade foi equivalente a 6.5% nas meninas e 4.4% nos meninos. Na amostra, a incidência de excesso de peso alcançou os 18.1% nas meninas e 14.1% nos meninos. A medida de prevalência de excesso de peso das crianças portuguesas foi de 21.9% e a de obesidade 55%.

No ano de 2009, a percentagem de crianças que apresentavam excesso de peso rondava os 30%, enquanto a percentagem de crianças com obesidade atingia os 10% (PCO, 2009); como se tem vindo a observar, estes valores são mais elevados nas raparigas do que nos rapazes (Tauber, 2009). Por fim, um outro estudo levado a cabo por Maia e colaboradores (2009), entre 1 de Abril e 31 de Março de 2007, constatou que das 973 consultas pediátricas do Centro Fernão Magalhães, em Coimbra, 14.6% tinham como motivo da consulta um quadro de obesidade, o que equivale a uma amostra de 30 crianças, sendo o sexo feminino o mais afetado.

No que concerne ao prognóstico da obesidade infantil, os estudos não são conclusivos: uns demonstram que 20% das crianças obesas têm probabilidade de se transformarem em adultos obesos; outros que quanto mais cedo a obesidade se manifestar e se esta for intensa, maior é a probabilidade desta criança se tornar obesa na idade adulta (Fisberg, 1995).

1.3. Causas de obesidade

A obesidade é uma doença multicausal (Borges et al.2007; Maffeis, 2000, cit in Padez et. al., 2004), isto é, são muitos os fatores que contribuem para o seu aparecimento destacando-se

os genéticos, os culturais, os socioeconômicos, os comportamentais (Luiz et al., 2005), os psicossociais (Achor et al., 2007) e os ambientais (U.S. DHHS, 2001). De acordo com a Associação Americana de Obesidade (*American Obesity Association*, [AOA] 2002) estes fatores de risco podem subdividir-se em fatores modificáveis e em fatores não-modificáveis, sendo os fatores genéticos não modificáveis e todos os restantes fatores modificáveis.

Esta multiplicidade de fatores justifica a complexidade da doença (Brownell & O'Neil).

A investigação tem sugerido que os fatores genéticos assumem um papel fundamental na predição da obesidade (Ogden, 2000). Segundo a AOA (2002), crianças com pais ou irmãos obesos têm mais probabilidade de se tornarem obesas. A literatura refere que esta probabilidade se situa na ordem dos 50%. No entanto, se ambos os progenitores forem obesos os valores podem atingir os 80% (Achor et al., 2007; Camargo, 2003).

Os estudos analisados por Crothers, Kehle, Bray e Theodore (2009) revelam que as crianças de baixo estatuto socioeconómico, desfavorecidas, cujas mães desenvolvem a obesidade materna no início da gravidez (nomeadamente durante o primeiro trimestre) duplica o risco de sofrerem de obesidade no segundo a quatro ano de vida. Também o peso de nascimento é preditor da obesidade e do excesso de peso aos três anos de idade. Finalmente, a obesidade com meio, um ou dois anos é deixa antever a obesidade aos cinco anos de idade.

Entre os fatores genéticos e biológicos, encontramos o papel de hormonas como a *Leptina*. Esta desempenha uma função fundamental, pois influencia a redução da ingestão alimentar e o aumento do gasto energético por meio de sua ação no hipotálamo (Rosado, Monteiro, Chaia & Lago, 2006). A influência da leptina pode aumentar a resposta cerebral aos sinais de saciedade, resultando numa ingestão mais baixa de comida. Um défice ou resistência à leptina pode aumentar o consumo de comida (Keim, Stern & Havel, 1998) sugerindo que em indivíduos obesos existe a resistência à ação desta hormona (Oliveira et al., 2004).

Apesar de tudo o que foi referido, não se pode afirmar que a genética, por si só cause a obesidade, pois esta também depende de outros fatores que serão abordados seguidamente. Tauber (2009, p. 5) refere que a obesidade “surge em pessoas predispostas e num ambiente específico com repercussão na alimentação e no exercício físico consoante o nível socioeconómico e cultural”.

Alguns fatores culturais, como, por exemplo, a família e a comunidade, podem estar associados ao desenvolvimento da obesidade infantil.

Relativamente à família, constata-se que o desenvolvimento dos hábitos e preferências alimentares desenvolve-se entre os dois e os três anos de idade (Sahagan, 2004). Desta forma, a família, em particular a mãe (Moreira, 2005), desenvolve um papel importante relativamente à variedade de alimentos que estão disponíveis e ao reforço positivo ou negativo perante as escolhas alimentares das crianças (Gahagan, 2004). Crianças com pais obesos geralmente preferem alimentos altamente calóricos ao contrário das crianças cujos pais apresentam um peso normativo (Fisher & Birch, 1995). Por exemplo, um estudo de Young-Hyman e colaboradores (2000 citado por Caprio, 2006) com crianças afro-americanas constatou que a maior parte dos pais destas crianças, também obesos, não as viam como estando obesas nem percebiam o peso como um problema de saúde para elas.

A família desempenha também um papel importante relativamente à prática de exercício físico e ao sedentarismo. A influência do ambiente familiar (leia-se, de pais sedentários) pode afastar as crianças da prática de exercícios, o que é preocupante, pois todos os hábitos incutidos nesta fase podem persistir até a idade adulta (Pimenta & Palma, 2001).

Além disso, enquanto os pais trabalham, ao longo da semana, preferem que os seus filhos, por motivos de segurança, fiquem em casa a ver televisão durante os tempos livres, pois, assim, evitam a exposição à insegurança e violência das ruas (Borges, 2007). De facto, têm sido encontradas grandes correlações entre o número de horas a ver televisão e a obesidade (Borges et al., 2007; Caprio, 2006; *Parliament Office of Science and Technology* [POST], 2003).

No que diz respeito aos outros contextos sociais, os que se assumem com especial relevo são o contexto escolar e a comunidade em geral. A escola constitui um contexto de influência sobre os comportamentos alimentares, como a ingestão e gasto energético, através de pressões exercidas sobre as crianças. A comunidade é também fundamental, pois é neste contexto que o sujeito se relaciona com os valores associados aos sistemas alimentares. Por último, também a localização geográfica influencia os hábitos alimentares dos sujeitos, uma vez que indivíduos provenientes do meio rural apresentam mais peso que os oriundos do meio urbano. Isto pode dever-se a diferentes tipos de alimentação e de atividade física (Moreira, 2005).

Estudos recentes em saúde e desenvolvimento infantil têm avaliado a influência dos fatores ambientais no excesso de peso e obesidade. Por exemplo, um estudo longitudinal de Cecil-Craig e Gorgan-Kaylor (2009) procurou avaliar a relação entre a perceção dos pais acerca da segurança da sua zona de residência e a obesidade infantil e concluiu que quando os pais avaliam a sua área de residência como insegura, retiram aos filhos tempo para a prática

de atividades sociais e ao ar livre. Desta forma, as crianças passam mais tempo dentro de casa e as suas atividades passam a ser maioritariamente sedentárias (e.g. ver televisão), o que aumenta a probabilidade de desenvolverem a obesidade. Estes dados foram também encontrados num estudo de Burdette e Whitaker (2005), onde participaram crianças de três anos, e num estudo de Lumeng, Appugliese, Cabral, Bradley e Zuckerman (2006), com crianças de sete anos. Refira-se que ambos os estudos são transversais.

Apesar do exposto, os fatores culturais não podem ser sobregeneralizados tendo em conta que os imigrantes nascidos nos Estados Unidos têm uma maior propensão para a obesidade do que os restantes imigrantes (leia-se, não nascidos nos EUA). Isto justifica-se pelo facto de os imigrantes terem tendência a adotar não só os hábitos alimentares, mas também outros comportamentos gerais, existentes no país de acolhimento (Gahagan, 2004).

Relativamente aos fatores socioeconómicos, um estudo transversal de Oliveira, Cerqueira, Souza e Oliveira (2003), com crianças entre os cinco e os nove anos, estabeleceu uma associação significativa entre a obesidade e elevados níveis de escolaridade dos pais, bem como com um rendimento mensal elevado, sendo que as crianças com um nível socioeconómico superior apresentam índices superiores de obesidade.

A ideia apresentada não é unânime, uma vez que Speisser, Rudolf, Anhalt, Camacho-Hubner, Chiarelli, Eliakelli, e Freemark (2005) referem precisamente o contrário, ou seja, crianças que vivem em meios mais desfavorecidos tendem a apresentar maiores níveis de obesidade comparativamente com crianças com estatuto económico elevado. Isto pode dever-se ao facto das crianças, cujo estatuto económico é elevado, terem um acesso mais facilitado a melhores cuidados de saúde, a práticas alimentares mais saudáveis e a variadas e melhores condições para a prática de exercício físico. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos por Langnase, Asbeck, Mast e Muller (2004)

Esta situação torna-se mais preocupante se associarmos ao estatuto socioeconómico um outro fator – a obesidade parental –, pois crianças provenientes de estatutos socioeconómicos baixos e cujos pais são obesos têm um risco acrescido de se tornarem obesas (Langnase , 2004).

Além de tudo o que foi referido, saliente-se ainda que o estatuto socioeconómico baixo tem uma grande peso ou influência na adoção de comportamentos saudáveis. Mesmo após intervenção, crianças de estatuto socioeconómico baixo continuam a consumir produtos pouco saudáveis, comparativamente com crianças de estatuto socioeconómico elevado que foram alvo da mesma intervenção (Langnase , 2004). Pelo exposto, pode considerar-se que o

estatuto socioeconómico baixo é uma barreira à adoção de uma alimentação saudável que, por sua vez, pode levar ao desenvolvimento da obesidade.

Com o desenvolvimento económico e a globalização dos mercados tornaram-se mais evidentes alterações nas dietas e nos estilos de vida (WHO, 2003).

Os fatores de risco comportamentais para a obesidade infantil incluem uma dieta alimentar calórica, a diminuição da atividade física e a adoção de práticas sedentárias (Salim & Bicalho, 2004). No que diz respeito à dieta alimentar, sabe-se que a obesidade está relacionada com hábitos alimentares calóricos, ou seja, a obesidade poderá manifestar-se se a criança ingerir mais calorias do que aquelas que necessita. Um estudo demonstrou que crianças e adolescentes obesas consomem mais alimentos ricos em açúcares. Verificou-se também que estes consumos aumentaram à medida que a idade dos sujeitos avança. Destaque-se ainda que as crianças obesas realizam mais atividades sedentárias e as práticas desportivas, realizadas fora da escola, têm menor duração, isto quando comparadas com o tempo despendido pelas crianças não obesas (Moraes, 2004).

Segundo Barreto (1996), tem-se assistido, em Portugal, a um aumento da obesidade na infância, provavelmente devido às mudanças nutricionais que se têm verificado, especialmente após os anos sessenta. Desde então, há dados que revelam um aumento do consumo de leite, carne e ovos, bem como o consumo de alimentos ricos em açúcar e gordura.

No que concerne à diminuição da atividade física e à adoção de práticas sedentárias, a literatura refere que estes comportamentos estão associados à obesidade (POST, 2003).

Do conjunto das práticas sedentárias, sobressai o ver televisão ou jogar computador (Caprio, 2006). De facto, nos nossos dias, a televisão surge como um dos principais passatempos para todas as faixas etárias, inclusive crianças desde a mais tenra idade. Longos períodos em frente à TV podem conduzir ao sedentarismo, comportamento que contribui para a génese da obesidade, o que merece a maior atenção da saúde pública (Borges et al., 2007).

De facto, quer os estudos transversais, quer os estudos longitudinais, revelam que passar muitas horas a ver televisão se correlaciona com a obesidade. Isto porque, enquanto as crianças veem televisão, normalmente ingerem alimentos mais calóricos (e.g. *snacks*, biscoitos, bolachas, salgadinhos, pães e doces), reduzindo o tempo disponível para socializar e para realizar outras atividades (nomeadamente, físicas) e ficam menos sensíveis aos sinais de saciedade (Denney-Wilson, 2009). Oliveira e colaboradores (2003) referem ainda que quando as crianças estão a ver televisão têm tendência a comer sem ter fome e estão expostas à publicidade feita a alimentos calóricos. Gera-se assim, de acordo com os autores, um ciclo

vicioso: ver televisão reduz a atividade física e faz com que a criança coma sem ter fome, o que conduz à obesidade.

Uma investigação levada a cabo por Borges e colaboradores (2007), com uma amostra de 23.931 alunos, permitiu concluir que entre as crianças com excesso de peso 46% assistem duas a três horas de televisão e 34,9% dedicam quatro horas ou mais por dia, durante a semana, a assistir a programas de entretenimento. No grupo de crianças obesas, 37,5% e 34,4% sentam-se duas a três horas e quatro horas ou mais, respetivamente, em frente à chamada caixinha mágica. Os alimentos consumidos ao assistir TV são preferencialmente os farináceos, que se encontram associados à obesidade infantil, seguindo-se os doces.

Na sequência do que foi referido, sabe-se que o sedentarismo se encontra relacionado com a obesidade infantil. A combinação das pressões ambientais (preocupações parentais acerca da segurança da criança), os fatores tecnológicos (tecnologias de economia de trabalho), e as transições sociais da infância para a idade adulta são propícias a aumentar o comportamento sedentário (Crothers et al., 2009).

A combinação de comportamentos sedentários e o não respeito pelos intervalos das refeições (leia-se, estar a fazer sempre lanches e petiscar) faz com que a probabilidade das crianças e adolescentes aumentarem o seu peso seja maior durante os dias em que têm escola (Crothers et al., , 2009). Esta questão assume especial relevo, uma vez que os comportamentos alimentares na infância podem ter consequências a longo prazo para o desenvolvimento da obesidade (Gahagan, 2004).

Entre os fatores psicossociais que podem conduzir ao desenvolvimento da obesidade destacam-se a mudança de estabelecimento de ensino ou local de residência e alterações no funcionamento familiar, associados a mal estar psicológico (Oliveira , 2003). Relativamente ao primeiro aspeto destacado, salientam-se os problemas económicos, a separação parental, o ciúme provocado pelo nascimento de um irmão e os conflitos familiares, sociais e afetivos (Salim & Bicalho, 2004).

1.4. Consequências da obesidade infantil

A obesidade tem um grande impacto na população em geral e em particular nas crianças e adolescentes. Posto isto, é possível enumerar um conjunto de consequências resultantes da obesidade infantil, tais como os problemas psicológicos, os problemas de saúde e a diminuição da qualidade de vida, a mortalidade e a morbilidade.

A literatura disponível tem reforçado a ideia de que crianças com excesso de peso e obesidade podem vir a desenvolver problemas emocionais, tais como isolamento social, depressão, ansiedade, baixa autoestima e diminuição da autoconfiança (BUPA, 2009; Oliveira, 2009), entre outros que passaremos a descrever.

Turthill, Slawik, O’Rawly e Finer (2006) referem que a obesidade pode desencadear dificuldades psicossociais, nomeadamente quando se é alvo de estigmatizações e discriminação, relações interpessoais pobres ou reduzidas e reações negativas por parte da família e pares.

As crianças obesas são frequentemente estereotipadas, discriminadas e criticadas. Este estigma parece estar a piorar, pois são geralmente vistas de forma negativa pelos outros (Crothers et al. , 2009), entre os quais educadores e até progenitores (Link & Phelan, 2001). Estas crianças têm menos amigos que as outras, devido à baixa atividade física, uma vez que são mais sedentárias e isoladas socialmente (Faith, Leone, Ayers, Ayers, Heo & Pietrobelli, 2002).

Quanto maior é o grau de obesidade mais vulneráveis estão à marginalização, que surge no seguimento da solidão, da baixa autoconfiança na aparência física e de uma maior preferência por atividades individuais (Hayden-Wade, Stein, Ghaderi, Saedens, Zanbinski & Wilfley, 2005). Sujeitos com percentil acima dos 95, ou seja, com obesidade, apresentam também maior propensão a ser vítimas de *bullying* (Griffiths, Wolke, Page & Horwood, 2006)

Um estudo levado a cabo por Griths e colaboradores (2006), com uma amostra de 8210 crianças inglesas, concluiu que a obesidade predizia, em ambos os sexos, a ocorrência de *bullying* por estas se encontrarem distantes dos padrões de aparência física, sendo que 36% de meninas e 34% dos meninos com excesso de peso e obesidade são vítimas de diferentes formas de *bullying*.

Também relativamente ao comportamento académico, a obesidade tem consequências negativas, pois estas crianças têm dificuldades acrescidas em alcançar o sucesso e são vulgarmente descritas como sendo um pouco preguiçosas (Hill & Silver, 1995). No que respeita às questões emocionais, os investigadores têm descoberto que a obesidade precoce está associada a uma maior frequência e intensidade de stresse emocional e sintomatologia psiquiátrica. Indivíduos que são obesos na infância demonstram mais psicopatologia do que aqueles que desenvolvem obesidade durante a idade adulta (Eremis, Cetin, Tamar Bukusoglu, Akdeniz, & Goksen, 2004).

Crianças com excesso de peso tendem a sentir-se incomodadas com a sua imagem corporal o que tem impacto na sua autoestima, sobretudo num contexto onde se valoriza o ser magro, esbelto e quando os padrões de moda são exigentes. Estes aspetos podem levar a que se vivenciem sentimentos de raiva, angústia, culpa (Carvalho et al., 2005). Além disso, apresentam baixa autoestima e problemas comportamentais (Padez et al., 2004; Strauss, 2000).

Assim sendo, Luiz e colaboradores (2005) afirmam que obesidade constitui um fator de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento da depressão infantil, sendo frequentes as alterações comportamentais e dificuldades no relacionamento social, familiar e escolar.

Segundo a BUPA (2009) as crianças com excesso de peso têm duas vezes mais probabilidade de se tornarem obesas durante o seu crescimento do que as crianças sem excesso de peso. Isso significa que na idade adulta essas mesmas crianças terão um maior risco de problemas de saúde, como hipertensão, problemas cardíacos, asma, diabetes do tipo II e até alguns tipos de cancro (Achor et al., 2007; Becker et al., 2008; POST, 2003; Tauber, 2009). O risco de vir a desenvolver estes problemas de saúde é tanto maior quanto maior for o excesso de peso. Dentro das problemáticas associadas à obesidade, serão referidas brevemente as mais comuns.

Relativamente à aparência física, o excesso de peso e a estatura física determinam o aspeto das crianças obesas e isto influencia a sua autoestima pessoal. A maior problemática do excesso de peso prende-se com as alterações dermatológicas, como as infeções da pele (acne, estrias e dificuldades de cicatrização) (Wabitsch, 2000). Da mesma forma, o aumento da pressão sanguínea e da hipertensão são problemáticas comuns na obesidade (Carvalho et al., 2005).

Vários autores (Paixão, 2007; Soca & Peña, 2009) referem também que a obesidade infantil acarreta consequências metabólicas que potencializam o risco cardiovascular o que constitui uma preocupação de saúde pública.

A obesidade aumenta ainda o risco do desenvolvimento de doenças crónicas, cuja principal é a diabetes (Soca & Peña, 2009). Esta patologia também pode afetar o fígado, causar doenças pulmonares, como a apneia do sono e a hipoventilação noturna. Com alguma frequência têm vindo a ser referidas outras complicações médicas, como as infeções do sistema imunitário e o risco aumentado de cancro (Soca & Peña, 2009; Wabitsch, 2000).

Considerando tudo o que foi referido, é possível perceber que a obesidade pode conduzir a uma diminuição da qualidade de vida (Caprio, 2006) e a um aumento da mortalidade e morbidade (BUPA, 2009; Oliveira, 2004; Oliveira, 2009;; Reilly, 2005; Silva et al., 2008).

Vários estudos longitudinais clássicos revelam uma ligação estreita entre o excesso de peso nas primeiras décadas de vida e a alta taxa de mortalidade na vida adulta por doenças cardiovasculares (Oliveira, 2004).

2º Capítulo- Depressão e ansiedade na infância

2.1. Depressão infantil

A depressão infantil passou a ser alvo de interesse, na psiquiatria infantil, a partir dos anos 60 (Barbosa & Gaião, 1999; Crujo & Marques, 2009; Cytryn, 2003; Thompson, 2012), mas ainda não era amplamente aceita. A generalidade dos autores considerava que o sistema nervoso da criança era imaturo (Thompson, 2012). Com o aumento de estudos epidemiológicos e com a existência de metodologia de diagnóstico mais rigorosa ocorreu um aumento do conhecimento deste quadro na infância (Massa, 2003). Atualmente a depressão infantil é amplamente aceita (Cruvinel & Boruchovitch, 2004; Toro, 2006) e objeto de inúmeras pesquisas (Marcelli, 2005).

2.1.1. Caracterização da depressão infantil

Não existe consenso quanto à definição de depressão infantil, mas, é claro que se trata de uma perturbação onde variáveis biológicas, psicológicas e sociais se influenciam reciprocamente (Araújo, Rodrigues, Pereira, Dantas, Oliveira, & Maia, 2012). É, portanto, um fenómeno biopsicossocial (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

O termo depressão é muitas vezes atribuído para designar tristeza normal, um sintoma, uma síndrome ou uma doença (Montenegro, 1993). O sintoma refere-se ao estado de ânimo caracterizado por sentimentos de tristeza e desespero; a síndrome inclui alterações de humor, como a tristeza, a irritabilidade, a incapacidade para sentir prazer, alterações do sono, apetite e dificuldades de concentração (Fonseca, Ferreira & Fonseca, 2005). Neste trabalho, o termo depressão é empregue para designar a perturbação depressiva *major*, que se encontra clinicamente e etiologicamente definida.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (American Psychiatric Association [APA], 2002), a Perturbação Depressiva Major caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos, ou seja, pelo menos duas semanas de humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades. Estes aspetos são acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão, como “alterações no apetite ou peso, sono e psicomotoras; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar, concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas de suicídio” (p.349). Em síntese, a

depressão manifesta-se através de três tipos de sintomas: emocionais (desânimo, baixa autoestima e desinteresse por atividades prazerosas), cognitivos (pessimismo e desesperança, apatia e aborrecimento) e físicos (perda ou ganho de apetite, dificuldades em dormir e perda de energia) (Serrão, Klein & Gonçalves, 2007).

Tanto o DSM-IV como a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) entendem que a depressão é semelhante em adultos e crianças, pois é diagnosticada com recurso a critérios específicos e comuns a todas as faixas etárias (Barbosa, Dias, Gaião & Lorenzo, 1996; Huttel, Kixiner, Bonetti & Rosa, 2011). O DSM-IV refere apenas que o humor em crianças e adolescentes pode ser irritável em vez de triste.

Como vimos, a depressão major pode ocorrer em qualquer etapa evolutiva do menor (Toro, 2006) e vários estudos epidemiológicos, neurológicos e familiares têm suportado a tese de que a depressão no adulto é diferente da depressão na criança e no adolescente.

Os sintomas depressivos e as suas manifestações variam de acordo com a maturidade ou o grau de desenvolvimento psíquico do indivíduo (Araújo, Rodrigues, Pereira, Dantas, Oliveira, & Maia, 2012; Marcelini, 2006).

Antes da aquisição verbal os sintomas depressivos são comunicados de modo não-verbal, através da expressão facial, postura corporal (Batista, 2000; Mesquita & Gilliam, 1994, *cit in* Fu, Lee, Curatolo & Friedrich, 2000), mudanças súbitas de comportamento (Batista, 2000) e falta de resposta a estímulos visuais e verbais (Mesquita & Gilliam, 1994).

Em idades pré-escolares, ou seja, até aos seis anos, os sintomas mais comuns são somáticos, como dores de cabeça e abdominais, agitação psicomotora e irritabilidade e alterações do sono (Assumpção, 1992, *cit in* Cunha, Buzaid, Watanabe, & Romano, 2005, Bahs, 2002 a;). Também podem ocorrer dificuldades em adquirir o peso adequado ou o aumento do apetite e o conseqüente aumento de peso, bem como um cansaço excessivo ou uma falta de energia (Fu, 1996, *cit in* Fu, *et al.*, 2000).

Em crianças com idade escolar, isto é, entre os seis e os dezoito anos, os sintomas depressivos passam a ser mais verbalizados e as queixas consistem em humor depressivo, tristeza, irritabilidade e tédio. Sentem também que não tem amigos e acreditam que as outras crianças não gostam delas. Também é perceptível o choro fácil, a apatia, o isolamento e o declínio no desempenho escolar, devido à destrutibilidade e a dificuldades de concentração (Bahls, 2002 a; Kashanj & Macnaul, 1997, *cit in* Fu *et al.*, 2000). Frequentemente, são os professores que identificam primeiro estas alterações decorrentes da depressão (Bahls, 2002 b).

Também existem diferenças entre a depressão pré e pós-púbere (Curatolo & Brasil, 2005). A depressão em adolescentes tem uma maior duração temporal quando comparada com a depressão no adulto, o que não se verifica na depressão pré-púbere (Harrington, Fudge, Rutter, Pickles & Hill, 1990, *cit in* Curatolo & Brasil, 2005; Mercelli, 2006). A depressão pré-púbere parece estar mais associada a carências afetivas, acontecimentos familiares adversos e stressores psicossociais (Harrington, Fudge, Rutter, Pickles & Hill, 1990, *cit in* Curatolo & Brasil, 2005; Curatolo & Brasil, 2005). Também a depressão, na criança, tem um início incendiário e um curso crônico, ao contrário dos adultos, em quem se verifica um início agudo e episódico (Toro, 2006).

Os pensamentos sobre a morte e suicidas encontram-se presentes em todas as faixas etárias, mas as tentativas de suicídio são menos frequentes na infância e mais comuns na adolescência. É com frequência que as crianças se veem invadidas por certos sentimentos ou pensamentos que as faz crer que vão ser alvo de punição e que seria melhor morrer (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent & Kaufman, 1997, *cit in* Fu et al., 2000). Em crianças deprimidas, também se observa a perda de interesse nas atividades de lazer, a fraca iniciativa para brincar e ou o não saber a que brincar. Em alguns casos pode ocorrer indiferença afetiva com pouca reação a estímulos positivos ou negativos (Fu et al., 2000; Mesquita & Gilliam, 1994). São frequentes as queixas de pesadelos ou o despertar noturno, acompanhado de ansiedade (Fu 2000)

A realização do diagnóstico de depressão infantil é difícil, sobretudo quando a criança não consegue nomear os sintomas (Barbosa & Gaião, 1999; Reis & Figueiredo, 2001). Os indícios de depressão podem ser confundidos como sendo característicos da idade ou flutuações normais (Grillo & Silva 2004). Por este motivo a identificação desta patologia pode passar despercebida a profissionais como pediatras e educadores (Barbosa et al., 1996; Barbosa & Gaião, 1999) e até mesmo aos pais.

A depressão infantil assume particularidades muito específicas (Coutinho & Ramos, 2008) e nenhum dos sintomas deve ser analisado isoladamente mas no seu conjunto (Calderaro & Carvalho, 2005), considerando-se que devem ocorrer, pelo menos, cinco sintomas (APA, 2002) e que a atenção deve ser maior quando esses persistem no tempo, ocorrendo uma modificação do padrão comportamental da criança (Marcelli, 1998 *cit in* Fernandes & Milani, 2010). A depressão deve ser diagnosticada quando os sintomas causam um sofrimento clinicamente significativo ou a deterioração social, cujos sintomas não

decorrem de outros motivos, como o uso de substâncias, outra condição médica ou por uma fase de luto natural (APA, 2002).

Sabe-se que o diagnóstico precoce impede a intensificação da depressão, o surgimento de manifestações comorbidas, como sintomas de ansiedade, de conduta ou oposição ou de delinquência, ou perturbações de comportamento (Marcelli, 1998, cit in Fernandes & Milani, 2010). A identificação e o tratamento permitem a modificação dos comportamentos relacionados com a depressão (Andriola & Cavalcante, 1999), pois são minimizadas consequências que podem advir. Importa que o tratamento seja realizado por um profissional especializado. Por isso, os diversos profissionais (médicos, professores, educadores, terapeutas, entre outros), pais e todos os que estejam em interação permanente com as crianças devem estar atentos aos sintomas apresentados de modo a que a depressão seja levada a sério e detetada (Fernandes & Millani, 2010).

2.1.2. . Dados epidemiológicos sobre a depressão na Infância

A prevalência da depressão oscila entre os 10 e 20%, e, nos pacientes psiquiátricos, atinge quase os 50%. Na população geral a prevalência situa-se nos 5%, ao passo que, na Europa, a prevalência é notável abrangendo cerca de 23% (Copeland, Beekman & Dewey, 1999), sendo sempre mais prevalente nas mulheres do que nos homens (Ayuso- Mateos, 2001).

Em 1984, Cytry, Gershon e Mcknew (*cit in Fonseca et al., 2005*) descobriram que três milhões de crianças norte-americanas apresentavam sintomas depressivos, sem que esses fossem diagnosticados, e cerca de seis mil crianças e adolescentes praticaram suicídio, transformando-se esta na segunda causa de morte entre os adolescentes.

Um inquérito realizado por Flemming, Boile e Offord (1990), com crianças entre os seis e os 11 anos, avaliou respetivamente a incidência em 0,6% com uma forte certeza (pontuação elevada nas escalas e nos inquéritos), 27% com certeza média e 17% com certeza diagnóstica fraca.

Barbosa e colaboradores, em 1996, realizaram um estudo com 807 participantes, entre os sete e os 17 anos de idade, residentes em meio urbano, onde concluíram que cerca de 22% apresentam sintomatologia depressiva, com uma maior frequência na faixa etária dos 12 e 14 anos.

Na população francesa, 7,5% dos rapazes e 22,5% das raparigas declaram que se sentem deprimidos bastantes vezes ou muitas vezes (Houzel, Emmanuelli & Moggio, 2004).

Na população clínica (crianças em consulta, hospitalizadas), a frequência pode atingir os 20% a 25% da população, mostrando-se muitas vezes superior nos rapazes, cerca de 39%, e inferior nas meninas, que apresentam um resultado de 18%. De referir que estão em causa crianças entre os nove e os 12 anos (Kolvin, 1991 *cit in* Marcelli, 2005).

Os dados epidemiológicos da depressão infantil são preocupantes. Registam-se taxas de prevalência anuais de 0.4 a 3.0%, em crianças, e 3.3 a 12.4%, em adolescentes. Tem-se registado um crescente aumento da prevalência e com um início precoce. Daí que este seja considerado um problema de saúde pública (Bahs, 2002 b).

A prevalência da depressão na adolescência é variável segundo os estudos: pode ir de 3 a 7% numa população geral que com idades compreendidas entre os 12 e os 23 anos. Nas crianças pré-púberes não existe um rácio de prevalência por sexo (Toro, 2006) como acontece na depressão nos adolescentes, que se pressupõe que atinja duas raparigas por cada rapaz (Houzel et al., 2004).

Em 2005, Fonseca, Ferreira e Fonseca realizaram um estudo transversal com 519 crianças em idade escolar (dos sete aos 13 anos de idade) que conclui que a prevalência de sintomatologia depressiva era de 13, 9%, mas não existiam diferenças significativas no que concerne à idade e sexo.

Tem-se verificado também um aumento da incidência da depressão infantil em idades pré-púberes (seis a 12 anos), o qual não se pode dever a mudanças no perfil genético, pois não seriam possíveis em curtos espaços de tempo e de gerações. Tudo isto indica que os fatores ambientais têm contribuído para o aumento secular da depressão infantil (Rice, Harold & Thapar, 2002 a).

2.1.3. Fatores de risco da depressão infantil

A etiologia da depressão infantil é multifacetada, sendo desencadeada por uma série de fatores de risco genéticos, sociológicos e psicológicos (Lima, 2004).

Os dados referem que a depressão parental aumenta o risco de as crianças desenvolverem esta patologia (Fu *et al.*, 2000; Calderaro & Carvalho, 2005; Crujo & Marques, 2009; Grillo & Silva, 2004). Cerca de 21% a 74% das perturbações afetivas sobrevêm nos filhos de pais deprimidos unipolares (Houzel et al., 2004).

A investigação aponta que alguns genes parecem estar envolvidos na depressão (Pickles & Rutter, 1999; Silberg, Pickles, Rutter, Hewitt, Simonoff, Maes, Carbonneau, Murrelle, Foley, & Eaves, 1999;). Em crianças deprimidas também se podem verificar disfunções no

sistema neuro-endócrino, observando-se uma diminuição da hormona de crescimento (Toro, 2006) e no sistema serotoninérgico. Desta forma, os níveis de cortisol são mais elevados nestes sujeitos. A hipótese bioquímica da depressão refere que a esta se pode dever a uma hipoatividade dos sistemas monoaminérgicos e de gratificação (Toro, 2006).

Não há dúvidas que a depressão infantil possuiu uma componente genética mas não existe acordo sobre qual o seu peso no desenvolvimento desta patologia. Por um lado, estudos realizados com gémeos revelam que as origens dos sintomas depressivos se devem sobretudo a influências genéticas, por outro lado, os estudos com gémeos adotados referem que os fatores ambientais assumem maior relevo (Rice, et al., 2002a). Rice, arold e Thaparl (2002, b), na tentativa de analisar a etiologia da depressão em gémeos, conclui que a origem dos sintomas depressivos difere com a idade, sendo os fatores genéticos cada vez mais importantes na passagem da infância para a adolescência.

Os autores ressaltam (Rice et al., 2002 a ;Rice et al., 2002 b) que não devem ser feitas conclusões definitivas, pois são necessários mais estudos longitudinais para melhor compreender a importância da componente genética e ambiental que está subjacente à depressão infantil. Contudo, parece ser unânime que é a interação dos fatores genéticos e ambientais que se torna crucial para o desenvolvimento de perturbações mais graves (Crujo e Marques, 2009; Gasparini, 2000).

Dos fatores ambientais de maior risco para o desenvolvimento de perturbação depressiva *major* em crianças, é o ambiente familiar que assume maior relevo (Calderaro & Carvalho, 2005; Toro, 2006).

Pelo exposto, o meio familiar destas crianças caracteriza-se por uma carência parental, especialmente materna, pouca estimulação afetiva, verbal ou educativa; excessiva severidade educativa, a qual leva a criança a criar um superego particularmente impiedoso (Marcelli, 2005). Crujo e Marques (2009) acrescentam também que os padrões familiares se caracterizam pela hostilidade e pela rejeição, pela intrusividade e por falhas no suporte afetivo. Nestas famílias é visível a existência de discórdia conjugal, de problemas económicos, de ruturas familiares, de pais com problemas de conduta ou perturbações mentais (Calderaro & Carvalho, 2005). As interações familiares são pobres (Avanci, Oliveira & Pires, 2009) e são frequentes dificuldades relacionais entre pais e filhos (Breton, Labelle, Huynh, Berthiaume, St-Georges & Guilé, 2012; Cruvinel & Boruchovitch, 2009). Da mesma forma, também os estilos parentais autoritários ou permissivos se encontram relacionados com a depressão infantil. Tendencialmente, os filhos de pais autoritários e permissivos manifestam

sintomas como a ansiedade, birras, variações do estado de ânimo, agressividade e cefaleias (Barbosa & Lucena, 1995). Ao contrário destes ambientes familiares, os considerados saudáveis são fundamentais para a recuperação do menor deprimido (Cruvinel & Boruchovitch, 2009).

A violência no seio familiar também é comum em crianças deprimidas, favorecendo também outras formas de vitimização (Avanci et al., , 2009). Para além dos sintomas depressivos, as crianças que são agredidas fisicamente experienciam desesperança, isolamento e evitamento social, bem como uma baixa autoestima; os menores que são agredidos sexualmente geralmente manifestam sentimentos de culpa, vergonha, ansiedade e tendem a agir com maior agressividade (Lima, 2004).

Levitan, Parikh, Lesage, Hegadoren, Adams, Kennedy e Goering (1998) referem que história de abuso sexual ou físico na infância associa-se com a depressão *major* em idade adulta. Hovens, Wiersma, Giltay, Oppen, Spinhoven, Penninx e Zitman (2010) ao analisarem 1931 adultos descobriram que quanto maior o índice de trauma infantil (que foi avaliado no estudo como negligência emocional, psicológica, física e abuso sexual), maior era a associação com a psicopatologia, nomeadamente a ansiedade e a depressão em adultos; mas não encontraram uma correlação entre os acontecimentos de vida e a psicopatologia.

Um estudo longitudinal realizado por Coffino (2009) com uma amostra de 164 crianças indica que a perda parental especialmente nos cinco anos de idade é um fator preditor para o desenvolvimento da depressão em adulto. Também a perda de outras figuras significativas para a criança (avô, ama, entre outros) e o afastamento da própria criança (devido a hospitalizações, colocação em amas ou inserção institucional não preparada) são propícias ao desenvolvimento de sentimentos de abandono, assim como a perda, num plano psíquico, do pai que deixa de estar disponível, devido, por exemplo, a situação de luto, conflito conjugal ou mesmo perdas mais comuns (como de uma animal de estimação). O acontecimento é mais traumática quanto mais crítica é a idade das crianças: seis meses a quatro e cinco anos (Barbosa & Gaião, 1999; Marcelli, 2005).

Outros acontecimentos de vida, como doenças crónicas, das quais é exemplo a diabetes, intervenções cirúrgicas, malformações corporais e até hospitalizações prolongadas, constituem outros fatores de risco para desenvolvimento de depressão em crianças e adolescentes (Barbosa & Gaião, 1999).

Importa ressaltar também que as crianças deprimidas ou que se encontram em maior risco de deprimirem apresentam maior afeto negativo, menos afeto positivo e uma autoestima

inferior, quando comparadas com crianças sem esta patologia (McCabe, Ricciardelli & Banfield, 2011). A relação entre temperamento e vulnerabilidade depressiva indica que a baixa autoestima constitui um fator preditivo para as perturbações depressivas (Houzel et al., 2004).

Outros esquemas cognitivos presentes na depressão infantil são a perceção negativa sobre si mesmo e os outros, o que leva a que o estado de vigília aumente, interferindo com o início e manutenção do sono, desencadeando outros problemas de sono. A insónia também pode contribuir para a manutenção da depressão (Serrão et al., 2007).

Os adolescentes do sexo masculino e as crianças do sexo feminino são mais propensas a apresentar sintomas internalizados (Breton et al., 2012). Mas este aspeto não é unânime, pois outros autores referem que as raparigas e os rapazes têm semelhantes probabilidades de deprimirem e que só nos finais da adolescência e na vida adulta é que a depressão é duas vezes mais comum em mulheres que em homens. Este aspeto pode ser compreendido por práticas educacionais: os pais permitem mais expressão de medo e tristeza nas raparigas, e nos rapazes a expressão da raiva é mais aceitável.

2.1.4. Consequências da depressão infantil

A curto prazo, a depressão causa um sofrimento psíquico na criança e, a longo prazo, pode interferir nos aspetos cognitivo, social e emocional do desenvolvimento infantil (Fernandes & Milani, 2010; Fu *et al.*, 2000; Cruvinel & Boruchovitch, 2009). A estes níveis as consequências são mais ou menos gravosas dependendo da intensidade da depressão (Fernandes & Miliani, 2010), o que acarreta uma significativa diminuição da qualidade de vida, produtividade e desempenho social do indivíduo (Coutinho, 2002, cit in Araujo et al., 2012).

A curto prazo, a depressão traduz-se num sofrimento psíquico ou uma dor moral, em que a pessoa se sente duplamente incapacitada. A primeira refere-se ao próprio que se identifica como inútil e incapaz; a segunda advém do ambiente social, que a impele a agir (Araujo *et al.*, 2012).

A longo prazo, a depressão acarreta, em 3,49% dos casos de depressão infantil, danos cognitivos (Couto et al., 2008), os quais podem ser decorrentes de sintomas específicos, do impacto e duração dos episódios ou resultante da combinação destes elementos (Bandim, Roazzi Sougey & Carvalho, 1998). As funções cognitivas, como a atenção, a memória e o raciocínio, são afetados pelos estados depressivos, conduzindo a uma diminuição do

desempenho escolar e da sua autoeficácia (Cruvinel & Boruchovitch, 2004; Neto, Silva, Filho, Assunção, Carvalho, Teixeira, Lima, Pedroso, Cartaxo, Júnior, Demarzo, & Reis, 2011).

Grupun (1999, *cit in* Fernandes & Milano, 2010) refere que a depressão está associada a 25% a 50% das perturbações de aprendizagem e à fobia social. A depressão leva a dificuldades escolares mas também as crianças que têm baixo rendimento podem vir a apresentar, como consequência, depressão infantil.

Destaca-se também que a criança deprimida apresenta uma sensação de impotência, que se vincula com o sentimento de inutilidade (Fernandes & Mellani, 2010), o que conduz a uma imagem negativa de si mesmo (nomeando-se como “tolas e frágeis”) (Fronseca *et al.*, 2005), à baixa autoestima, o que leva a uma sensação de inadequação pessoal (Lima, 2004). Além disso, ocorre uma falta de motivação e diminuição de interesse pelas atividades em geral e culpabilidade (Fernandes & Mellani, 2010).

Em termos comportamentais, as crianças com depressão representam um risco de suicídio onze vezes maior que noutras crianças que apresentam outra perturbação mental (Kovacs, Goldston & Goldston, 1993). É na pré-adolescência (11-13 anos) e sobretudo na adolescência que este risco aumenta, sendo que o suicídio consumado ocorre em 3% dos casos, isto é, seis vezes mais elevado que a população em geral (Toro, 2006). As crianças encontram-se mais em risco para desenvolverem estruturas que tendem para a psicopatia (Marcelli, 2005).

Relativamente ao impacto da depressão infantil no futuro da criança, são ainda necessários mais estudos e maior rigor para confirmar se a continuidade depressiva da infância se prolonga para a idade adulta (Marcelli, 2005). Contudo, as investigações apontam que os episódios depressivos *major* na idade adulta e antecedentes depressivos na infância são mais fortes quando o episódio surge após a puberdade. Apenas uma criança pré-púbere em cada cinco apresentará na idade adulta um episódio depressivo *major* (cerca de 20%), ao passo que, após a puberdade, oito em cada treze jovens pré-púberes deprimidos terá um episódio depressivo *major* na idade adulta (porção de 60%) (Harrington, Breoenkamp, Groothues, Rutter, Fuoge, Pickles, 1994).

2.2. Ansiedade infantil

A ansiedade sempre foi tema de debate, no entanto, apenas no século XVIII começou a ser tratada com uma base científica (Santos, 2007). Desde essa altura muitos estudos têm surgido, assim como muitas variantes da ansiedade.

2.2.1. Caracterização da ansiedade

Barlow (1999) define a ansiedade como um estado de humor negativo caracterizado por sintomas corporais de tensão física e apreensão face ao futuro. Complementando esta ideia, podemos ainda referir que a ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, no seguimento de alguma tensão ou desconforto derivados da antecipação de um perigo, de algo desconhecido ou estranho (Allen, Leonard, & Current, 1995; Bernstein, Borchart & Perwin, 1996, Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

A ansiedade surge em idade precoce nas crianças. Com o nascimento, o bebé experiencia medos e assusta-se perante determinados estímulos. A partir dos seis meses de idade começa a chorar, ficar inquieto e desassossegado perante a ausência da mãe. Isto reflete uma primeira manifestação da vinculação estabelecida, tratando-se de uma ansiedade de separação normal. Mais tarde esta inquietação manifesta-se perante a presença de pessoas estranhas, tratando-se de um progresso do desenvolvimento perceptivo, com respostas emocionais diferenciadoras entre o habitual e o desconhecido. Um exagero das manifestações referidas descreve de forma clara os diferentes quadros de ansiedade patológica experienciada por crianças e adolescentes, que iremos explorar de forma breve posteriormente (Toro, 2006).

A ansiedade distingue-se do medo na medida que o primeiro se caracteriza por ser um estado de humor que se orienta face ao futuro acompanhado por apreensão, pois não é possível prever ou controlar os acontecimentos próximos; o medo, por sua vez, é a reação emocional imediata face a um perigo atual, onde está presente uma grande tendência para a fuga, por um impulso no campo simpático do sistema nervoso autónomo (Barlow, 1999).

Assim, quando a ansiedade se deve a estímulos específicos, trata-se afinal de medo. O medo constituiu um sistema primitivo de alarme, sendo uma resposta instintiva e universal, que ajuda a criança a evitar situações potencialmente perigosas. Grande parte das pessoas tem medos transitórios, característicos de uma certa idade e que se expandem espontaneamente ao longo do desenvolvimento. Os medos inatos podem ser agrupados em cinco categorias: (1) medo de estímulos intensos, como, por exemplo, as dores; (2) medo de estímulos desconhecidos, de onde se destaca o medo de pessoas estranhas; (3) medo de ausência de estímulos, como o que as crianças têm do escuro; (4) medo de estímulos que tenham sido potencialmente perigosos para a espécie humana, como locais altos, cobras, entre outros; (5) medo de interações sociais com desconhecidos (Odriozola, 2001).

O medo, a ansiedade e preocupações são emoções comuns na infância. Os estressores contemporâneos (e.g., exigências acadêmicas, violência...) pressionam as crianças e os adolescentes, fazendo com que lidar com as pressões inevitáveis da infância possa ser bastante difícil (Friedberg & McClure, 2004). Para além disso, ao contrário dos adultos, as crianças, em particular as mais novas, podem não reconhecer os seus medos como sendo exagerados ou irracionais (Asbahr, 2004; Swedo, Leonard, & Allen, 1994).

A ansiedade em níveis adequados é fundamental para a adaptação do ser humano mas em quantidades moderadas, pois a nossa capacidade de reação é melhor quando estamos ansiosos. A ansiedade impulsiona e melhora o rendimento físico e intelectual (Barlow, 1999), sendo também uma resposta normal e adaptativa quando nos deparamos com ameaças reais ou imaginárias, estimulando o organismo a agir perante situações de perigo. Por isso, desempenha uma função protetora para a preservação do indivíduo e da espécie. Neste ponto de vista, as respostas ansiosas são sinais de saúde e não de sintomas (Odriozola, 2001). A ansiedade passa a ser considerada patológica quando é excessiva, ou seja, quando nos impede de realizar uma determinada atividade (Barlow, 1999).

Allen, Leonard e Swedo (1995, Asbahr, 2004) referem que a ansiedade é considerada patológica quando é exagerada, desproporcional em relação ao estímulo, ou ainda qualitativamente diferente do que se observa como normativo na faixa etária em questão. A ansiedade patológica caracteriza-se por uma sensação de intenso mal-estar, sem causa objetiva que o justifique. É ainda considerada patológica se interferir na qualidade de vida, conforto emocional ou desempenho nas atividades diárias da criança. Castillo e colaboradores (2000) sintetizam esta diferenciação afirmando que a maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliando se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não.

De acordo com o *National Center for Infants, Toddlers, and Families* (2005), para considerarmos que estamos perante uma perturbação de ansiedade é necessário que sejam preenchidos uma série de critérios comuns às diferentes categorias das perturbações de ansiedade. Neste sentido, a ansiedade ou o medo (1) causa stresse ou leva a criança a evitar atividades e situações associadas a determinado medo; (2) ocorre durante duas ou mais atividades diárias ou afetando dois ou mais relacionamentos interpessoais; (3) é na maioria das situações incontrollável; (4) prejudica o funcionamento da criança ou da família ou o desenvolvimento esperado da criança; (5) persiste ao longo do tempo (dependendo da categoria das perturbações de ansiedade).

As perturbações de ansiedade são quadros clínicos primários, ou seja, não derivam de outras condições psiquiátricas. No entanto, os sintomas ansiosos são frequentes noutras perturbações psiquiátricas como as depressões ou a psicose, entre outros. Podem aparecer quadros em que várias perturbações estão presentes não se conseguindo identificar o que é primário ou não. Nestes contextos, estamos perante situações de co-morbilidade (Castillo et al., 2000).

Batista e Golfeto (2000) referem que a literatura sobre a ansiedade geralmente não abarca todas as faixas etárias, o que poderá indicar que as manifestações de ansiedade deverão ser diferentes na infância e adolescência e na idade adulta.

De acordo com o Manual Diagnóstico de Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (*American Psychiatric Association [APA], 2002*), as perturbações de ansiedade estão agrupadas em diferentes tipologias, relativamente às quais será efetuada uma breve descrição, nomeadamente das sete mais comuns à infância e adolescência. (1) A ansiedade de separação reflete o medo excessivo e irrealista de separação a uma figura de vinculação, desajustada ao nível etário em que se encontra. (2) Por sua vez, a ansiedade generalizada caracteriza-se por uma preocupação excessiva e inconstante acompanhada ou resultando em sintomas somáticos. (3) Uma outra perturbação comum é a perturbação de pânico que se traduz em episódios de medo recorrentes, intensos mas com limite de tempo, frequentemente associados com sensações de catástrofe iminente (medo de enlouquecer ou de perder controlo). (4) A fobia social é outra perturbação comum na infância que reflete uma ansiedade clinicamente significativa originada em determinadas situações sociais ou em desempenhos que frequentemente levam a um comportamento de evitamento. (5) Por outro lado, as fobias específicas retratam medos intensos e irrealistas de objetos ou situações específicas. (6) Podemos ainda referir o stresse pós-traumático que se caracteriza pelo reviver de um acontecimento muito traumático, acompanhado por sintomas de ativação fisiológica, assim como o evitamento de estímulos associados ao trauma. (7) Por fim, a perturbação obsessivo-compulsiva é marcada por obsessões recorrentes (pensamentos, imagens e impulsos) e/ ou compulsões (atos comportamentais ou mentais), sendo suficientemente severas para afetar de forma stressante a pessoa.

2.2.2. Dados Epidemiológicos sobre a ansiedade

Segundo Odriozolo (2001) os estudos epidemiológicos sobre as perturbações de ansiedade na infância são muito pouco rigorosos, uma vez que não existem critérios de

classificações conceituais. Apesar disso, as perturbações de ansiedade têm um peso muito considerável, pois representam 37% da morbidade psiquiátrica deste grupo etário. O sexo feminino é o mais afetado, embora não o seja de forma tão acentuada na infância como na vida adulta. No entanto, é difícil precisar a frequência desta perturbação nesta faixa etária porque a maioria dos estudos associam a infância à adolescência (Marcelli, 2005).

As perturbações de ansiedade são um dos quadros psiquiátricos mais frequentes na psiquiatria infantil, com uma prevalência esperada, durante o período de vida, de 9% nas crianças, e de 15% nos adolescentes (Bernstein et al.; Castillo et al., , 2000). Por sua vez, Costello, Egger e Angold (2004, cit in Grover, Ginsburg & Iolongo, 2005) destacam que as perturbações de ansiedade variam entre três e 15%. Estas perturbações têm sido as mais frequentes em crianças e adolescentes (Antunes, 2008; Schriering, Hadson & Rapee, 2000,). Outros autores apontam que as perturbações de ansiedade são as mais comuns em crianças e adolescentes (Toro, 2006; Spence, 1998; Weems & Stickle, 2005).

Como se referiu, as perturbações de ansiedade são as mais comuns e surgem com uma prevalência estimada entre os 12% e os 20% (Antunes, 2008; O'Brien, Olden, Migone, Dooley, Atkins, Ganter & Bates 2007).

Para além dos estudos identificados, a literatura apresenta a prevalência de cada categoria da ansiedade.

Asbahr (2004) salienta que 10% das crianças e adolescentes padecem de algum tipo de ansiedade (excluindo a perturbação obsessiva-compulsiva que afeta 2% das crianças e adolescentes).

De acordo com a literatura, os quadros mais frequentes em crianças e adolescentes são as perturbações de ansiedade de separação (Asbahr, 2004), sendo esta mais habitual que a ansiedade generalizada (Toro, 2006). No mesmo sentido, Marcelli (2005) entende que é na criança, desde pequena e até à fase pubertária, que a angústia de separação é mais frequente, sendo predominante nas meninas. Segundo Asbahr (2004) e Castillo e colaboradores (2000), a ansiedade de separação tem uma prevalência que ronda os 4%; já para Ollendick e Seligman (2006) a prevalência da ansiedade de separação varia entre 3,5 e 5 %.

Relativamente à ansiedade generalizada, esta varia entre 2,7 e 4,6% (Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000), no entanto, outros autores apontam valores superiores, à volta dos 6% (Ollendick & Seligman, 2006).

A perturbação de pânico encontra-se nos 0,6% de prevalência (Asbahr, 2004; Castillo, et al., 2000). Esta baixa prevalência é corroborada por Ollendick e Seligman (2006), uma vez

que esta é uma perturbação rara em crianças, já que, tipicamente, o seu início ocorre na adolescência ou no jovem adulto, apontando uma prevalência de cerca de 1%.

Por sua vez, a fobia social a prevalência da fobia social é de aproximadamente 1% (Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000; Ollendick & Seligman, 2006; Mercelli, 2005), sendo que os jovens, geralmente, têm vergonha e relutância em relatar os sintomas (Ollendick & Seligman, 2006). Esta fobia parece aumentar com a idade (Toro, 2006). Roy, Kristensen, Groholt e Clench-Aas (2009) elaboraram um estudo e concluíram que, de acordo com os relatos dos pais de 339 crianças, 2,3% das mesmas apresentavam fobia social significativa e 0,9% temiam pelo menos três situações sociais. Estes autores concluíram que os problemas de fobia social têm, portanto, início na infância.

Pode-se ainda mencionar que as fobias específicas variam entre 2,4% e 3,3% (Asbahr, 2004; Castillo *et al.*, 2000). Outros autores apontam para a existência de 2,5% de crianças e adolescentes com fobias específicas que provocam alguma dificuldade significativa (Ollendick & Seligman, 2006).

Por fim, as perturbações obsessivo-compulsivas são pouco frequentes na infância, sendo que variam entre 0,7%, na população infantil, e 1,2%, na população clínica infantil (Bragrado, Solano & Crespo, 1990, *cit in* Odriozola, 2001).

Em Portugal, no Quarto Inquérito Nacional de Saúde, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009), relativo aos anos de 2005 e 2006, 0,13% da população estudada com menos de 15 anos ($n = 1645834$) tem ou já teve ansiedade crónica. Destes, 54,6% eram do sexo masculino e 45,4% do sexo feminino. Para além disso, sabe-se ainda que 0,22% da população com menos de 15 anos tomou medicação para a ansiedade ou nervosismo, sendo que, destes, 81,8% eram do sexo masculino e 18,2% do sexo feminino. A análise destes dados vai no sentido oposto ao exposto pela literatura que refere que as raparigas são mais afetadas por este tipo de perturbação do que os rapazes (Marks, 1981, *cit in* Odriozola, 2001).

Em sentido oposto, Paiva (2007) realizou um estudo com 7059 crianças e adolescentes com idades entre os oito e os 15 anos, abarcando todo o território Português, entre as quais 5% apresentavam valores muito elevados para ansiedade estado e 0,40% para a ansiedade traço. Neste estudo, verifica-se que o sexo feminino apresenta valores de ansiedade significativamente superiores aos do sexo masculino.

2.2.3. Fatores de risco da ansiedade infantil

A etiologia das perturbações da ansiedade ainda é, em parte, desconhecida, embora existam múltiplos modelos explicativos (Odriozola, 2001) mas existem determinados fatores que aumentam o risco do seu aparecimento.

Os fatores de risco da ansiedade infantil incluem fatores hereditários e ambientais, sendo que o peso relativo dos fatores causais pode variar (Bernstein, et al., 1996).

Vários estudos têm procurado perceber quais os fatores de risco para o desenvolvimento da perturbação de ansiedade na infância e destacam como principais fatores os familiares (Asbahr, 2004; Bruggen, Stams, Bögels & Paulussen-Hoogeboom, 2010). Asbahr (2004) considera ainda que o principal fator de risco para uma perturbação de ansiedade com início na infância é os pais apresentarem alguma perturbação de ansiedade ou depressão. Um estudo longitudinal levado a cabo por Bruggen e colaboradores (2010) concluiu que, ao examinarem o controlo psicológico maternal e paternal bem como o suporte parental junto de pais e crianças, a rejeição maternal medeia a relação entre crianças com emocionalidade negativa e mais tarde com o desenvolvimento da ansiedade e depressão pelas mesmas.

Ao nível cognitivo, as crianças ansiosas tendem a responsabilizar-se excessivamente pelos seus insucessos, apresentam dificuldades em produzir alternativas e em fazer a distinção entre percursos de ações eficazes e ineficazes, assim como tomam decisões mais lentamente. A estratégia usada para enfrentar os obstáculos é habitualmente o evitamento. Apresentam também preocupações excessivas ou irrealistas, entendidas como incontroláveis, o que acaba por constituir uma distorção cognitiva global. Destaca-se ainda a existência de uma atenção exagerada às reações e aos pensamentos, o que se traduz numa inatividade que intensifica o medo (E Odriozola, 2001).

Toro (2006) acrescenta que existem dois fatores cruciais que se encontram na origem das perturbações de ansiedade: acontecimentos stressantes (e.g., divórcio dos pais, hospitalização, etc.) e o estilo educativo parental, particularmente maternal (existe uma relação forte entre ansiedade materna, a sobreproteção dos filhos e a ansiedade das crianças).

2.2.4. Consequências das perturbações de ansiedade

Para além das diferentes formas isoladas de manifestação de ansiedade sabe-se que cerca de metade das crianças com perturbação de ansiedade têm outra perturbação diagnosticada (Castillo et al., 2000), assim como outras consequências associadas.

Grover, Ginsburg e Iolongo (2007) desenvolveram um estudo entre a sintomatologia ansiosa e função social com crianças, entre os cinco e os oito anos que frequentam o 1.º ano de escolaridade. Deste concluíram que as crianças que apresentam níveis de ansiedade mais elevados revelam um desempenho académico e aceitação dos pares inferior às demais. No entanto, as primeiras apresentam níveis superiores de depressão e agressividade. A longo prazo, as crianças que anteriormente apresentavam valores mais elevados de ansiedade demonstravam agora valores mais baixos no desempenho académico, agressão e aceitação dos pares e níveis superiores de ansiedade e depressão.

A ansiedade encontra-se também associada ao sucesso escolar, sendo que aumenta significativamente com o número de reprovações. Relativamente ao ciclo de escolaridade, os níveis de ansiedade estado revelam-se inferiores nos alunos do 1.º ciclo de escolaridade em comparação com os dos 2.º e 3.º ciclos do ensino básico (Paiva, 2007).

Apesar da existência de variadas categorias de ansiedade, grande parte das crianças apresenta mais que uma perturbação ansiosa, estimando-se que aproximadamente metade tenha também outra perturbação comórbida (Bernstein et al., , 1996).

De acordo com o estudo estatístico realizado por Paiva (2007), os problemas de ansiedade infantil representam fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações de comportamento, humor, depressão e tentativas de suicídio na idade adulta. Também podem surgir vários problemas sociais, tais como dependência de adultos, dificuldades de resolução de problemas, impopularidade e problemas conjugais. Estes estudos longitudinais têm demonstrado que as perturbações de ansiedade e outras relacionadas com esta, como a depressão, a doença bipolar, perturbações de sono, perturbações alimentares, e as dependências de substâncias na idade adulta têm origem na infância.

2.3. Depressão e ansiedade infantil: perturbação afetiva

Várias investigações evidenciam uma proximidade crescente entre três perturbações: a depressão *major*, a ansiedade e o comportamento (Barbosa & Gaião, 1999; Fu *et al.*, 2000)

Os dados sugerem que sintomas de ansiedade na infância podem constituir mais um sinal preditivo para a depressão do que para os transtornos ansiosos (Krasa, Tolbert, 1994, *cit in Fu et al.*, 2000). Assim, níveis elevados de ansiedade parecem ser preditores do aparecimento posterior da depressão (Crujo & Marques, 2009)

Existe também uma forte associação entre a ansiedade de separação e a depressão em crianças e adolescentes, seja qual for o seu sexo e idade (Brent & Weersing, em Martin, Volkmar, eds., 2007, *cit in* Crujo e Marques, 2009).

No que refere à depressão *major*, na infância, os resultados indicam que, só em raras ocasiões, surge isoladamente em crianças e adolescentes (Barbosa, et al., 1996). MacCauley, Pavlidis e Kendall em Goodyer, (2001, *cit in* Crujo & Marques, 2009) referem que cerca de 50% das crianças com perturbações depressivas apresentam comorbilidades.

Várias investigações referem que as perturbações mais comórbidas com a depressão infantil são as perturbações da ansiedade, seguindo-se a perturbação de comportamento. Kovaks, em 1989, (*cit in* Barbosa et al., 1996) numa amostra de 104 crianças deprimidas, verificou que 41% apresentavam uma perturbação de ansiedade, com maior prevalência a ansiedade de separação, seguindo-se a perturbação de comportamento. No mesmo sentido, Angolds, Costello e Erkanli (1999) referem que, nas crianças deprimidas, uma em cada três crianças sofrem de uma perturbação de ansiedade, e que 40% apresentam uma perturbação de comportamento. Outras perturbações que também parecem estar associadas à perturbação depressiva *major* são as perturbações de oposição e a de défice de atenção. A criança deprimida tem, com estas perturbações, um aumento da severidade da depressão e uma evolução pior, bem como um mau prognóstico. (Bahs, 2002 a).

Como vimos anteriormente, a ansiedade e a depressão são duas entidades nosológicas (DSM-IV e CDI-10) que se encontram muitas vezes associadas, o que, em prática clínica, aumenta a dificuldade de um diagnóstico acertado. Talvez devido a este aspeto, têm havido pressões para que seja considerada uma só entidade, designada perturbação afetiva. Este aspeto terá influência nas próximas novas versões da CDM-V e do CDI-11. (Goldberg, 2008 *cit in* Thompson, 2012; Watson, 2005, *cit in* Thompson, 2012).

3º capítulo– A ansiedade e depressão na obesidade infantil

A obesidade em crianças e adolescentes pode ter consequências imediatas no seu funcionamento psicológico e social. A estigmatização das crianças e dos adolescentes obesos tem sido reconhecida e documentada nas culturas ocidentalizadas. Existem, porém, poucos estudos que avaliaram a associação da obesidade com concomitante ou posterior patologia psiquiátrica, tais como sintomatologia depressiva ou ansiosa (Lobstein et al., 2004).

Em vários estudos a ansiedade e a depressão têm sido associadas ao ganho de peso (Braet, Mervielde & Vandereycken, 1997; Vila et al., 2004), enquanto noutros esta associação não se verifica (Lamertz et al.; Brewis, 2002). Tanto em estudos longitudinais como em estudos transversais, os resultados são variáveis, e parece não existir consenso em torno desta questão, o que exige cuidado nas interpretações (Lamertz, Jacobi, Yassouridis, Arnold, & Henkel, 2002).

3.1. Ansiedade na obesidade infantil

A literatura tem tido a preocupação de verificar se existe uma associação entre a obesidade e as perturbações de ansiedade. Parece haver uma corrente de estudos que postula uma associação positiva (Anderson, Cohen, Naumova & Aviva Must, 2006; DiasEncinas & Sandoval, 2007; Rofey, Kolko, Iosif, Silk, Bost, Feng, Szigethy, Noll, Ryan & Dahl, 2009; Silvestre & Stavile, 2005; Tapia, 2006). Investigações transversais têm constatado uma associação entre a ansiedade e o excesso de peso (Aquila, Castro, & Staforelli, 2009; Erermis et al., 2004; Tapia, 2006). A título de exemplo, Calderón, Forns e Vereá (2009), ao avaliar a presença de sintomatologia ansiosa em crianças e adolescentes, entre os 11 e os 17 anos, numa amostra de 297 sujeitos, concluíram que, à medida que o IMC aumentava, ocorria uma elevação nos sintomas de ansiedade, que era estatisticamente mais significativa nos sujeitos com obesidade grave.

Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Vila e colaboradores (2004) que procuraram avaliar o tipo e a frequência de perturbações mentais presentes em crianças e adolescentes obesos. Para isso, recorreram a uma amostra de 155 crianças e adolescentes obesos, com idades compreendidas entre os cinco e os 17 anos, que se encontravam em acompanhamento clínico num Departamento de Nutrição Pediátrica, em Paris. Os dados apontam que cerca de 88 crianças obesas (58%) preencheram critérios para um tipo de diagnóstico segundo o DSM-IV. O tipo de perturbação mais predominante nos sujeitos foi a

perturbação de ansiedade, a qual correspondia a cerca de 32%, isto é, 63 crianças apresentavam perturbação de ansiedade: 14 sofriam de ansiedade generalizada, onze de ansiedade de separação, duas de agorafobia e duas de stress pós-traumático.

A perturbação de ansiedade que mais se relaciona com a obesidade é a generalizada (Silvestre & Stavile, 2005; Vila et al., 2004), também designada por crónica, permanente ou persistente, onde o sujeito se encontra continuamente ansioso sem uma causa aparente (Sierra, Buella-Casal & Morales, 2001). Como este tipo de ansiedade não assume valores elevados, o facto de comer permite a sua redução, o que leva com o passar do tempo a um aumento de peso (Silvestre & Stavile, 2005). No entanto, outros autores referem que a perturbação de ansiedade mais frequente nas crianças e adolescentes obesos é a ansiedade de separação e a fobia social (Isnard-Mugnier, Vila, Nollet-Clemencon, Vera, Rault, & Mouren-Simeoni, 1993). Estes dados fundamentam a representação clássica das crianças obesas como excessivamente dependentes do seu ambiente familiar, indicando apego excessivo às figuras parentais, associadas com ansiedade de separação e o medo da crítica, evitando o contacto social, ficando limitados ao ambiente familiar. As pobres competências sociais confirmam baixo padrão de atividades em crianças obesas, porém, não se sabe se estas pobres competências procedem ou antecedem a obesidade (Vila et al., 2004).

No que se refere ao género, parece que são as raparigas que apresentam maiores níveis de ansiedade, comparativamente com os rapazes (Anderson et al., 2006; Becker, Margraf, Turke, Soeder, Neumer, 2001; Calderón et al., 2009). Os resultados obtidos num estudo longitudinal (Anderson et al., 2006) não encontraram associação entre as perturbações de ansiedade e o IMC nos rapazes, o que indica que as perturbações de ansiedade não têm influência no IMC do sexo masculino. Em contrapartida, as mulheres com perturbações de ansiedade apresentavam um IMC superior às que não sofriam desta perturbação. Esta diferença é de 0.13 unidades e encontrava-se relacionada com o número de anos decorridos desde o início da identificação desta perturbação.

Uma possível justificação para a associação entre a ansiedade e a obesidade deve-se provavelmente ao facto dos sujeitos que sofrem de excesso de peso e obesidade terem dificuldade na gestão adequada dos seus afetos e emoções (Silvestre & Stavile, 2005; Tapia, 2006;). O ato de comer enquanto mecanismo para lidar com as emoções negativas designa-se por comer emocional (Goossens, Braet, Vlierberghe, & Mels, 2009).

Neste seguimento, Pervanidou e Chrousos (2011) consideram que o comer, e especificamente o mastigar, permite a redução da ansiedade, já que esta atividade implica um

gasto de energia proveniente de esmagar e triturar os alimentos. Esta estratégia anti-ansiedade conduz a um ciclo vicioso: a redução da ansiedade através da ingestão de alimentos conduz no futuro ao aumento do peso, o qual, ao tornar-se preocupante, induz ao aumento dos níveis de ansiedade, fazendo com que a pessoa coma e assim sucessivamente. Deste modo, está instalado um mecanismo compensador, que tem como causa a não identificação dos motivos de tal ansiedade (DiasEncinas & Sandoval, 2007, Silvestre & Stavile, 2005;). Assim se justifica que o sujeito ansioso seja mais vulnerável para a perda de controlo sobre o seu comportamento alimentar (Goossens *et al.*, 2009).

Como foi referido, a relação entre a ansiedade e a obesidade nem sempre se tem verificado na literatura. Mustillo, Worthman, Erkanli, Keeler, Angold e Costello (2003), num estudo longitudinal realizado com crianças caucasianas, entre e os nove e os 16 anos, não observaram qualquer associação entre trajetórias de peso em crianças e perturbações de ansiedade. Outros autores (Pastore, Fischer & Friedman, 1996), ao estudar uma população de adolescentes em Nova Iorque perceberam que a autoestima e a ansiedade presente em adolescentes obesos não diferiram dos adolescentes com peso normal. Outros dados provenientes de outros estudos longitudinais têm caminhado no mesmo sentido (Lamertz *et al.*, 2002). Existe também outro estudo, de natureza transversal, que verifica que os sintomas de ansiedade foram inversamente relacionados com o peso, embora estes sejam estudos pouco recentes e realizados entre a população adulta de ambos os sexos (Crisp & McGuinness, 1976).

3.2. Depressão na obesidade infantil

No que diz respeito à relação entre a sintomatologia depressiva e a obesidade infantil, em comparação com a associação da sintomatologia ansiosa com a obesidade, esta parece ser mais consensual, sobretudo no que diz respeito ao sexo feminino (Anderson, *et al.*, 2006; Burrows & Cooper, 2002; Carpenter, Hasin, Allison, Faith, *et al.*, 2002; Liem, Sauer, Oldehinke & Stolk, 2008; Richardson *et al.*, 2003; Tanofsky-Kraff *et al.*, 2010).

Assim, um estudo transversal levado a cabo por Burrows & Cooper (2002) comparou um grupo de meninas com excesso de peso com outro grupo de peso normal, ambos com idades compreendidas entre os 11 e os 12 anos. Os dados obtidos sugerem que as meninas com excesso de peso apresentam mais sintomas de depressão, mais preocupações com a aparência física e uma menor autoestima. Além disso, as mulheres com história de depressão têm sido associadas a maiores ganhos de peso em comparação com as mulheres sem história desta perturbação. Estes ganhos de peso traduzem-se em variações anuais do IMC, na ordem das

0,09 unidades. A amplitude do IMC varia em função da idade em que a mulher sofreu o primeiro episódio depressivo e pelo número de anos decorridos desde o reconhecimento da depressão. Por exemplo, este modelo supõe que uma mulher com 30 anos, cujo reconhecimento da depressão tenha ocorrido aos 14 anos, prevê que o seu IMC seja superior em 0,34 unidades do que nas mulheres sem história de depressão (Anderson et al., 2006). São também as mulheres que apresentam maior risco de obesidade consoante o aumento de episódios depressivos durante a adolescência (Richardson et al., 2003). Estes dados parecem indicar que são mais as raparigas que os rapazes que sofrem uma maior pressão psicológica para serem mais atraentes e magras (Horton, 2008). Surpreendentemente, nos homens tem-se verificado uma relação inversa entre o IMC e a depressão, ou seja, verifica-se uma diminuição do IMC dos homens que apresentam depressão em comparação com aqueles sem história desta patologia. Apenas se constata que a depressão infantil masculina se encontra associada a um aumento da variação do IMC ao longo dos anos. Por exemplo, para um menino com nove anos, com depressão, estimava-se que o IMC aumentava 0.49 unidades em comparação com crianças da mesma idade, sem depressão (Anderson et al., 2006).

Com o objetivo de estudar longitudinalmente a hipótese de que sintomas depressivos durante a infância estão associados a ganho de peso e obesidade na vida adulta, Hasler, Pine, Kleinbaum, Gamma, Lukenbaugh, Ajdacic, Eich, Rössler e Angst (2005) recorreram a uma amostra de jovens e adultos (n=591) com idades compreendidas entre os 19 e os 40 anos. Os resultados indicam que, nas mulheres com sintomas depressivos antes dos 17 anos, foram associados um aumento de peso, representando maior risco de obesidade quando adultas. Entre os homens, os sintomas depressivos antes dos 17 anos de idade foram relacionados com aumento de peso na idade adulta, mas não com a ocorrência de obesidade. Erickson, Robinson, Haydel, e Killen (2000), ao recorrer a uma amostra de crianças do ensino básico da Califórnia, verificaram uma associação modesta, mas estatisticamente significativa, entre sintomatologia depressiva e um aumento do IMC, mas só em meninas. Esta relação parece ser explicada por uma excessiva preocupação com o aumento de peso. Pine, Goldstein, Wolk e Weissman (2001), ao comparar longitudinalmente um grupo de crianças obesas acompanhadas medicamente, entre os seis e os 17 anos de idade, que sofriam de depressão maior (n = 90) e um outro grupo de crianças que não tinham transtorno psiquiátrico (n = 87), concluíram que os participantes com depressão infantil tinham maior IMC ($26,1 \pm 5,2$ em adultos) em comparação com os saudáveis (IMC de $24,2 \pm 4,1$). Os autores asseguraram também que esta associação não podia ser explicada por uma série de fatores potencialmente

parasitas, que incluem idade, sexo, uso de cigarro, abuso de álcool, classe social, história de gravidez ou medicação.

Para além do fator sexo, a faixa etária parece ser determinante para a presença da relação entre a depressão e a obesidade. Vários estudos têm reforçado a hipótese que a depressão na adolescência aumenta o risco para obesidade (Erermis et al., 2004). A investigação longitudinal, realizada na Nova Zelândia (Richardson *et al.*, 2003), constatou que, no início da adolescência, não se verificou qualquer associação entre depressão e obesidade para ambos os sexos, o que indica que, na infância, a imagem corporal não assume relevo essencial, como acontece na adolescência, motivo pelo qual o impacto psicológico que a obesidade tem na infância é menor (Horton, 2008). Mas esta questão não é consensual, pois noutros estudos verifica-se a existência de uma relação entre o IMC e a depressão, embora em crianças saudáveis entre os oito e os 13 anos de idade (Dockray, Susman & Dorn, 2009), bem como na população em geral (Carpenter et al, 2000).

Outras investigações também têm fornecido dados importantes sobre a relação entre trajetórias de obesidade e psicopatologia. Foi este o objetivo que orientou o estudo de Mustillo e colaboradores (2003), onde se verificou que só as crianças com obesidade crónica apresentavam maiores índices de depressão e de perturbação de oposição. Tanto o risco para o desenvolvimento de perturbação de oposição, que era o mesmo em ambos os sexos, como para o aumento da vulnerabilidade para depressão, mais prevalente em meninos, aumentaram em função do nível socioeconómico.

Importa referir que existem vários fatores de ordem biológica (Hasler *et al.*, 2005) e social (Braet & Mervielde, 1997; Pitrou, Shojaei, Wazana, Gilbert, Kovess- Masfety, 2010; Puhl & Latner, 2007) que têm fundamentado a relação encontrada entre a perturbação depressiva major e a obesidade na infância.

A depressão e a gordura corporal, enquanto fatores genéticos, têm em comum monoaminas e peptídeos, que incluem a serotonina, norepinefrina, dopamina, neuropeptide e a hormona corticotrofina-libertadora, o que pressupõem que o stresse crónico leve ao excesso de peso e tenha consequências metabólicas (Hasler et al, 2005).

No que concerne aos fatores sociais, os quais contribuem para a compreensão da relação entre a obesidade e a depressão, vários autores (Braet & Mervielde, 1997) referem que a existência de obesidade na infância pode conduzir a complicações de desenvolvimento, pois esta interfere com a realização de atividades da criança com o seu grupo de pares. Tanto Pitrou e colaboradores (2010) como Puhl e Latner (2007) referem que existe uma relação

entre a obesidade e problemas sociais como o estigma social e *bullying*. Estas correlações representam riscos acrescidos para o desenvolvimento de uma possível depressão, no futuro, e uma maior vulnerabilidade individual (Puder & Munsch, 2010).

Apesar dos estudos mencionados anteriormente encontrarem alguma associação entre depressão e obesidade, existem outros que não a encontram. Tanofsky-Kraff, e colaboradores (2010), ao procurarem investigar qual a relação entre variáveis psicológicas e a alteração da gordura corporal ao longo do tempo, em crianças com risco de desenvolver obesidade em adulto, concluíram que são as atitudes e as compulsões alimentares, como a realização de dietas, que preveem o aumento da gordura corporal. Não se encontra relação entre sintomas depressivos e alterações de peso. Os autores sugerem que este facto pode ser uma consequência da idade e perfil da amostra estudada (seis e 12 anos de idade), uma vez que muitos sujeitos ainda não tinham iniciado a puberdade e poucas crianças preencheram os critérios para a depressão clínica. É possível que os sintomas depressivos, e talvez outras variáveis psicológicas, sejam preditores de maiores ganhos de gordura entre as crianças mais velhas. Além disso, a falta de resultados dos autores pode ser atribuída ao uso de um questionário para avaliar os sintomas depressivos. Goodman e Whitaker (2002) também não encontraram nenhuma evidência que a obesidade aumentava o risco de depressão, embora os instrumentos utilizados (um questionário de triagem dicotómica) possam ter reduzido a probabilidade de detetar esse efeito. Existem também outros, de natureza transversal, que verificaram que os sintomas de depressão foram inversamente relacionados com o peso mas trata-se de estudos pouco recentes e levados a cabo entre a população adulta (Crisp & McGuinness, 1976).

3.3. Ansiedade e a depressão em crianças com obesidade

Como vimos, as perturbações mentais mais prevalentes em crianças obesas são a depressão major e as perturbações de ansiedade (Erermis et al., 2004; Pitrou et al., 2010; Vila et al., 2004, Lamertz et al., 2002). Este aspeto pode estar relacionado com um conjunto de características psicológicas desajustadas que tendem a estar associadas a sujeitos com obesidade, como uma baixa autoestima (Braet *et al.*, 1997), dificuldades relacionais e sociais (Aquila *et al.*, 2009; Puhl & Latner, 2007).

Braet e colaboradores (1997) referem que as crianças obesas apresentam níveis mais baixos de aptidão física e autoestima em geral, quando comparadas com crianças não obesas. Daí que aos níveis de autoestima em crianças obesas se associem maiores índices de tristeza,

solidão e nervosismo (Strauss, 2000). Contudo, existem outros estudos (Pastore et al., 1996) que não corroboram estes dados.

Além da autoestima, a literatura sugere que as crianças obesas apresentam mais dificuldades nas relações interpessoais, tanto familiares como noutros contextos, sendo mais frequentes as contrariedades nas relações íntimas, as queixas de solidão e elevados níveis de conflitos (Aquila *et al.*, 2009). Puhl e Latner (2007), referem que sujeitos com percentil igual e superior a 95 estão mais propensos a vitimização por *bullying* e, quanto maior a obesidade, mais vulneráveis se tornam à marginalização. Como é de esperar estes dados reforçam a relação entre a obesidade e a psicopatologia em crianças obesas, referida na literatura (Vila et al., 2004).

Lamertz e colaboradores (2002) referem que existe uma certa consistência entre obesidade e psicopatologia, sobretudo em estudos clínicos. Em 1997, Braet e colaboradores, ao compararem crianças obesas em ambientes clínicos e não clínicos, bem como um grupo de controlo com peso normal, descobriram que, enquanto a autoestima foi reduzida em ambos os grupos de obesos, o aumento da patologia psiquiátrica só estava presente entre as crianças obesas no grupo clínico. Outro estudo importante neste domínio foi o realizado por Rofey e colaboradores (2009). Estes autores, ao analisarem um grupo de 285 crianças não obesas, com idades compreendidas entre os oito e os 18 anos de idade, das quais 143 sofriam de perturbação depressiva major (PDM), 43 sofriam de algum tipo de perturbação de ansiedade (PA) e as restantes crianças constituíram o grupo de controlo, concluíram que, nos grupos com patologia, PDM e PA, se verifica um aumento do IMC, estatisticamente significativos, comparativamente com o grupo saudável.

Os dados indicam que a obesidade apresenta um alto risco para psicopatologia que é tão grande ou maior como uma doença somática, como a diabetes, envolvendo um stress significativo (Vila et al., 2004)

Nos casos de sujeitos que padecem de obesidade mórbida, registam-se elevadas taxas de psicopatologia. Assim, cerca de 84% dos pacientes com obesidade mórbida têm, pelo menos, um distúrbio psiquiátrico. Estes doentes tinham uma prevalência de três distúrbios mentais comparativamente com os não obesos (Britz, Siegfried, Ziegler, Lamertz, et al., 2002).

Vários autores referem que a justificação para esta associação prende-se com o facto de as crianças com obesidade apresentarem um défice na regulação emocional (Britz et al., 2000; Rofey et al., 2009). Gross (1998, *cit in* Coutinho et al., 2010) define a regulação emocional como os “processos pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as

têm e como experienciam e expressam essas emoções” (p. 145). Um déficit na regulação emocional encontra-se relacionado com o desenvolvimento de várias perturbações psicológicas (Gross & Munoz, 1995).

Para contradizer toda a fundamentação apresentada anteriormente sobre a associação entre psicopatologia, especificamente sintomatologia depressiva e ansiosa em crianças obesas, vários autores negam a existência desta associação, ou pelo menos deixam algumas reservas. Lamertz, e colaboradores (2002), procuraram compreender, longitudinalmente, qual a relação entre o IMC e psicopatologia, de acordo com o DSM-IV, na população em geral. Para o efeito, recrutaram cerca de 3021 sujeitos entre os 14 e os 24 anos de idade. Os resultados indicam que não existe nenhuma associação entre IMC e as categorias de perturbações mentais, segundo o DSM-IV, em adolescentes e em adultos. Por isso, pode dizer-se que os problemas psicológicos podem surgir tanto em indivíduos obesos, de peso médio ou com baixo peso, e em todas as idades e géneros. Resultados semelhantes foram encontrados noutras investigações (Goldsmith, Anger-Friedfeld, Beren, Rudolph, Boeck & Aronne, 1992).

Puder e Munsch (2010) sugerem que a justificação para a associação encontrada entre a obesidade e a psicopatologia pode dever-se não só às experiências de vida relacionadas com a obesidade e com o impacto destas na qualidade de vida das crianças, como também resultar de transmissões familiares. Parece que existe uma associação entre psicopatologia materna e problemas de psicopatologia em crianças e que a ansiedade materna constitui um preditor de problemas de internalização em crianças (Roth, Munsch, Meyer, Isler, Schneider, 2008, cit in Puder & Munsch). Epstein, Klein & Wisniewski (1994) investigaram a psicopatologia materna, o nível socioeconómico familiar e o excesso de peso das crianças e verificaram que existe uma associação positiva entre a psicopatologia materna, o nível socioeconómico e os problemas emocionais e comportamentais em crianças. Existe também uma maior frequência de transtornos depressivos em pais de crianças e adolescentes obesos em comparação com pais de crianças não obesas (Isnard-Mugnier et al., 1993). De acordo com Favaro e Santonastaso (1995), as características maternas são mais relevantes que as características paternas para se prever o curso da obesidade em crianças; mães de crianças obesas que sofreram problemas psiquiátricos tiveram filhos com mais obesidade grave.

Outro aspeto importante é que nem todas as culturas viram o excesso de peso como algo negativo. Um estudo de (Brewis, 2003) descobriu que crianças obesas mexicanas não têm maiores problemas sociais (rejeição por pares ou estigma) ou problemas psicológicos (ansiedade, depressão ou autoestima baixa) do que os seus pares não obesos. É possível que

padrões culturais semelhantes sejam encontrados em outras regiões do mundo, e dentro de subpopulações ocidentais industrializadas. Tais estudos ressaltam a importância das atitudes da família e do grupo de pares na angústia psicológica de criança obesa. Da mesma forma, as crianças provocadas pelos colegas devido à forma do seu corpo têm mais probabilidade de estarem insatisfeitas com sua aparência quando mais velhos, ao ponto de desenvolver distúrbios alimentares (Brown, Cash, Lewis, 1989).

Para além disso, Lamertz e colaboradores (2002) referem que, devido ao facto de existirem diferentes tipos de investigações e limitações sobre o tema, pode ser prematuro assumir que a psicopatologia e a obesidade se encontram associadas. Os diferentes resultados encontrados nas investigações podem dever-se a vários fatores como o tipo (amostra clínica ou da população em geral), o tamanho da amostra e a idade dos sujeitos. Outro fator que contribui para a inconsistência dos dados é a utilização de diferentes instrumentos metodológicos, pois existem diferenças no que diz respeito ao rigor no diagnóstico de perturbações (alguns estudos utilizam entrevistas estruturadas e outros escalas de avaliação). Por fim, a existência de uma grande inconsistência de categorização do peso corporal e os diferentes testes estatísticos também contribuem para a variabilidade dos dados.

4º Capítulo - Metodologia

4.1. Objectivos e tipo de estudo

Devido à inconsistência dos resultados em torno da relação entre a obesidade, a depressão e a ansiedade, vários autores (Luiz et al., 2005; Salim & Bicalho, 2004; Silva, Martins, Batista, Vergueiro & Faria, 2009) sublinham a necessidade de outros estudos, para que seja possível clarificar tais relações e diferenças entre crianças obesas e não obesas. Perceber se existem implicações de ordem de saúde mental nas crianças obesas permite fundamentar diferentes níveis de intervenção, quer na comunidade, quer em contexto clínico. Neste sentido, o objetivo principal deste trabalho é procurar perceber se as crianças com obesidade infantil diferem das crianças sem obesidade em termos de sintomatologia depressiva e ansiosa, de forma a contribuir para o avanço da investigação na área da obesidade e dos seus aspetos psicológicos.

4.2. Hipóteses de investigação

Hipótese 1 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) ao nível da sintomatologia depressiva.

Hipótese 2 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) ao nível da sintomatologia ansiosa.

Hipótese 3- Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) no que refere ao local de residência (rural e urbano) do agregado familiar.

Hipótese 4 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) em função do nível de escolaridade dos pais.

Hipótese 5 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) relativamente à prática de exercício físico.

Hipótese 6 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) em função do consumo e das preferências alimentares.

Hipótese 7- Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) relativamente ao tipo de problemas de saúde.

4.3. Design do estudo

O presente estudo segue o *design* inter-sujeitos, uma vez que pretendemos comparar dois grupos independentes (Martins, 2011), ou seja, o grupo de crianças obesas e não obesas, em

relação às variáveis independentes já mencionadas no tópico anterior. O estudo é transversal, pois compara grupos apenas num momento de avaliação (Almeida & Freire, 2003).

4.4. Amostra

A amostra é constituída por 85 crianças com idades compreendidas entre os oito e os 12 anos, residentes na zona de Barcelos. Foram constituídos dois grupos distintos independentes: o grupo de crianças obesas, composto por 35 utentes da consulta da Obesidade Infantil do Hospital de Santa Maria Maior (HSMM) de Barcelos, E.P.E. O outro grupo é constituído por 50 crianças sem obesidade, também residentes no concelho de Barcelos, a frequentar o 4.º ou o 5.º anos de escolaridade na Escola Básica de Primeiro de Maio (Agrupamento Gonçalves Nunes) e os 2.º, 3.º ou 4.º anos do Ensino Básico de Carreiras (Agrupamento Vale D´Este). Trata-se de uma amostra de conveniência, cujos participantes obedeceram ao critério de seleção, isto é, corresponderem ao padrão de idade antes designado. Foi estabelecido como critério de exclusão do grupo clínico, a existência de outra doença responsável pela obesidade de forma a evitar o viés dos resultados.

4.5. Variáveis estudadas

4.5.1. Variáveis sócio-demográficas

Para este estudo foram selecionadas sociodemográficas que se assumem como pertinentes para a caracterização da amostra, tais como: sexo, idade, ano de escolaridade, local de residência do agregado familiar (meio urbano e meio rural), ano de escolaridade dos pais, prática de exercício físico, frequência da prática de exercício físico e consumos ou preferências alimentares.

4.5.2. Variável clínica

A variável clínica selecionada foi a existência de problemas de saúde

4.5.3. Variável psicológicas

Consideramos as seguintes variáveis psicológicas: a sintomatologia depressiva e a sintomatologia ansiosa.

4.6. Procedimentos

Este projeto foi submetido à Comissão de Ética do H.S.M.M., E.P.E., de modo a obter autorização para a recolha de dados junta da população clínica (Anexo I). A recolha dos dados junto da população normativa contou também com a autorização do Presidente do Agrupamento de Escolas de Gonçalves Nunes (Anexo II) e do Agrupamento de Escolas de Vale D' Este (Anexo III) para assegurar que as escolas antes referidas permitissem a recolha de dados. Deferidos os pedidos de autorização, procedeu-se à recolha dos dados.

Na amostra clínica, os dados foram recolhidos também com a colaboração da Psicologia da Unidade Hospitalar e teve lugar na sala de espera da Unidade Funcional de Psicologia, de modo individual. Antes da recolha, os pais preencheram o consentimento de informado (Anexo IV), onde manifestavam estar informados acerca do carácter voluntário, confidencial e anónimo do estudo. Foram fornecidas instruções prévias para o preenchimento dos questionários às crianças.

Para proceder à recolha de dados junto à amostra normativa foi entregue às crianças um pedido de colaboração (onde constavam informações sobre o carácter voluntário, confidencial e anónimo do estudo) e o consentimento de informado destinado aos seus pais (Anexo V). Após o preenchimento do consentimento de informado, procedeu-se ao preenchimento dos instrumentos de modo colectivo, no contexto da sala de aula, sendo fornecidas instruções de preenchimento dos questionários às crianças.

Foi também autorizada a administração dos instrumentos pelos seus autores que foram contactados de modo informal (via *e-mail*). Em ambas as amostras foi respeitada a mesma ordem de preenchimento dos instrumentos: questionário clínico, sócio-demográfico, CDI e CMAS-R.

4.7. Instrumentos

4.7.1. Questionário clínico e sócio demográfico

Foram elaborados dois questionários para o estudo: o questionário clínico (Anexo VI) e o sociodemográfico (Anexo VII). O primeiro permitiu recolher informação sobre a variável clínica, isto é, problemas de saúde, como a obesidade e outras doenças. Com o segundo, reuniu-se informação sociodemográfica, abrangendo as seguintes áreas: sexo, idade, área de residência, nível sociodemográfico, ano de escolaridade dos pais, prática de desporto físico, frequência da prática de exercício físico e frequência de consumos alimentares. Este

questionário é constituído por uma questão de resposta breve (ano de escolaridade) e nove de resposta múltipla.

4.7.2 Children's Depression Inventory (CDI)

Versão original

O Children's Depression Inventory (CDI) foi desenvolvido por Kovacs, em 1992, tendo sido alvo de tradução e adaptação à população portuguesa por Dias & Gonçalves, em 1999. Trata-se de um questionário de autorrelato que avalia a sintomatologia depressiva na população infantil (entre os sete e os 17 anos). Pode ser aplicado individual ou coletivamente com uma duração de preenchimento entre 10 a 25 minutos (Kovacs, 2004). Este questionário permite quantificar um leque de sintomas depressivos: humor alterado, capacidade de sentir prazer, autoavaliação e comportamentos interpessoais. Os itens do CDI cobrem a maioria dos critérios de depressão infantil, contudo, o diagnóstico é multimodal, e, por isso, não pode ser obtido através de uma única prova (Kovacs, 2004).

Cotação e interpretação

O CDI é constituído por 27 itens, cada um deles enunciando três frases que traduzem a intensidade ou a frequência dos sintomas apresentados pelo sujeito. A cada item, a escala de pontuação varia entre 0 a 2 pontos, em que 0 corresponde a uma intensidade ou frequência mais baixa, e 2 a uma maior frequência e intensidade. Ao sujeito cabe responder de acordo com a forma como se tem sentido nas duas últimas semanas (Kovacs, 2004).

Versão portuguesa

No estudo de Dias e Gonçalves (1999), a análise fatorial realizada não permitiu fazer a distinção das cinco escalas encontradas no estudo original. Assim, apenas foi possível obter a escala total, a qual possui três níveis de resultados. Os resultados obtidos que sejam iguais e inferiores a 39 indicam desejabilidade social; valores entre 40 e 60 indicam normalidade; valores superiores a 61 revelam níveis significativos de depressão. Em termos psicométricos, este instrumento apresenta na população Portuguesa uma consistência interna bastante razoável, sendo o *alpha de Cronbach* na ordem dos .80.

Importa referir também que o CDI tem sido também o instrumento mais utilizado e melhor aceite pelos especialistas em depressão infantil, sendo considerado sólido do ponto de vista psicométrico.

Características psicométricas na amostra em estudo

No presente estudo apenas se avaliou a fidelidade do instrumento na amostra. Na amostra clínica, a consistência interna é de .58 (consistência interna inaceitável) e, na amostra não clínica, o *alfa* é de .71 (consistência interna razoável). Na amostra total, a consistência interna é aceitável, correspondendo a .67.

4.7.3. *Children's Manifest Anxiety Scale-Revised (CMAS-R)*

Versão original

A *Children's Manifest Anxiety Scale-Revised (CMAS-R)* (Reynolds & Richmond, 1978, adaptada por Dias & Gonçalves, 1999) é uma escala que avalia a sintomatologia ansiosa em crianças e adolescentes, desde o 3.º ao 12.º anos de escolaridade, cuja aplicação é individual ou coletiva, com uma duração de preenchimento equivalente a 15 minutos. Esta escala foi elaborada a partir de uma revisão do CMAS (*Children's Manifest Anxiety Scale*) efetuada por Castela e colaboradores (1956, cit in Dias & Gonçalves, 1999).

Cotação e interpretação

É composta por 37 itens, dos quais 28 pertencem à escala ansiedade e os restantes 9 constituem a escala mentira. Este questionário é constituído por trinta e sete itens aos quais a criança deverá responder “sim” ou “não”, tendo em conta se é verdade ou não acerca dela própria. O CMAS-R tem duas escalas distintas: uma escala de ansiedade, da qual fazem parte os itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10,11,13,14,15,17, 18, 19, 21, 22, 23,25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 34, 35 e 37 e uma escala de mentira que integra os itens 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32 e 36. A cada afirmação positiva é atribuído um ponto e a cada afirmação negativa são atribuídos zero pontos. A soma das respostas positivas permite obter a pontuação total de ansiedade (Reynolds & Richmond, 1997, cit in Guajardo, Ramirez & Guerrero, 2010). Este resultado é convertido numa Nota T, que pode ser interpretada em três níveis: resultados iguais ou inferiores a 39 indicam deseabilidade social, valores entre 40 e 60 indicam normalidade e valores superiores a 61 revelam níveis de ansiedade.

Em relação à escala mentira, os autores referem que esta pode não indicar necessariamente falta de validade da nota na escala de ansiedade, sendo que um resultado elevado pode indicar defensividade da criança (Dias & Gonçalves, 1999).

Versão portuguesa

Em termos de fidelidade da escala de ansiedade, na população portuguesa, o *alpha de Cronbach* é bastante significativo (0.80) (Dias & Gonçalves, 1999. Importa referir que, no nível de escolaridade relativo ao 5.º ano, os valores são mais baixos na escala de Ansiedade quando comparados com os dos 3.º, 4.º e 7.º e 8.º anos.

Destaca-se que Silva e Figueiredo (2005) realizaram um levantamento dos principais instrumentos de avaliação da ansiedade em crianças, recorrendo as bases de dados electrónicas (*Psychoinfo, Psyclit, Medline e Eric*) no período que vai de 1940 a 2002. Puderam concluir que no *ranking* dos instrumentos mais utilizados de avaliação da ansiedade infantil o CMAS-R se encontra em primeiro lugar. Este aspeto revela a preferência por parte dos autores, o que vem a reforçar a relevância deste instrumento no estudo em questão.

4.7.3.1 . Características psicométricas na amostra em estudo

Na amostra presente, avaliou-se a fidelidade dos coeficientes de consistência (Quadro 1). Assim, verificou-se que o alfa da subescala ansiedade foi de 0.88, para o grupo clínico, e .86, para o grupo não clínico, o que revela também uma boa consistência interna.

Quadro 1- Resultados da Análise da consistência interna do CMAS-R (N=85)

- Ansiedade (k=28)	0,88 ^[4]	0,86 ^[4]	0,87 ^[4]
- Mentira (k=9)	0,51 ^[1]	0,72 ^[3]	0,69 ^[2]

O alfa da subescala mentira para o grupo clínico foi de .51, e de .72 para o grupo não clínico.

4.8. Procedimentos estatísticos

Todos os cálculos foram realizados no SPSS 19.0.

O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). Todavia, os valores de significância superiores a 5% e iguais ou inferiores a 10% foram considerados marginalmente significativos ($0,05 < p \leq 0,10$).

De modo a caracterizar a amostra ao nível das variáveis sociodemográficas, utilizou-se a estatística descritiva ou exploratória (média, desvio padrão, máximo e mínimo).

De modo a verificar se existem diferenças significativas entre o grupo clínico (obesos) e não clínico (não obesos), no que concerne à escolaridade dos pais (H1), à prática de exercício físico (H 2), ao consumo e preferências alimentares (H 3) e ao tipo de problemas de saúde (H 4), recorreu-se ao teste do qui-quadrado.

Para dar respostas às duas últimas hipóteses, ou seja, se existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em função da sintomatologia depressiva (H5) e ansiosa (H6) foi necessário recorrer o estudo da normalidade das distribuições. Assim, para as variáveis quantitativas, foi realizado o estudo da normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ($n \geq 30$) e pelo teste de Shapiro-Wilk ($n < 30$). As variáveis com nível de significância igual ou inferior a 5% ($p \leq 0,05$) foram consideradas com distribuição não-normal; as variáveis com nível de significância superior a 5% ($p > 0,05$) foram consideradas com distribuição normal. Nas situações em que as variáveis apresentaram distribuição normal, a homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene *statistics* (se $p > 0,05$ as variâncias são homogéneas; se $p < 0,05$ as variâncias são não-homogéneas). Assim, da comparação entre dois grupos de sujeitos (e.g., clínico vs não clínico; rapazes vs raparigas) foi realizada pelo teste *t* de medidas independentes, para variáveis com distribuição normal, e pelo teste *U* Mann-Whitney para variáveis com distribuição não-normal.

5º Capítulo – Resultados

5.1. Caracterização da amostra

No quadro 3, apresentam-se algumas características sociodemográficas da amostra total (N=85) e dos dois subgrupos: clínico (obesidade) (n=35) e não clínico (n=50).

A idade média da amostra não clínica é de 9.9 com um desvio padrão de 1.59, enquanto na amostra clínica a média de idades é de 9.5 e o desvio padrão de 0.58. Relativamente ao género, na amostra clínica 54,3% são raparigas (n=19) e 45,73% são rapazes (n=16), já na amostra não clínica 46% são raparigas (n=23) e 54% são rapazes (n=27). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão amostral de rapazes e raparigas ($p>0,05$).

Quadro 2. Características Sociodemográficas da Amostra por Grupo (N=85)

	Sub-amostra clínica (n=35)		Sub-amostra não clínico (n=50)		Qui-Quadrado	
	n	%	n	%	χ^2	p
Género						
Raparigas	19	54,3	23	46,0		
Rapazes	16	45,7	27	54,0		
Idade						
Média	9,5	---	9,9	---		
DP	0,58	---	1,59	---		
Mín	9	---	6	---		
Máx	11	---	9	---		
Ano de escolaridade que frequenta						
2º. Ano	3	8,6	---	---		
3º. Ano	5	14,3	---	---		
4º. Ano	7	20,0	49	98,0		
5º. Ano	9	25,7	---	---	58,80	<0.001*
6º. Ano	5	14,3	---	---		
7º. Ano	6	17,1	---	---		
Não respondeu	---	---	1	2,0		

* Estatisticamente significativo ($p<0,05$).

Observa-se que a maior parte dos sujeitos do Grupo Clínico frequentam o 5.º ano de escolaridade ($n=9$; 25,7%), sendo que a frequência de sujeitos a frequentar o 4.º, 6.º e 7.º anos é similar. No Grupo Não Clínico, a quase totalidade dos sujeitos frequenta o 4.º ano de escolaridade ($n=49$; 98,0%). Neste grupo, um sujeito não respondeu. Existem diferenças estatisticamente significativas no que refere à idade dos sujeitos ($\chi^2 = 58,80$; $p < 0,01$).

Conforme referido, verifica-se que no grupo clínico existe uma grande variabilidade na idade dos sujeitos, aspeto este que não é perceptível através da análise da média (Grupo clínico: média=9,5 e desvio padrão= 1,59; Grupo Não Clínico: média=9,9) (Quadro 3). Assim, os sujeitos do Grupo Não Clínico têm idades compreendidas entre os 9 e os 10 anos, enquanto os sujeitos do Grupo Clínico apresentam idades variáveis entre os 6 anos e os 12 anos. Contudo, considera-se não existirem diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade ($t=-1,466$; $p=0,150$) (Quadro 3).

Quadro 3. Dimensão da Amostra por Idade e Grupo Amostral (N=85)

Idade	Grupo Clínico	Grupo Não Clínico	<i>T</i>	<i>p</i>
6 anos	1	---		
8 anos	7	---		
9 anos	5	25	$t = -1,466$	$p = 0,150$
10 anos	9	22		
11 anos	5	2		
12 anos	8	---		
Não respondeu	---	1		

5.2. Teste de Hipóteses

Hipótese 1 - Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) relativamente ao nível da sintomatologia depressiva.

Observa-se que, em todas as situações, as variáveis registam distribuição normal ($p > 0,05$), pelo que o estudo inferencial será efetuado pelo recurso a estatísticas paramétricas (quadro 4).

Quadro 4. Estudo da Normalidade das Distribuições do CDI (N=85)

	CDI	
	<i>Statistics</i>	<i>P</i>
Grupo Clínico	0,135	0,108
Grupo Não Clínico	0,125	0,054
Grupo Clínico:		
. Rapazes	0,976	0,884
. Raparigas	0,906	0,101
Grupo Não Clínico:		
. Rapazes	0,923	0,078
. Raparigas	0,965	0,511

Os resultados obtidos, que compararam o grupo clínico com o grupo não clínico, traduzem uma proximidade dos valores médios, que originou a não existência de diferenças estatisticamente significativas, ou seja, os grupos são homogêneos quanto aos níveis de sintomatologia depressiva ($t= 1,102; p> 0,05$) (Quadro 4).

Pelo exposto, facilmente se verifica que os dados não confirmam a Hipótese 5 “espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) ao nível da sintomatologia depressiva”.

Quadro 5 . Resultados da Média, Desvio-padrão, Coeficiente de Variação, Valores Mínimo e Máximo, e Teste *t* de Medidas Independentes na Realização de Comparações ao Nível da Sintomatologia Depressiva entre os Grupos e Género (N=85)

	M	DP	CV (%)	Mín	Máx	<i>T</i>	<i>P</i>
CDI							
Grupo Clínico	46,66	7,526	16,1	34	65		
Grupo Não Clínico	48,71	9,023	18,5	34	73		
Grupo Clínico vs Não Clínico						1,102	0,274
Grupo Clínico:							
. Rapazes	46,63	5,756	12,3	36	57		
. Raparigas	46,69	9,414	20,2	34	65		
. Rapazes vs Raparigas						-0,021	0,984
Grupo Não Clínico:							
. Rapazes	48,57	8,431	17,4	38	73		
. Raparigas	48,85	9,682	19,8	34	73		
. Rapazes vs Raparigas						0,108	0,915

CV(%)=(DP/M)*100; CV≤15%: fraca dispersão; 15<CV<30: dispersão moderada; CV>30: elevada dispersão

Num estudo paralelo, envolvendo a comparação entre raparigas e rapazes de cada um dos grupos, o presente estudo mostrou que, à semelhança do que ocorre quando se considera os dois géneros, no grupo único (grupo clínico e não clínico) também não existem diferenças estatisticamente significativas (grupo clínico: $t= 0,021$, $p= 0,984$; grupo não clínico: $t= 0,108$ $p=0,915$), o que também permite a não confirmação da hipótese (Quadro 6).

Hipótese 2 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) ao nível da sintomatologia ansiosa.

A partir dos resultados, observa-se que as variáveis assinaladas com asterisco (*) possuem uma distribuição não-normal ($p < 0,05$), sendo que nas restantes situações as variáveis registam distribuição normal ($p > 0,05$), pelo o que estudo inferencial será efetuado com recurso a estatísticas paramétricas (variáveis com distribuição normal) e não-paramétricas (variáveis com distribuição não-normal) (Quadro 6).

Quadro 6. Estudo da Normalidade das Distribuições do CDI (N=85)

	Ansiedade nota T	Mentira nota T
	<i>P</i>	<i>p</i>
Grupo Clínico	>0,200	0,024*
Grupo Não Clínico	>0,200	0,006*
Grupo Clínico:		
. Rapazes	0,372	0,212
. Raparigas	0,592	0,744
Grupo Não Clínico:		
. Rapazes	0,143	0,062
. Raparigas	0,426	0,072

* distribuição não-normal ($p < 0,05$).

Pela análise do quadro 8, relativo à média, desvio-padrão, teste t de medidas independentes (variável com distribuição normal: ansiedade) e teste U Mann-Whitney (variável com distribuição não-normal: mentira) para comparação entre o grupo clínico e o grupo não clínico relativamente ao CMAS-R, observa-se que nas duas subescalas existem diferenças estatisticamente significativas ao compararem-se os grupos (ansiedade: $t=2,005$,

$p=0,048$; mentira: $t=-2,428$, $p=0,015$). Estas diferenças são motivadas pelo valor médio mais elevado dos sujeitos do grupo não clínico na ansiedade e pela classificação média (*mean rank*) mais elevada dos sujeitos do grupo clínico na mentira (Quadro 7).

Quadro 7. Resultado do Teste *t* de Medidas e Independentes e Teste *U* Mann-Whitney para a Comparação entre os Dois Grupos (clínico e não clínico) relativamente à Subescala Ansiedade e Mentira (N=85)

	GRUPO CLÍNICO			GRUPO NÃO CLÍNICO			Comparação	
	M	DP	Mean Rank	M	DP	Mean Rank	<i>t</i> ou <i>Z</i>	<i>p</i>
Ansiedade – nota T	41,3	10,61	---	46,0	10,52	---	2,005	0,048*
Mentira – nota T	51,7	8,82	50,70	45,3	11,20	37,61	-2,428	0,015*

Assim, os dados apresentados confirmam a Hipótese 6 “espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) ao nível da sintomatologia ansiosa”.

Um estudo paralelo, envolvendo a mesma amostra, mas comparando raparigas e rapazes dentro de cada subamostra, mostrou que no grupo clínico, para as duas subescalas, não existem diferenças estatisticamente significativas (ansiedade $p=0,695$; mentira: $p=0,723$) (Quadro 8).

Quadro 8- Resultado do Teste *t* de Medidas e Independentes para a Comparação entre Rapazes e Raparigas, do Grupo Clínico, Relativamente às Subescalas (N=85)

	RAPAZES			RAPARIGAS			Comparação	
	M	DP	CV (%)	M	DP	CV (%)	<i>t</i>	<i>P</i>
Ansiedade	40,6	9,56	23,5	42,1	12,01	28,5	-0,410	0,695
Mentira	52,2	8,52	16,3	51,1	9,42	18,4	0,358	0,723

No grupo não clínico, registam-se diferenças estatisticamente significativas na ansiedade ($t=-2,482$; $p=0,017$), devido ao valor médio mais elevado das raparigas. Nesta

subamostra não se verificaram diferenças significativas entre os géneros na subescala mentira ($t=-0,450$; $p=0,655$) (quadro 9).

Quadro 9. Resultados de Comparação entre Rapazes e Raparigas, do Grupo não Clínico, Relativamente às Subescalas do CMAS-R (N=85)

	RAPAZES			RAPARIGAS			Comparação	
	M	DP	CV (%)	M	DP	CV (%)	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	42,2	8,82	20,9	49,2	10,92	22,2	-2,482	0,017*
Mentira – nota T	44,5	10,84	24,4	46,0	11,66	25,3	-0,450	0,655

Hipótese 3 - Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) relativamente ao local de residência (rural e urbano) do agregado familiar.

A quase totalidade dos sujeitos do Grupo Clínico reside no meio rural ($n=33$; 94,3%) e a maioria dos sujeitos do Grupo Não Clínico também reside no meio rural ($n=34$; 68,0%). Contudo existe uma percentagem significativa do grupo não clínico que vive no meio urbano ($n=16$; 32%). Assim, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças obesas e não obesas relativamente ao local de residência ($\chi^2=8,522$; $p < 0,004$) (Quadro 10).

Quadro 10. Resultado do Teste de Qui-quadrado em Relação ao Local de Residência do Agregado Familiar (rural ou urbano) (N=85)

	Sub-amostra clínica (n=35)		Sub-amostra não clínico (n=50)		Qui-Quadrado	
	n	%	n	%	χ^2	p
Local de residência						
Meio urbano	2	5,7	16	32,0	8,522	0,004*
Meio rural	33	94,3	34	68,0		

* Estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Hipótese 4 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) no que refere ao nível de escolaridade dos pais.

Relativamente à escolaridade do pai, a maioria dos sujeitos do Grupo Clínico possui o 1.º ciclo, sendo que 85,7% possuem o 1.º e o 2.º ciclos do ensino básico. No grupo não clínico, destaca-se que cerca de 22% ($n=11$) têm o 3º ciclo e que 16% ($n=8$) concluíram o ensino secundário. Apenas neste grupo existem pais com habilitação de ensino superior ($n=7$; 14%). Pelo exposto, de acordo com o resultado do teste de qui-quadrado verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na escolaridade dos pais das crianças obesas e não obesas ($\chi^2 = 32,364$; $p < 0.001$), ou seja, os pais das crianças não obesas possuem mais habilitações do que os pais das crianças obesas (Quadro 11).

Quadro 11. Resultados do Teste de Qui-quadrado de Acordo com a Escolaridade dos Pais das Crianças Obesas e Não Obesas (N=85) (cont.)

	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico		Qui-Quadrado	
	N	%	N	%	χ^2	P
Escolaridade do pai						
Sem estudos	---	---	---	---	32,36 4	<0,001 *
1º ciclo	18	51,4	2	4,0		
2º ciclo	12	34,3	4	8,0		
3º ciclo	3	8,6	11	22,0		
Ensino Secundário	2	5,7	8	16,0		
Ensino Superior	---	---	7	14,0		
Não sei	---	---	18	36,0		
Escolaridade da mãe						
Sem estudos	---	---	---	---	28,84 5	<0,001 *
1º ciclo	15	42,9	2	4,0		
2º ciclo	15	42,9	7	14,0		
3º ciclo	4	11,4	10	20,0		
Ensino Secundário	1	2,9	8	16,0		
Ensino Superior	---	---	8	16,0		
Não sei	---	---	---	30,0		

* Estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Relativamente à escolaridade da mãe, cerca de 85,8% dos sujeitos do Grupo Clínico possuem o 1.º e 2.º ciclos do ensino básico. No Grupo Não Clínico, dez mães (20%) frequentaram o 3.º ciclo do ensino básico. Verifica-se que no grupo não clínico uma percentagem considerável diz não conhecer a escolaridade dos pais (36% não sabe a escolaridade do pai e 30% não sabe escolaridade da mãe). Pode considerar-se importante a frequência de sujeitos que frequentou o ensino superior ($n=8$; 16%). A partir dos resultados obtidos no teste de qui-quadrado existem diferenças estatisticamente significativas na escolaridade das mães de crianças obesas e não obesas ($\chi^2 = 28,845$; $p < 0,001$), ou seja, as mães das crianças não obesas apresentam níveis de escolaridade superiores.

Hipótese 5 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) no que refere à prática de exercício físico.

Quanto à prática habitual de exercício físico, no Grupo Clínico esta ocorre maioritariamente e unicamente na escola ($n=19$; 54,3%), ao passo que no Grupo Não Clínico ocorre dentro e fora do recinto escolar ($n=40$; 80%). A partir do resultado do teste qui-quadrado podemos constatar que estas diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 10,767$; $p < 0,001$), o que confirma a hipótese formulada (Quadro 12).

Quadro 12. Resultados do Teste de Qui-quadrado de acordo com a Prática de Exercício Físico e Frequência de Exercício Físico para além das aulas de Educação Física (N=85)

	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico		Qui-Quadrado	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	χ^2	<i>P</i>
<i>Prática habitual de exercício físico</i>						
Só na escola	19	54,3	10	20,0	10,767	0,001*
Dentro e fora da escola	16	45,7	40	80,0		
<i>Para além das aulas de EF, frequência praticas exercício físico</i>						
Pelo menos 1 vez por semana	12	34,3	7	14,0	18,558	<0,001*
2 ou 3 vezes por semana	16	45,7	11	22,0		
4 vezes ou mais por semana	1	2,9	20	40,0		
Não respondeu	6	17,1	12	24,0		

* Estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Para além das aulas de Educação Física, a prática de exercício físico para a maior parte dos sujeitos do Grupo Clínico ocorre de duas a três vezes por semana ($n=16$; 45,7%), enquanto no Grupo Não Clínico se verificam quatro ou mais ocorrências semanais ($n=20$; 40%). A partir do teste de qui-quadrado pode afirmar-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre crianças obesas e não obesas relativamente à prática de exercício físico para além das aulas de educação física ($\chi^2=18,558$; $p < 0,001$) (Quadro 13)

Hipótese 6 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) em função do consumo e preferências alimentares.

No quadro 6, observa-se que a maior parte dos sujeitos do Grupo Clínico consome frutas e legumes “2 ou mais vezes” por dia ($n=28$; 80%), ao passo que a maior parte do Grupo Não Clínico subdivide-se entre “às vezes” e aqueles que “não responderam” a esta questão ($n=13$; 26%).

Quanto ao consumo de bebidas refrigerantes, a maioria dos sujeitos do Grupo Clínico referiu “às vezes” ($n=22$; 62,9%), enquanto os sujeitos do Grupo Não Clínico estão maioritariamente situados nas opções “raramente” e “às vezes” ($n=13$; 26%). Também aqui se destaca a elevada frequência de sujeitos do Grupo Não Clínico que não responderam ($n=11$; 22%).

Em relação à frequência de consumo de doces, quer no Grupo Clínico ($n=23$; 65,7%), quer no Não Clínico ($n=21$; 42%), a principal opção de escolha recai sobre “às vezes”. Nesta questão, foi elevada a frequência de sujeitos do Grupo Não Clínico que não responderam ($n=10$; 20%).

Relativamente ao aporte de água, quer no Grupo Clínico ($n=24$; 68,6%) quer Não Clínico ($n=30$; 60%), a principal opção de escolha recai sobre “2 ou mais vezes por dia”. O Grupo Não Clínico apresenta uma elevada frequência de não respostas ($n=13$; 26%).

No que se refere ao consumo de peixe, a maioria dos sujeitos do Grupo Clínico responde como consumindo “2 ou mais vezes por semana” ($n=29$; 82,9%), ao passo que o Grupo Não Clínico refere que apenas “às vezes” ($n=15$; 30,0%), não sendo de descurar a elevada frequência de não respostas ($n=14$; 28,0%).

A frequência de consumo de carne é elevada no Grupo Clínico (“2 ou mais vezes por dia” - $n=31$; 88,6%), ao passo que, no Grupo Não Clínico, a maioria dos sujeitos “não respondeu” ($n=16$; 32,0%), salientando-se que, entre as respostas encontradas, a maior parte consome “1 vez por dia” ($n=13$; 26,0%).

Os dados apresentados, apesar da exceção do consumo de doces e da não clarividência no consumo de refrigerantes, confirmam a Hipótese 4 “espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) em função do consumo e preferências alimentares” nos restantes alimentos.

Excetuando a frequência de consumo de doces, onde os grupos apresentam um certo grau de independência ($p=0,205$), na frequência de consumo de bebidas refrigerantes os grupos partilham de alguma forma de relação estatística ($p=0,097$). Nas restantes variáveis (consumo de frutas e legumes, consumo de água, consumo de peixe, consumo de carne), a relação estatística entre os grupos é estatisticamente significativa ($p<0,05$), o que mostra que existem diferenças entre os grupos nestas questões (Quadro14). Com estes resultados, de um modo geral, podemos concluir que existe uma tendência das crianças obesas (Grupo Clínico) para apresentarem hábitos e preferências alimentares menos adequados que as não obesas (Grupo Não Clínico).

Quadro 14. Resultados do Teste de Qui-quadrado Relativamente aos Hábitos Alimentares das Sub- amostras (N=85)

	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico		Qui-Quadrado	
	n	%	N	%	χ^2	P
Frequência do consumo de fruta e legumes						
Nunca	1	2,9	3	6,0	21,349	<0,001*
Raramente	---	---	2	4,0		
Às vezes	1	2,9	13	26,0		
1 vez por dia	5	14,3	8	16,0		
2 ou mais vezes por dia	28	80,0	11	22,0		
Não respondeu	---	---	13	26,0		
Frequência do consumo de bebidas refrigerantes						
Nunca	2	5,7	2	4,0	7,787	0,097**
Raramente	5	14,3	13	26,0		
Às vezes	22	62,9	13	26,0		
1 vez por dia	4	11,4	5	10,0		
2 ou mais vezes por dia	2	5,7	6	12,0		
Não respondeu	---	---	11	22,0		
Frequência do consumo de doces						
Nunca	---	---	1	2,0	5,640	0,205
Raramente	6	17,1	15	30,0		
Às vezes	23	65,7	21	42,0		
1 vez por dia	4	11,4	2	4,0		
2 ou mais vezes por dia	2	5,7	1	2,0		
Não respondeu	---	---	10	20,0		
Frequência do consumo de água						
Nunca	1	2,9	---	---	9,063	0,033*
Raramente	1	2,9	3	6,0		
Às vezes	1	2,9	3	6,0		
1 vez por dia	8	22,9	1	2,0		
2 ou mais vezes por dia	24	68,6	30	60,0		
Não respondeu	---	---	13	26,0		
Frequência do consumo de peixe						
Nunca	1	2,9	---	---	43,262	<0,001*
Raramente	---	---	6	12,0		
Às vezes	3	8,6	15	30,0		
1 vez por dia	2	5,7	12	24,0		
2 ou mais vezes por dia	29	82,9	3	6,0		
Não respondeu	---	---	14	28,0		
Frequência do consumo de carne						
Nunca	---	---	---	---	26,033	<0,001*
Raramente	---	---	2	4,0		
Às vezes	3	8,6	9	18,0		
1 vez por dia	1	2,9	13	26,0		
2 ou mais vezes por dia	31	88,6	10	20,0		
Não respondeu	---	---	16	32,0		

* Estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

** Marginalmente significativo ($p < 0,10$).

Hipótese 6 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) relativamente ao tipo de problemas de saúde.

Observa-se que, em ambos os grupos, os sujeitos não apresentam qualquer outra complicação de saúde, ainda que mais estas sejam mais evidentes no Grupo Clínico (quadro 15). Tudo isto indica que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente a esta variável ($\chi^2=11,964$; $p < 0,525$).

Quadro 15. Resultado do Teste Qui-Quadrado de Sujeitos de cada Grupo Amostral relativamente aos Problemas de Saúde (N=85)

	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico		Qui-Quadrado	
	N	%	N	%	χ^2	p
Problemas de Saúde						
. Sim	4	11,6	12	24,0	11,964	0,525
. Não	31	88,4	36	72,0		
. Não respondeu			2	4,0		

*estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Também se verificou que a dispersão de problemas de saúde é maior entre os sujeitos do Grupo Não Clínico (Quadro 16).

Quadro 16. Dados Relativos a Situação Clínica da Amostra (N=85).

	Grupo Clínico		Grupo Não Clínico		Qui-Quadrado	
	N	%	N	%	χ^2	p
<i>Outra Doença</i>						
Asma	1	2,9	2	4,0	11,964	0,525
Alergias	1	2,9	---	---		
Asma e vários problemas respiratórios	---	---	1	2,0		
Dificuldades de aprendizagem em provável PHDA	1	2,9	---	---		
Dislipidemia	1	2,9	---	---		
Problemas de comportamento	---	---	1	2,0		
Problemas da fala	---	---	1	2,0		
Problemas de bexiga	---	---	1	2,0		
Asmas e problemas de bexiga	---	---	1	2,0		
Problemas oftalmológicos	---	---	3	6,0		
Sinusite	---	---	1	2,0		
Hiperatividade	---	---	1	2,0		
Nenhuma	31	88,4	36	72,0		
Não respondeu	---	---	2	4,0		

6º Capítulo - Discussão dos resultados

6.1. Discussão dos resultados por hipóteses

Hipótese 1 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) ao nível da sintomatologia depressiva.

Os dados obtidos sugerem que não existem diferenças entre crianças obesas e não obesas relativamente à sintomatologia depressiva. Este resultado não está de acordo com alguns estudos da literatura que referem que as crianças com obesidade apresentam normalmente baixa autoestima e confiança, que acabam por conduzir mesmo a sintomatologia depressiva (Pereira, 2007; Wardle & Williamson, 2006). Braete colaboradores (1997) ao compararem crianças obesas em ambientes clínicos e não clínicos (que estão ou não acompanhamento clínico para o tratamento da obesidade), bem como um grupo de controlo de peso normal, concluíram que a autoestima foi inferior no grupo dos obesos, porém, a patologia psiquiátrica só foi encontrada em crianças obesas do grupo clínico.

A ausência de diferenças significativas entre o grupo obeso e não obeso em relação à sintomatologia depressiva pode dever-se ao fenómeno da desejabilidade social, ao uso de um questionário (CDI) que pode reduzir a possibilidade de deteção da sintomatologia e à idade da amostra. Relembre-se que se tratavam de pré-púberes, sendo que o período mais crítico para surgir a depressão se encontra na adolescência, onde os sintomas depressivos podem ser preditivos de ganhos de peso em crianças mais velhas. Tonofsky-kraff e colaboradores (2006) estudaram longitudinalmente crianças cuja faixa etária é igual ao estudo em questão (dos 6 aos 12 anos) e concluíram também que não existiu uma relação entre sintomas depressivos de crianças e alterações no IMC na vida adulta. De facto, crianças com idades entre os 9 e os 10 anos de idade apresentam os mesmo níveis de autoestima, quer sejam obesas ou não obesas, mas, entre os 13 e os 14 anos os sujeitos obesos apresentam menores níveis de autoestima que os não obesos. Os decrescentes níveis de autoestima em obesos são associados a maiores índices de tristeza, solidão e nervosismo, fazendo com que se enverede por comportamentos de alto risco, como fumar ou consumir álcool (Straus, 2000). Um estudo com crianças mexicanas conclui que as crianças obesas não apresentam mais problemas psicológicos (como ansiedade, depressão ou baixa-estima) do que as não obesas (Brewis, 2003). Um aspeto que também pode justificar os resultados obtidos é o facto da obesidade infantil ser um problema cada vez mais comum na comunidade (Horton, 2008). Contudo, o seu impacto psicológico

pode vir a ser reduzido, pois o excesso de peso e a obesidade ao serem comuns passarão a ser percebidos como normais.

Goodman e Whitaker (2002) também não encontraram qualquer correlação entre a obesidade e a depressão, verificando antes que adolescentes deprimidos apresentavam maior risco de desenvolvimento e persistência de obesidade. De facto, a depressão na adolescência tardia está associada à obesidade em adultos, mas o estudo de Richardson e colaboradores (2003) só encontrou esta associação em meninas. Em crianças californianas, encontrou-se uma associação modesta, mas estatisticamente significativa entre sintomatologia depressiva e um aumento do IMC, embora só se tenha verificado nas meninas e não nos meninos (Erickson et al., 2000). Neste estudo não se verificou diferenças entre os géneros relativamente à sintomatologia depressiva, mas tais resultados podem dever-se à pequena amostra de rapazes e raparigas quer do grupo clínico (raparigas n=19; rapazes =16), quer do grupo não clínico (raparigas n=23; rapazes n=37). Estes dados também se podem dever à idade dos sujeitos, pré-adolescentes, que ainda não estão conscientes da sua imagem corporal como acontece na adolescência, onde são sobretudo as raparigas que sentem mais a pressão psicológica para serem bonitas e magras (Grant, Lyons & Londiz, 1999). Para testar com mais rigor esta questão de género era necessário aumentar a idade dos sujeitos.

Hipótese 2 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) ao nível da sintomatologia ansiosa.

Os dados sugerem que as crianças não obesas são mais ansiosas que as crianças obesas, o que é surpreendente se se considerar que algumas investigações associam níveis elevados de ansiedade aos sujeitos obesos (Pastore et al., 1996; Wyatt, Winters & Dubbert, 2006). Num estudo com crianças francesas, entre os cinco e os 17 anos de idade, verificou-se que 32% das crianças obesas em tratamento confirmaram o diagnóstico de pelo menos uma perturbação de ansiedade (Vila et al., 2004). Outras investigações não encontram relações estatisticamente significativas entre a ansiedade e a obesidade (Britz, et al., 2000; Mustillo et al., 2003).

Desta forma, os dados obtidos só podem ser justificados se atendermos ao facto da avaliação da sintomatologia ansiosa (CMAS-R), no grupo clínico, ter ocorrido de modo individual, em contraste com o grupo não clínico, que contou com uma aplicação coletiva. Com a aplicação individual, existe uma maior proximidade do investigador ao sujeito em avaliação, o que pode levar o sujeito a sentir-se observado, levando-o a responder de acordo

com o fenómeno da desejabilidade social, o que faz com que as crianças não obesas expressem com mais facilidade as suas ansiedades. Esta hipótese é reforçada com o facto da subescala mentira, que é utilizada para verificar se os sujeitos respondem de acordo com o fenómeno da desejabilidade social e elevada defensividade (Dias & Gonçalves, 199), apresentar um valor médio estatisticamente significativo mais elevado nos sujeitos do grupo clínico ($t=-2,428$, $p=0,015$). Atendendo a este aspeto, é fácil compreender os resultados obtidos.

Um aspeto importante a destacar são os níveis elevados de sintomatologia ansiosa obtidos na população infantil não clínica ($t=2,005$, $p=0,048$) que vão de acordo ao referido por Grover, Ginsburg e Iolongo (2005) que indicam que as perturbações de ansiedade são as mais comuns na infância, como uma taxa de prevalência que varia entre os 3% a 15%, apresentando um curso crónico mas episódico (Castillo et al. , 2000). A evolução desta perturbação sem tratamento acarreta repercussões negativas, no funcionamento académico, social e familiar da criança, interferindo no seu desenvolvimento (Mia & Rohde, 2007; Sancho & Pita, 2005). A ansiedade pode levar a problemas na escola, como faltar ou recusar ir às aulas, realizar maus testes e trabalhos, o que conseqüentemente leva baixos resultados escolares. Se esta perturbação não for tratada pode levar a outras patologias de saúde mental, tais como depressão e perturbações de uso de substância (Ramsawh, Chavira & Stein, 2010).

A revisão bibliográfica levado a cabo por Gonçalves e Heldt (2009) refere que as perturbações de ansiedade afetam mais o sexo feminino, o que concorda com os dados do estudo em questão que conclui que as raparigas do grupo não clínico apresentam valores de ansiedade estatisticamente mais significativos do que os rapazes no mesmo grupo ($t=-2,482$; $p=0,017$). Ao avaliar longitudinalmente a influência da ansiedade e as trajetórias de peso na idade adulta, Anderson e colaboradores (2006) verificaram que as mulheres com perturbações de ansiedade apresentam um IMC 0.13 vezes maior do que as mulheres sem esta patologia.

Os dados obtidos por Lamertz e colaboradores (2002) são surpreendentes. Com uma amostra de 3021 sujeitos entre os 14 e os 24 anos de idade, não só não verificaram uma associação entre o IMC e perturbações mentais (segundo o DSM-IV) como não encontraram nenhuma diferença estatisticamente significativa em relação ao nível das perturbações com as variáveis idade e género. Na justificação de tais resultados, os autores apresentam cautelas nas interpretações de estudos que encontram associação entre o IMC e sintomatologia psiquiátrica. Estes frisam que é necessário ter em conta que a população obesa já muito estudada se encontra em tratamento clínico ou internamento hospitalar (o que a diferencia da

população obesa não clínica), justificando a obtenção de maiores níveis de patologia. Alertam também para o uso de questionários ou escalas que limitam o diagnóstico e referem a importância de terem em conta as idades dos sujeitos da amostra antes de qualquer interpretação bem como a necessidade de uma diferenciação mais rigorosa na caracterização do peso corporal.

Hipótese 3 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) no que refere ao local de residência (rural e urbano) do agregado familiar.

Os dados indicam que existem diferenças entre crianças obesas e não obesas relativamente ao local de residência. Uma percentagem significativa de crianças não obesas vive no meio urbano (32%) e só uma pequena percentagem vive neste meio (5.7%). Contudo, a maior parte das crianças reside em meio rural, mas de forma bastante mais expressiva (94.3% vs 68%) para os sujeitos do grupo clínico.

De facto, os hábitos alimentares, que podem conduzir à obesidade, podem ser influenciados com a localização geográfica dos sujeitos, o que leva Moreira (2005) a afirmar que os sujeitos do meio rural apresentem mais peso do que os provenientes do meio urbano. Se considerarmos que as crianças de contexto urbano são à partida mais favorecidas é possível compreender que estas apresentem menores níveis de obesidade, pois têm práticas alimentares mais saudáveis, pois possuem mais recursos económicos para comprar comida mais saudável que é mais dispendiosa, e têm acesso mais facilitado a contextos que promovem o exercício físico (Langnase, Asbeck, Mast & Muller, 2004). Esta ideia é reforçada por Speeisser e colaboradores (2005, citado por Silva, 2009) que acrescenta que em crianças de nível económico mais favorecido os acessos aos cuidados de saúde são mais facilitados e de maior qualidade, o que constitui um fator protetor para o desenvolvimento da obesidade.

Hipótese 4 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) em função do nível de escolaridade dos pais.

Os resultados obtidos sugerem que as figuras parentais das crianças não obesas tendam a ter mais habilitações literárias que as crianças obesas. Estes resultados também reforçam a

hipótese anterior no sentido de que pais com níveis superiores de escolaridade apresentam também mais recursos.

Estes resultados não estão de acordo com um estudo transversal de Oliveira, Cerqueira, Souza e Oliveira (2003), realizado com recurso a crianças entre os cinco e os nove anos, no qual encontrou uma associação significativa entre obesidade e elevados níveis de escolaridade dos pais, bem como com um rendimento mensal elevado, sendo que as crianças com um nível socioeconómico superior apresentaram índices superiores de obesidade.

A ideia apresentada não é unânime, uma vez que Speisser e colaboradores (2005) referem precisamente o contrário, isto é, crianças que vivem em meios mais desfavorecidos tendem a apresentar maiores níveis de obesidade comparativamente com crianças com estatuto económico elevado. Isto pode dever-se ao facto de as crianças, cujo estatuto económico é elevado, terem acesso mais fácil a melhores cuidados de saúde, práticas alimentares mais saudáveis e variadas e melhores condições para a prática de exercício físico. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos por Langnase e colaboradores (2002, citados por Langnase, Asbeck, Mast & Muller, 2004).

Esta situação torna-se mais preocupante se associarmos ao estatuto socioeconómico um outro fator – a obesidade parental – ou seja, crianças provenientes de estatuto socioeconómico baixo e cujos pais são obesos, têm um risco acrescido de se tornarem obesas (Langnase et al., 2004).

Hipótese 5 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) relativamente à prática de exercício físico.

Em relação ao exercício físico, os dados indicam que as crianças não obesas tendem a praticar mais desporto para além das aulas de educação física, e com uma maior frequência semanal, quando comparadas com as crianças obesas. Estes dados vêm reforçar a literatura que refere que o exercício físico reduz os depósitos de gorduras nas crianças (Paixão, 2007). Também Marae e colaboradores (2004) concluíram que as crianças obesas realizam desporto com menos duração que as crianças obesas. De facto, baixos níveis de atividade física e um estilo de vida sedentários constituem fatores de risco comportamentais para o desenvolvimento de obesidade infantil (POST, 2003; Salim & Bicallho, 2004).

O seu excesso de peso leva a um ciclo vicioso pois o excesso de gordura causa desconforto na prática de exercício e dificulta a respiração, o que reduz a sua prática. Uma

vez que a atividade é reduzida, o corpo vai continuar a aumentar em gordura, levando a criança a uma maior aversão ao exercício (Sothorn, Vrancken-Tompkins, Brooks & Thélin, 2006). Esta inatividade leva ao sedentarismo, caracterizado por baixo gasto energético, constituindo um importante fator de risco para o desenvolvimento da obesidade (Leung & Robson, 1990; Paixão, 2007). Horton (2008) refere também que as crianças com excesso de peso apresentam mais dificuldades em participar em atividades próprias para a sua idade, como nas desportivas.

A ausência de atividade física e a dieta inadequada estão fortemente associadas à obesidade, já que energia ingerida (consumo alimentar) e não gasta, normalmente implica acúmulo de energia, sob a forma de gordura, traduzindo a obesidade (Guedes & Guedes, 1997).

Hipótese 6 – Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) em função do consumo e preferências alimentares.

De um modo geral, a partir dos resultados obtidos, podemos concluir que existe uma tendência das crianças obesas para apresentarem hábitos e preferências alimentares menos adequados que os das não obesas. Não existem dúvidas de que hábitos alimentares pouco saudáveis constituem fator de risco modificável para o desenvolvimento da obesidade (Damiani, Damiani & Oliveira, 2002; Salim & Bicalho, 2004; Whashington, 2008).

Atualmente, existe um conjunto de condições ambientais, que favorecem o aumento da prevalência da obesidade na infância, como a existência de alimentos industrializados, conhecidos por *fast-foods*, as televisões, os videojogos, os computadores, entre outros (Robinson, 1999). Por ano são introduzidos mais de 600 novos produtos alimentares para crianças e metade deles são doces, gomas e outros salgados (Nestle, 2006).

O conceito de "alimento" mudou de um meio de alimentação para um marcador de estilo de vida e uma fonte de prazer. Claramente, o aumento da atividade física não é suficiente para compensar uma alimentação calórica e uma dieta nutritiva pobre. Demora entre 1-2 horas de atividade extremamente vigorosa para combater um única refeição de grande porte (isto é, > = 785 kcal) das crianças que consomem *fast food*. O consumo frequente de tal dieta dificilmente pode ser neutralizado pela maior parte das crianças (Styne, 2005). Apesar das gorduras que, ingeridas em excesso, levam à obesidade, não existem evidências

que a ingestão de gordura seja a principal razão para a tendência ascendente da obesidade infantil.

Um crescente conjunto de evidências sugere que o aumento da ingestão de leite, cerca de duas porções por dia poderia reduzir o risco de sobrepeso em até 70%. Maior consumo de cálcio por dia foi associado com a adiposidade reduzida entre as crianças estudadas longitudinalmente (Carruth & Skinner, 2001).

Pellanda, Echenique, Barcellos, Maccari, Borges e Zen (2002) afirmam que um índice mais elevado de atividade física na infância pode traduzir-se na diminuição da mortalidade e morbidade por doenças cardiovasculares, na idade adulta. Daí que sejam necessárias intervenções primárias que englobem a criança, a família, a escola e a comunidade, de modo a se fomentar um estilo de vida saudável, caracterizado pela prática de desporto.

Hipótese 7- Espera-se que existam diferenças entre as crianças obesas (Grupo Clínico) e não obesas (Grupo Não Clínico) relativamente ao tipo de problemas de saúde.

Os dados sugerem que não existem diferenças entre crianças obesas e não obesas em relação aos problemas de saúde. Estes resultados contrariam os achados que sugerem que a obesidade constituiu um fator para o desenvolvimento, diabetes melitos tipo 2, deslipidémia, hipertensão arterial de problemas e outros problemas cardiovasculares (Paixão, 2007; Whashington, 2008).

Contudo, uma grande percentagem de estudos foca-se essencialmente na relação entre os elevados níveis IMC, durante a infância e adolescência, com problemas de saúde, mas, na vida adulta (Baker, Olsen, Sorensen & Sci, 2007; Bibbins, Coxson, Goldman, Lightwood & Pletcher, 2007; Wright, Parker, Lamont & Craft, 2001). Deste ponto de vista, não existem dúvidas: a obesidade em idades precoces está associada a complicações futuras, como o risco de desenvolvimento de doenças coronárias (Backer et al., 2007), a deslipidémia e a diminuição da sensibilidade à insulina (Marcos-Daccarett, Núñez-Rocha, Salinas-Martínez, Santos-Ayarzogoitia, & Decanini-Arcautc, 2007). Contudo, vários autores (Lobstein et al., 2004) referem que as consequências da obesidade podem ocorrer a curto prazo, destacando doenças respiratórias e do sono, complicações do fígado, problemas menstruais e menarca precoce (em meninas) e maturação sexual tardia (nos rapazes). O risco do desenvolvimento de problemas cardiovasculares e a sua persistência na idade adulta é maior em crianças obesas, incluindo

hipertensão, hipertrigliceridemia, HDL, baixo colesterol e hiperinsulinemia (Vanhala, Vanhala, Keinanen-Kiukaanniemi, Kumpusalo & Takala, 1999).

6.2. Limitações

A leitura dos resultados obtidos deve ter em consideração algumas limitações inerentes. O recurso a escalas para avaliar a sintomatologia psicológica, embora permita obter dados com maior rapidez e facilidade, não é tão eficaz para identificar os sintomas como acontece nas entrevistas, sobretudo nas estruturadas segundo os critérios do DSM-IV, as quais permitem obter um diagnóstico (Lamertz et al., 2002).

Outro aspeto importante a salientar, está relacionado com o modo de aplicação dos questionários nesta amostra: no grupo clínico, a aplicação foi individual, sendo que presença do investigador pode ter condicionado os resultados pelo fenómeno da desejabilidade social, enquanto, na amostra não clínica, os dados foram obtidos coletivamente, em contexto de sala de aula.

A avaliação do IMC deveria ter sido realizada individualmente no grupo não clínico, ao invés de ser baseada nas indicações dos sujeitos, sendo que em investigações futuras é recomendado que os sujeitos sejam classificados em quatro grupos de acordo com o peso: baixo peso, peso na média, excesso de peso e obesidade.

Conclusão integrativa

A obesidade é uma doença complexa, multifatorial, crônica e que envolve aspectos ambientais (sociais e culturais), componentes genéticos, fisiológicos, metabólicos, comportamentais e psicológicos. Tem vindo a aumentar a um ritmo alarmante em todo o mundo, principalmente nas últimas duas décadas, o que fez com que se transformasse numa pandemia que, globalmente, afeta milhões de pessoas, sendo, inclusive, a segunda principal causa evitável de morte nos Estados Unidos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, atualmente, mais de 300 milhões de pessoas são obesas em todo o mundo (Pain, 2007).

Os fatores psicossociais influenciam o desenvolvimento da obesidade e vários autores (Maia et al., 2009) têm alertado para a necessidade do esclarecimento das suas consequências psicopatológicas, nomeadamente em crianças e adolescentes, as quais estão para além das implicações físicas, já bem documentadas, pois esta seria a única forma de promover uma intervenção e prevenção mais eficazes.

Como já foi referido, o objetivo central deste trabalho foi verificar se as crianças obesas diferem das crianças sem obesidade em termos de sintomatologia depressiva e ansiosa, de modo a contribuir para o avanço na investigação das implicações psicológicas da obesidade infantil, que ainda não reuniram consenso na literatura existente. Além disso, procurou-se compreender se existem diferenças entre crianças obesas e não obesas ao nível da sua área de residência (meio rural e meio urbano), da escolaridade dos pais, da prática de atividades físicas, dos hábitos e preferência alimentares bem como dos problemas de saúde.

Neste contexto, os dados obtidos permitiram concluir que não existem quaisquer diferenças entre crianças obesas e não obesas relativamente à sintomatologia depressiva. Estes dados, simultaneamente, vão ao encontro de algumas investigações (Brewis, 2003) e contradizem outras (Pereira, 2007; Wardle & Williamson, 2006). O fator idade pode ser o principal motivo para tais resultados, pois, na infância, a imagem corporal não assume a mesma importância que atinge na adolescência (Grant et al., 1999). No que concerne ao género, aparentemente também não existem diferenças, o que contraria algumas investigações que referem que as meninas apresentam mais sintomatologia depressiva, no entanto, neste, ponto de vista, também o fator idade foi decisivo, uma vez que são as raparigas adolescentes que apresentam mais preocupações com o corpo (Grant et al., 1999).

Os dados obtidos referentes à sintomatologia ansiosa sugerem que as crianças não obesas são as mais ansiosas quando comparadas com as crianças obesas. Este aspeto é surpreendente e contraria várias investigações, que sugerem justamente o contrário na literatura. Contudo, elevados valores na escala mentira, que avalia a veracidade das respostas obtidas relativamente à ansiedade, encontrados nas crianças obesas, sugerem que os baixos valores de ansiedade nas crianças obesas correspondem antes a uma defensividade clara na expressão da ansiedade. Além disso, os elevados índices de sintomatologia ansiosa encontrados em crianças não obesas, concordam com os estudos epidemiológicos nos quais se regista uma elevada prevalência de perturbações de ansiedade na população infantil (Grover et al., 2005). Relativamente ao género, verifica-se apenas que as raparigas não obesas apresentam níveis de ansiedade mais elevados que os rapazes não obesos. Estes resultados são encontrados na investigação, uma vez que as raparigas são mais vulneráveis ao desenvolvimento desta perturbação (Gonçalves & Heldt, 2009).

No que diz respeito ao local de proveniência da dimensão amostral, verifica-se que a maioria das crianças de toda a amostra são provenientes do meio rural, contudo uma percentagem significativa das crianças não obesas reside em contexto rural. Foi possível verificar também que os pais das crianças não obesas apresentem níveis de escolaridade superiores aos das crianças obesas, mas este aspeto exige cuidado na sua interpretação, visto que a amostra clínica foi recolhida num hospital público, ao qual recorrem, maioritariamente, pessoas de níveis socioculturais mais desfavorecidos.

Em relação ao exercício físico, os dados indicam que as crianças obesas tendem a praticar menos exercício físico, sendo que as não obesas praticam mais desporto para além das aulas educação física e com maior frequência. Estes resultados relacionam-se com os já apresentados na literatura, referindo-se que o estilo de vida sedentário é mais frequente em crianças que apresentam excesso de peso e obesidade (Marae et al., 2004). Os resultados obtidos relativamente aos hábitos alimentares também seguem a mesma linha da revisão teórica, ou seja, verificou-se que existe uma tendência das crianças obesas para apresentarem padrões e preferências alimentares menos adequados que as não obesas. Assim, constatou-se que os consumos alimentares calóricos e a diminuição da atividade física são comumente encontradas em crianças obesas (Salim & Bicalho, 2004; Moraes et al., 2004). Estes aspetos devem ser tidos em consideração aquando da realização de programas de prevenção e intervenção, para que sejam promovidos estilos de vida saudáveis.

Atendendo aos resultados obtidos, é importante dar continuidade à realização de estudos na população infantil, particularmente ao nível das complicações psicossociais da obesidade, e não na população infanto-juvenil, uma vez que os resultados obtidos podem ser diferentes na infância e na adolescência, pois as tarefas desenvolvimentais e a maturidade psicológica são distintas em cada etapa. É fulcral respeitar este aspeto e não tirar conclusões generalizadas para as duas populações, como se verifica em muitos estudos. Novas investigações têm de ser realizadas a partir de amostras com maiores dimensões, se realmente se querem travar os elevados valores de obesidade infantil registados e os seus riscos para a saúde física e mentais referidos em vários estudos. É necessário ainda comparar estes resultados em termos de géneros, recorrendo a instrumentos de avaliação psicológica mais precisos, como as entrevistas de diagnósticos. Devem ainda ser realizadas avaliações antropométricas rigorosas, que permitam classificação dos sujeitos em diferentes grupos: peso abaixo da média, peso dentro da média, excesso de peso, obesidade e obesidade grave.

Os aspetos referidos vão permitir perceber, com mais rigor, se existe relação entre a sintomatologia psiquiátrica e a obesidade na infância, em que sujeitos se verificam e quais as suas características comuns. Assim, é possível realizar programas de intervenção com bases mais sólidas, no sentido de prevenir o excesso de peso, ou na redução de peso, através de uma intervenção psicológicas que forneça ferramentas comportamentais, de modo a contornar esta epidemia. Whashington (2008) refere que a intervenção deve ser precoce para reduzir a epidemia e controlar os riscos associados, passando por programas que abranjam o contexto escolar e medidas políticas no sentido da promoção de uma alimentação saudável, que também passam pelo desenvolvimento de competência de autocontrolo. A prevenção é um fator decisivo no controlo da obesidade, em particular no contexto de saúde primário, uma vez que o tratamento é dificultado, caracterizando-se por elevadas taxas de abandono (Maia et al.,2009).

Este estudo, apesar de ainda pioneiro e limitado, constitui um alerta para a necessidade de compreender melhor as especificidades da possível interação entre a obesidade infantil e os sintomas psicológicos que daí podem advir, pois, se conhecermos bem as implicações desta patologia, a prevenção torna-se mais eficaz. Além do mais permitiu verificar que a população infantil comunitária regista elevados níveis de ansiedade. Gonçalves e Heldt (2009), a partir de uma revisão da bibliografia realizada, salientam a importância de dar mais atenção às perturbações mentais em crianças, intervindo precocemente, para a minimizar ou evitar o

surgimento de doenças psiquiátricas no adulto, como a depressão e o abuso de substâncias (Ramsawh, et al., 2010).

Também permitiu verificar os índices de depressão e ansiedade que, na infância, têm sido associados na literatura, de modo consensual, ao aumento do IMC na idade adulta. Isto acontece porque nestas patologias ocorrem mudanças comportamentais, como a alteração da dieta alimentar e da atividade física o que leva ao aumento de peso e, conseqüentemente, ao aparecimento da obesidade (Goodman & Whitaker, 2002; Hasler et al., 2005; Richardson et al., 2003) e de complicações associadas. Logo, é necessária a implementação de projetos de prevenção primários na área da saúde mental na população infantil, como foi possível concluir a partir dos resultados obtidos neste estudo, para promover o bem-estar psicológico das crianças e prevenir o aumento do IMC. O que reforça a hipótese de que se os profissionais e os políticos tiverem em consideração a importância da saúde mental das crianças e forem implementadas políticas preventivas, ocorrerá um melhor controle da obesidade e das complicações físicas que devem diminuir os índices de doenças que conduzem à diminuição das idas aos serviços de saúde e, por consequência, à diminuição dos custos em saúde, que constituem uma preocupação se se tiver em consideração a conjuntura econômica atual do país.

Referências Bibliográficas

- Achor, M., Cima, N., Brac, E., & Barslund, S. (2007). Obesidade infantil. *Revista de Pós-graduação de la Via Cátedra de Medicina* 168, 34-38.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Psiquilibrios: Braga.
- American Obesity Association (2002). *Childhood Obesity*. Disponível em <http://obesity1.tempdomainname.com/subs/childhood/causes.shtml> (Consultado em 06/01/2010).
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV)* (4 Eds.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, S., Cohen, P., Naumova, E., & Must, A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective community-based study of children followed up into adulthood, *Pediatr Adolesc Med.*, 160, 285-291.
- Andriola, B., & Cavalcante, R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(29), 419-428.
- Angolds, A., Costello, J., & Erkanli, A. (1999) Comorbidity. *J.Child.Psychol. Psychiatry*, 40, 57-87.
- Antunes, R. (2008). Ansiedade, depressão, stress e comportamento alimentar na infância. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA, Lisboa.
- Aquila, D., Castro, E., & Staforelli, A. (2009). Obesidad y adolescencia: exploración de aspectos relacionales y emocionales terapia psicológica, *Terapia Psicológica*, 27(1), 143-149.
- Araújo, B., Teixeira, M., Coutinho, M., & Silva, T. (2009). Obesidade Infantil versus modernização: uma visão da literatura. *Revista Tema* 12 (8) 1-7.

- Araújo, P., Rodrigues, G. Pereira, G., Dantas, M., Oliveira, L., & Maia, E. (2012). Depressión infantil: consideraciones teóricas; Childhood depression: theoretical considerations; Depressão infantil: considerações teóricas, XIII- Congresso Internacional de Psiquiatria. Com. Interpsiquis. “Compartir para crescer”.
- Asbahr, F. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80(2), S28-S34.
- Avanci, J., Assis, J., Oliveira R, & Pires T. (2009). Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2),383-394.
- Bahls, S. (2002a). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5) 359-366.
- Bahls S. (2002b). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*, 24 (2), 63-67.
- Bahls, S., & Navolar, A. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos, *Revista Electrónica de Psicología*, 4, 1-11.
- Bandim, M., Roazzi, A., Sougey, B., & Carvalho,F. (1998). Habilidade mnemônica em crianças com sintomas depressivos: um estudo exploratório. *Infanto – Rev Neuropsiq Inf Adol.*, 6(3),119-123.
- Baker, L., Olsen, W., Sorensen, A., & Sci, M. (2007). Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engle J Med*. 357(23), 2329-2337.
- Barbosa, A., & Lucena, A. (1995). Depressão Infantil. *Infanto*, 3(2), 23-30.
- Barbosa, G., Dias, M., Gaião, A., & Lorenzo, W. (1996). Depressão infantil: um estudo da prevalência com o CDI. *Infanto- Rev. Neuropsiq. da Inf. e da Adol.*, 4(3), 36-40.

- Barbosa, G., & Gaião, A. (1999). Ansiedade e depressão infanto-juvenil: um só transtorno?, *Pediatria Moderna*, 35, 1-2.
- Barlow, D. (1999). *Manual clínico dos transtornos psicológicos* (2.ed.). Artmed: Porto Alegre (Obra original publicada em 1991).
- Barreto A. 1996. *A Situação Social em Portugal, 1960 – 1995*. Lisboa: Instituto Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.
- Baptista, A., & Golfeto., H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 27(5), 253-255.
- Batista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: Uma perceptiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida* (pp. 89-141). Coimbra: Quarteto.
- Bayer, O., Von Kries, R., Strauss, A., Mitschek, C., Toschke, M., Hose, A., & Koletzko, V. (2009). Short – and Mid-Term Effects of a Setting Based Prevention Program to Reduce Obesity Risk Factors in Children: a Cluster-Randomized Trial. *Clinical Nutrition*, 28, 122-128.
- Becker, B., Longjohn, M., & Christoffel, K. (2008). Taking on Childhood Obesity in a Big City: Consortium to Lower Obesity in Chicago Children (CLOCC). *Progress in Pediatric Cardiology*, 25, 199-206.
- Becker, E., Margraf, J., Turke, V., Soeder, U., & Neumer S. (2001). Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 25(1), 5–9.
- Bernstein, A., Borchardt, M., & Perwien, R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 135, 1110-1119.

- Bennett, P. & Murphy, S. (1997). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bibbins, K., Coxson, P., Goldman, L., Lightwood, J., & Pletcher, J. (2007). Adolescent overweight and future adult coronary heart disease. *N Engle J Med*. 357(23), 2371-2379.
- Birmaher, B., Ryan, D., Williamson, E., Brent, A., & Kaufman J. (1997). Childhood and adolescent depression: a review of the past 11 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(12), 1328-1339.
- Boddy, M., Hackett, F., & Stratton, G. (2009). Changes in BMI and Prevalence of Obesity and Overweight in Children in Liverpool, 1998-2006. *Perspectives in Public Health*, 129(3), 129-131.
- Borges, R., Köhler, K., Silva, F., Camargo, T. & Kanunfre, C. (2007). Influência da Televisão na Prevalência da Obesidade Infantil em Ponta Grossa, Paraná. *Ciência e Cuidados de Saúde*, 6(3), 305-311.
- Braet, C., & Mervielde, I. (1997). Psychological aspects of childhood obesity a controlled study in a clinical and nonclinical Sample. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(1), 59-71.
- Breton, J., Labelle, R., Huynh C., Berthiaume, C., St-Georges, M., & Guilé, J-M. (2012) Clinical characteristics of depressed youths in child psychiatry, *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 21(1), 23-29.
- Brewis, B (2003). Biocultural aspects of obesity in young Mexican schoolchildren. *Am J Human Biol*, 15, 446-460.
- British United Provident Association [BUPA] (2009). *Obesity in Children*. Disponível em: http://hcd2.bupa.co.uk/fact_sheets/html/child_obesity.html (Consultado em 06/01/2010).
- Britz, B, Siegfried, W., Ziegler, A., Lamertz, C., Herpertz-Dahlmann, M., Remschmidt, H., Wittchen, H-U., & Hebebrand, J. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study

- group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24, 1707-1714.
- Brown, A., Cash, F., Lewis, J. (1989). Body image disturbance in adolescent binge-purgers: a brief report of a national survey in the USA. *J Child Psychol Psychiat*, **30**, 605–613.
- Brownell, K. D., & O’Neil, P. M. (1999). Obesidade. Em D. H. Barlow (Org.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos* (355-403). Porto Alegre: Artmed.
- Burdette, L., & Whitaker, C. (2005). A national study of neighborhood safety, outdoor play, television viewing, and obesity in preschool children. *Pediatrics*, 116, 657-662.
- Burrows, A. & Cooper, M. (2002). Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls, *International Journal of Obesity*, 26, 1268–1273.
- Calderaro, R., & Carvalho, S. (2005). Depressão na infância: um estudo exploratório *Psicologia em Estudo*, 10(2), 181-189.
- Calderón, C., Forns, M., & Vereá, V. (2009). Obesidad infantil y síntomas cognitivo y conductuales propios de los transtornos de alimentación. *Anales de Pediatría*, 71(6), 489-494.
- Caprio, S. (2006). Treating Child Obesity and Associated Medical Conditions. *The Future of Children*, 16 (1), 209-224.
- Carpenter, K., Hasin, D., Allison, D., & Faith, M. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Pub Health*, 90, 251–7.
- Carruth, R., & Skinner, D. (2001): The role of dietary calcium and other nutrients in moderating body fat in preschool children. *Int J Obes Relat Metab Disord* 25:559-566.

- Carvalho, A., Cataneo, C., Galindo, E., & Malfará, C. (2005). Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia*, 15(30), 131-139.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F., & Manfro, G. (2000). *Transtornos de ansiedade. Rev Bras Psiquiatr*, 22, 20- 23.
- Cecil-Craig, R., & Grogan-Kaylor, A. (2009). Childhood Body Mass Index in Community Context: Neighborhood Safety, Television Viewing, and Growth Trajectories of BMI. *Health and Social Work*, 34(3), 169-177.
- Coffino, B. (2009). The role of childhood parent figure loss in the etiology of adult depression: findings from a prospective longitudinal study, *Attachment & Human Development*, 11(5), 445–470.
- Cole, J., Bellizzi, C., Flegal, M., & Dietz, H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 329(7244), 1-6.
- Coopeland, J., Beekman, A., & Dewey, C. (1999) Depression in Europe. *Br.J. Psychiatry*, 174, 312-321.
- Crisp, A., & McGuiness, B. (1976). Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population. *Britinh Medical Journal*, 1, 7-9.
- Coutinho, L. & Ramos N, (2008). Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: um estudo transcultural, *PSICO*, 39(1), 14-20.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clín.*, 37(4), 145-51.
- Couto, V., Duarte, S., & Delgado, C. (2008). A saúde infantil na Saúde Pública brasileira: situação actual e desafios, *Rev Bras Psiquiatr*, 30(4), 384-389.

- Crothers, L., Kehle, T., Bray, M., & Theodore, L. (2009). Correlates and suspected causes of obesity in children. *Psychology in the Schools*, 46(8), 787- 796.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2004). Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 369-378.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2009). Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. *Psicologia em Pesquisa, UFJF*, 3(01), 87-100.
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais – ansiedade e depressão na criança e adolescente. *Rev Port Clin Geral*, 25, 576-82.
- Cunha, B., Buzaid, A., Watanabe, C., & Romano, B. (2005). Depressão na infância e adolescência: revisão bibliográfica. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*, 15(3), 1-8.
- Curatolo, E., & Brasil, H. (2005). Depressão na infância: peculiaridades no diagnóstico e tratamento farmacológico. *Bras Psiquiatr*, 54(3), 170-176.
- Cytryn, L. (2003). Recognition of childhood depression: personal reminiscences. *Journal of Affective Disorders*, 77, 1-9.
- Damiani, D., Damiani, D., & Oliveira, G. (2002). Obesidade: fatores genéticos ou ambientais? *Pediatria Moderna*, 38(3), 57-80.
- Denney-Wilson, E. (2009). *Eating behaviours and child obesity*. Disponível em: http://content.ebscohost.com/pdf23_24/pdf/2009/NRI/01Jul09/43610551.pdf?T=P&P=AN&K=43610551&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMMv17ESeqLA4zOX0OLCmr0ie p69Ssa%2B4TLCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGntUquqbNOuePfgeyx8Xnz2uMA (Consultado em 10/01/2010).
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população

- portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo e S. Caires (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. VI). Braga: APPORT
- DiasEncinas, D., & Sandoval, D. (2007). Obesidad Infantil, ansiedad y familia. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 24(1), 22-24.
- Direcção Geral da Saúde (2005). *Programa nacional de combate à obesidade*. Disponível em: http://static.publico.clix.pt/docs/pesoemedia/Programa_Nacional_De_Combate_Obesida_de_2005.pdf (Consultado em 07/12/2010).
- Direcção Geral da Saúde (2006). *Actualização das curvas de crescimento* (Circular Normativa, N° 05/DSMIA). Portugal: Ministério da Saúde.
- Dockray, S., Susman, J., & Dorn, D. (2009). Depression, cortisol reactivity, and obesity in childhood and adolescence, *J Adolesc Health*, 45(4), 344-50.
- Epstein, L., Klein, K., & Wisniewski, L. (1994). Child and Parent Factors that Influence Psychological Problems in Obese Children, *International journal of Eating Disorders*, 15(2), 151-157.
- Erermis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., & Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics Intenacional*, 46, 296-301.
- Erickson, S., Robinson, T., Haydel, K., & Killen J. (2000). Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154, 931–935.
- Essau, C. (2007). Anxiety in children: When is it classed as a disorder that should be traeted?, *Express Rev. Neurotherapeutics*, 7(6), 909-911.
- Faith, S., Matz, E. & Jorge, A. (2002). Obesity–depression associations in the population, *J Psychosom Res*, 52: 1–8.

- Favaro A, & Santonastaso P. (1995) Effects of parents' psychological characteristics and eating behaviour on childhood obesity and dietary compliance. *J Psychosom Res*, 39,145-51.
- Fernandes, A., & Milani, R. (2010). A depressão infantil, o rendimento escolar e a auto-eficácia: uma revisão da literatura. *Revista Cesumar - Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, 15(2), 381-403.
- Fisberg, M. (1995). Obesidade na infância e adolescência. In I. M. Fisberg (Org.), *Obesidade na infância e adolescência* (pp. 9-13). São Paulo: BYK.
- Fisher, O., & Birch L. (1995). Fat preferences and fat consumption of 3 to 5 – year-old children are related to parental adiposity. *J Am Diet Assoc* 95, 759-764.
- Fonseca, G., Ferreira, S., & Fonseca, G. (2005). Prevalência de sintomas depressivos em escolares, *Pediatrics*, 27(4) 223-232.
- Franzon, J., Hugo, G., Wittert, G. & Wilson, D. (2008). Overweight and Obesity in 4-year-old South Australian Children and the Stability of IOTF Cut Points in this Age Group, *Obesity Research & Clinical Practice*, 2, 247-250.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Fleming, E., Boile, H., & Offord, D.(1993). The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Healthy Study follow-up, *J.Am. Acad. Of Child and Adolesc Psychiatry*, 32(1), 28-33.
- Fu, Curatolo, E & Friedrich, S. (2000). Transtornos afetivos, *Rev. Bras. Psiquiatr.*(22)2, 24-27
- Gahagan, S. (2004). Child and adolescent obesity. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 34, 6-43.

- Gastaldon, B., Martins, C. & Poltroniéri, V. (2007). *Obesidade infantil: um problema do presente com olhares para o futuro – promovendo o ser e a família saudável no cotidiano junto à enfermagem*. Monografia de graduação em Enfermagem apresentada á Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia* (6.ª Ed). Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa (Obra Original publicada em 1991).
- Goldsmith, J., Anger-Friedfeld, K., Beren, S., Rudolph, D., Boeck, M., & Aronne L. (1992). Psychiatric illness in patients presenting for obesity treatment. *Int J Eating Dis*, 12, 63–71.
- Gonçalves, H., & Heldt, E. (2009). Transtornos de ansiedade na infância como preditor de psicopatologia em adultos. *Rev Gaúcha Enferm*, 30(3), 533-541.
- Gonçalves, O. (1999). *Introdução à Psicopatologia Comportamental*. Quarteto: Coimbra.
- Goodman, E., Hinden, R., & Khandelwal, S. (2000). Accuracy of teen and parental reports of obesity and body mass index, *Pediatrics*, 106, 52-58.
- Goodman, E., & Whitaker, R. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity, *Pediatrics*, 110(3), 497–504.
- Goossens, L., Braet, C., Vlierberghe, L., & Mels, S. (2009). Loss of control over Eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating, *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 17, 68 – 78.
- Grant, K., Lyons, A., & Landis, D. (1999). Gender, body image, and depressive symptoms among low-income african american adolescents, *Jornal of Social Issues*, 55, 299-316.
- Gresham, F., & Kern, L. (2007). Internalizing behavior problems in children and adolescents. In R. Rutherford Jr., M. Quinn, & S. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders*. New York: The Guilford Press.

- Griffiths, J., Wolke, D., Page, S., & Horwood, P. (2006). Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Arch Dis Child*, 91, 121-125.
- Grillo, E., & Silva, R. (2004). Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente, *J Pediatr (Rio J)*., 80(2), 21-27.
- Gross, J., & Munoz, F. (1995). Emotion regulation and mental health, *Clin Psychol: Sci Pract*, 2, 151-64.
- Grover, R., Ginsburg, G., & Iolongo, N. (2005). Childhood predictors of anxiety symptoms: a longitudinal study, *Child Psychiatry and Human Development*, 36(2), 133-153
- Grover, R., Ginsburg, G., & Ialongo, N. (2007). Psychosocial outcomes of anxious first graders: a seven-year follow-up, *Depression and Anxiety*, 24, 410-420.
- Guajardo, Ramirez & Guerrero (2010). Anxiety and depression in children with overweight and obesity: results of a summer's field, *SUMM Psicológica UST*, 7(2), 67-74.
- Guedes, P., & Guedes, P. (2001). Actividade física aptidão cardiorrespiratória compisição da dieta de risco predisponentes às doenças cardiovasculares. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 177(3), 243-250.
- Hasler, G., Pine, S., Kleinbaum, D., Gamma, A., Lukenbaugh, D., Ajdacic, V., Eich, D., Rössler, W., & Angst, J (2005). Depressive symptoms during childhood and adult obesity: the Zurich Cohort Study, *Molecular Psychiatry*, 10, 842–850.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: psychiatric status, *Arch Gen Psychiatry*, 47, 465-73.

- Hayden-Wade, A., Stein, J., Ghaderi, A., Saedens, E., Zambinski, F., & Wilfley, E. (2005). Prevalence, characteristic, and correlates of teasing experience among overweight children vs. non-overweight peers, *Obesity Research*, 13, 1381-1392.
- Hill, J., & Silver, K. (1995). Fat, friendless and unhealthy: 9-year old children's perception of body shape stereotypes. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 19, 423-430.
- Horton, L. (2008). *Childhood obesity and depression*. Monografia apresentada á Universidade Marshall, Huntington, USA.
- Hovens, M., Wiersma, E., Giltay, J., Oppen, P., Spinhoven, P., Penninx, H., & Zitman, G. (2010). Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. Controls, *Acta Psychiatr Scand*, 122, 66-74.
- Huttel, J., Kisxiner, A., Bonetti, A., & Rosa, D. (2011). A depressão infantil e suas formas de manifestação, *Psicol Argum*, 29(64),11-22.
- Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (2004). *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores (Obra original publica em 2000).
- Isnard-Mugnier, P., Vila, G., Nollet-Clemencon, C., Vera, L., Rault, J., & G., Mouren-Simeoni, C. (1993). Etude contrôlé des conduites alimentaires et des manifestations émotionnelles dans une population d'adolescentes obèses. *Archives Françaises de Pédiatrie*, 50(6) 479-84.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Disponível em : http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=69365215&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2 (Consultado em 10/12/2010).

- Kashani, H., & Mcnaul, P. (1997). *Mood disorders in adolescents*. In: Wiener JM, editor. Textbook of child adolescent psychiatry. 2thed. New York: American Psychiatric Press, p. 343-88.
- Keim, N., Stern, J., & Havel, P. (1998). Relation between circulating leptin concentrations and appetite during a prolonged, moderate energy deficit in women, *Am J Clin Nutri*, 68, 794-801.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil*. TEA Ediciones: Madrid (Titulo original Children's Depression Inventory, Kovacs, 1992. Multi-Heath Sytems: Toronto.
- Kovac, M., Goldston,, D., & Gatsons, C. (1993). Suicidal behaviors and childhood depressive disorders: a longitudinal investigation, *J Am. Acad. Child Adolesc. Pyschiatry*, 51, (1), 8-20.
- Krasa R., & Tolbert, A. (1994). Adolescent bipolar disorder: a nine year experience. *J Affective Disord*, 31,180-184.
- Lamertz, M., Jacobi C., Yassouridis, A., Arnold, K., & Henkel, A. (2002) Are obese adolescents and young adults at higher risk for mental disorders? A community survey, *Obesity Research*, 10(11), 1152–1160.
- Langnase, K., Asbeck, I, Mast, M., & Muller, J. (2004). The influence of Socioeconomic Status on the Long-term Effect of Family-based Obesity Treatment Intervention in Prepubertal Overweight Children, *Health Education*, 10(6), 336-343.
- Levitan, R, Parikh, S., Lesage, A, Hegadoren, K., Adams, M., Kennedy, S., & Goering, P. (1998) Major depression in individual with history of childhood psysical ou sexual abuse,: relationship to neurovegetative features, mania and gender, *Am. J. Psychiatry*, 155, 1746-1752.
- Leung, C., & Robson, M. (1990). Childhood Obesity. *Postgraduate Medicine*, 87(4), 123-130.

- Liem E., Sauer,P., Oldehinkel, A., & Stolk, R. (2008). Association between depressive symptoms in childhood and adolescence and overweight in later life, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(10), 981-988.
- Lima, D. (2004). Doença bipolar na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*. 80(2), 11-20.
- Link, G., & Phelan, C. (2001). Conceptualizing stigma. *Anu. Revi. Social*, 27, 363-385.
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. The International Association for the Study. *Obesity Reviews*, 5(1), 4-85.
- Luiz, A., Gorayeb, R., Junior, R., & Domingos, N. (2005). Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 371-375.
- Lumeng, C., Appugliese, D., Cabral, J., Bradley, H., & Zuckerman, B. (2006). Neighborhood Safety and Overweight Status in Children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 25-31.
- Maffeis, C. (2000). Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatr* 159, 35- S44.
- Maia, C., Silva, C., Barreiros, C., & Pinho, T (2009). Obesidade numa consulta de Pedriatria em cuidados de saúde primários, *Comportamento Alimentar*, 6(12), 29-33.
- Marcelli, D. (2005 a). *Episódios depressivos e “doença depressiva” na criança*. In Daniel Marcelli, *Infância e psicopatologia*. (pp 407- 433). Lisboa: Climepsi Editores.
- Marcos-Daccarett, J., Núñez-Rocha, M., Salinas-Martínez, M., Santos-Ayarzogoitia, M. & Decanini-Arcautc, H. (2007). Obesidad como factor de riesgo para trastornos metabólico en adolescentes mexicanos, *Rev Salud Publica*, 9(2), 180-193.

- Massa, (2003). Actualidad de los transtornos depressivos en la infância, *Psiquiatria. Com*, 7(2), 1-3.
- Mesquita, B, & Gilliam, S. (1994). Differential diagnosis of childhood depression: using comorbidity and symptom overlap to generata multiple hypotheses. *Child Psichiat and Hum Dev*, 25(3),167-72.
- Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS. Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. Psiquilibrios: Braga
- McCabe, M., Ricciardelli, L., & Banfield, S. (2011). Depressive symptoms and psychosocial functioning in preadolescent children, *Depression Research and Treatment*, 2011, 1-7.
- McCauley, E., Pavlidis, K., Kendall, K. (2001). *Developmental precursors of depression: the child and the social environment*. In: Goodyer IM, editor. *The Depressed Child and Adolescent*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. p. 46-78.
- Mello, E., Luft, V. & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?, *Jornal de Pediatria*, 80(3), 173-182.
- Mia, M., & Rohde, A. (2007). Psicofármacos para o tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Ver Bras Psiquiatr.*, 29(1), 72-79.
- Monteiro, P., Victora, C., & Barros, F. (2004). Fatores de risco sociais, familiares e comportamentais para obesidade em adolescentes. *Revista Panamericana de Sald Publica*, 16, 250-258.
- Montenegro, (1993). Depression en la infancia y adolescencia. *Rev Chil Neuro Psiquiatr* 31, 13-23.
- Moreira, P. (2005). *Obesidade — muitos pesos, várias medidas*. Porto: Ambar.

- Must, A., Jacques, P., Gerard, C., Dallal, G., Bejame, C., & Dietz, W. (1992). *Long term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Harvart Growth Study of 1992 to 1935. N Eng J Med*, 327, 1350-1355.
- Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E., (2003). Obesity and Psychiatric Disorder: Developmental Trajectories, *Pediatrics*, 111(4), 851-859.
- National Center for Infants, Toddlers, and Families (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R)*. Washington, DC: Zero to three press.
- Nestle, M., (2006). Food marketing and childhood obesity a matter of policy. *The New England Journal of Medicine*, 354, 2527-2529.
- Neto, M., Silva, T., Filho, J., Carvalho, R., Teixeira, S., Lima, N., Pedroso, D., Cartaxo, J., Júnior, J., Demarzo, M., & Reis, A. (2011). Depressão infantil e desenvolvimento psicocognitivo: descrição das relações de causalidade, *Rev Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, 21(3), 894-898.
- O'Brien, F., Olden, N., Migone, M., Dooley, B., Atkins, L., Ganter, K., & Bates, A. (2007). Group cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorder – an evaluation of the “Friends for youth” programme, *Irish Journal of psychological medicine*, 24(1), 5-12.
- Odriozola, E. (2001). *Perturbações da ansiedade na infância*. MacGrawHiill: Alfragide.
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, A., Albuquerque, C., Carvalho, G., Sendin, P., & Silva, M. (2009). Determinares da Obesidade na Adolescência. *Actas do Vº Seminário Internacional/ 2º Ibero Americano de Educação Física, Lazer e Saúde*, p. 1-16. Disponível em:

http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9296/1/EdFLazSaude_Oliveira.pdf
(Consultado em 3/01/2010).

Oliveira, A., Cerqueira, M., Souza, S., & Oliveira, C. (2003). Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47(2), 1-8.

Oliveira, C., Mello, M., Cintra, I., & Fisberg, M. (2004). Obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência *Revista de Nutrição* 17 (2) 237-245.

Ollendick, T., & Seligman, L. (2006). Anxiety Disorders, In C. Gillber, R. Harrington & H. Steinh (Ed.) *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2004). Prevalence of Overweight and Obesity in 7-9 year-Old Portuguese Children: Trends in Body Mass Index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678.

Pain, G. (2007). Epidemiology of Obesity: A Global Burden for the New Millennium, p. 3-19 IN: Stacey J. Bell, Obesity, epidemiology, pathophysiological and prevention. EUA: CRC Press.

Paiva, B. (2007). Ansiedade infantil e saúde escolar — estudo estatístico. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra: Coimbra.

Paixão, A. (2007). Obesidade, sedentarismo e risco cardiovascular na infância. *Comportamento alimentar*, 4(10),11-14.

Parliament Office of Science and Technology (2003). *Childhood Obesity*, 205, 1-4.

- Pastore, D., Fischer, M., & Friedman, B. (1996). Abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students: correlations with self-esteem and anxiety. *J Adolesc Health*, 18(3), 12–9.
- Pellanda, L., Echenique, L., Barcellos, L, Maccari, J., Borges, F., & Zen, B., (2002). *Doença cardíaca isquêmica: a prevenção inicia durante a infância*, 78(2), 91-96.
- Pereira, C. (2007). Projeto de Intervenção em crianças e adolescentes, *Revista Ser Saúde*, 6, 98-113.
- Pervanidou, P., & Chrousos, G. (2011). Emotional/behavioral disorders and obesity in childhood: a clinician's perspective, *The European Health Psychologist*, 13, 38-53.
- Pi-Sunyer F. (1999). Comorbidities of overweight and obesity: current evidence and research issues. *Med Sci Sports Exerc.*(31), 602-608.
- Pimenta, A., & Amaral, A. (2001). Perfil epidemiológico da obesidade em crianças: relação entre a televisão, actividade física e obesidade. *Rev. Bras. Ciên. Mov.* 9(4) 19-24.
- Pine, D., Goldstein, R., Wolk, S., & Weissman, M. (2001). The association between childhood depression and adulthood body mass index, *Pediatrics*, 107(5), 1049-1056.
- Pitrou, I., Shojaei, T., Wazana, A., Gilbert, F., & Kovess-Masfety, V. (2010). Child overweight, associated psychopathology, and social functioning: a French school-based survey in 6- to 11-year-old children. *Obesity (Silver Spring)*, 18, 809–817.
- Plataforma Contra a Obesidade. (PCO (2009). *A obesidade infantil em Portugal*. Retirado a 19 de Novembro, 2009 de <http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/textos01.aspx?cttextoid=191&menuid=195&exmenu=165>

- Psicologia e afins (2007). *Ansiedade face aos exames escolares*. Disponível em: <http://psis-e-afins.blogspot.com/2007/11/9-ano-e-agora-ansiedade-associada-aos.html>. (Consultado a 21/03/2010 às 14h).
- Puder, J., & Munsch, S. (2010). Psychological correlates of childhood obesity *International Journal of Obesity*, 34, 37–43.
- Puhl, R., & Latner, J. (2007). Stigma, obesity, and health of the nation's children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557-580.
- Ramsawh, J., Chavira, A., & Stein, B. (2010). Burden anxiety disorders in pediatric medicinal settings: prevalence, phenomenology, and a research agenda. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 194(10), 964-972.
- Rêgo, C. (2008). *Obesidade em idade Pediátrica: marcadores clínicos e bioquímicos associados a comorbilidade*. Porto: Abbott.
- Reilly, J. (2005). Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19, 327–341.
- Reis, R. & Figueira, V. (2001) Transtorno depressivo na clínica pediátrica. *Revista Pediatria Moderna*, 37, 212-222.
- Ribeiro, P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rice, F., Harold, G., & Thapar, A. (2002 a). Assessing the effects of age, sex and shared environment on the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1039–1051.
- Rice, F., Harold, G., & Thapar, A. (2002 b). The genetic aetiology of childhood depression: a review, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43(1), 65-79.

- Richardson, L., Davis, R., Poulton, R., McCauley, E., Moffitt, T., Caspi, A., & Connell, F. (2003). A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157, 739-745.
- Robinson, N. (1999). Reducing children's television viewing to prevent obesity. *JAMA*, 282(16), 1561-1567.
- Rodrigues, N. (2008). *Reacções emocionais e percepções da criança ao conflito parental*. Dissertação de Doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto: Porto.
- Rofey, D., Kolko, R., Iosif, A-M., Silk, J., Bost, J., Feng, W., Szigethy, E., Noll, R., Ryan, N., & Dahl, R. (2009). Longitudinal Study of Childhood Depression and Anxiety in Relation to Weight Gain, *Child Psychiatry Hum Dev*, 40, 517-526.
- Rosado, E., Monteiro, J., Chaia, V., & Lago, J. (2006). Efecto de la leptina en el tratamiento de la obesidad e influencia de la dieta en la secreción y acción de la hormona. *Nutrición hospitalaria* 21(6), 686-693.
- Rosário, P., Soares, S., Núñez, C., Pienda, G., & Simões, F. (2004). Ansiedade face aos testes e auto-regulação da aprendizagem: variáveis emocionais no aprender, *Psicologia e educação*, 3(1), 15-26.
- Roy, B., Kristensen, H., Groholt, B., & Clench-Aas, J. (2009). Prevalence and characteristics of significant social anxiety in children aged 8-13 years. A Norwegian cross-sectional population study, *Soc Psychiatry Epidemiol*, 44, 407-415.
- Salim, M., & Bicalho, M., (2004). Obesidade infantil - aspectos psicológicos envolvidos na causa e suas consequências. *Univ. Ci. Saúde Brasília*, 2 (1) 23-37.
- Sancho, A., & Pita, B. (2005). *Transtornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia*. En: AEPaped. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280.

- Santos, M. (2007). *Ansiedade face aos testes, género e rendimento académico. Um estudo no ensino básico*. Tese de Mestrado em Psicologia Escolar apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Serrão, F., Klein, L., & Gonçalves, A. (2007). Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psico-USF*, 12 (2), 257-268.
- Schriering, A., Hadson, L., & Rapee, M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents, *Clinical Psychology Review*, 20(4), 453-478.
- Sierra, J., Buéla-Casal, G., & Morales, E., (2001). Evaluación y tratamiento de la ansiedad generalizada. Em G. Buéla- Casal, & J.C. Sierra (Eds), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Silberg, J., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, J., Simonoff, E., Maes, H., Carbonneau, R., Murrelle, L., Foley, D., & Eaves, L (1999). The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescent girls. *Ach. Gen. Pyschiatrica*, 56, 225-232.
- Silva, A., Mourão-Carvalho, M., Reis, V., Matos, M., Garrido, N., Pitanga, F. & Marinho, D. (2008). The prevalence of the overweight and obesity among Portuguese children. *Fitness Performance*, 7(5), 301-305.
- Silva, B. (2009). *Variáveis Psicossociais na Obesidade Infantil*. Tese de Mestrado em Psicologia. Universidade do Minho: Braga.
- Silva, S., Martins, M., Batista, B., Vergueiro, C., & Faria, G. (2009). A Relação entre a Obesidade e Depressão na Infância. Centro Universitário de Itajubá- *UNIVERSITAS*. Disponível em: http://www.universitas.edu.br/revista/artigos/aprovados/biologica/2009/21-08-2009__11-23-33__.pdf (Consultado em 20/12/2009).

- Silva, W., & Figueiredo, V. (2005). Childhood anxiety and assessment instruments: a systematic review, *Rev Bras Psiquiatr*, 27(4), 329-335.
- Silvestre, E., & Stavile, A. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Tese de Mestrado. Universidad Favaloro. Córdoba.
- Speisser, P., Rudolf, M., Anhalt, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakelli, A., & Freemark, M. (2005). Consensus statement: childhood obesity. *Journal Clinical Endocrinologie Metabolic*, 90, 1871-1877.
- Spence, S. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Soca, P., & Peña, A. (2009). Consecuencias de la obesidad Consequences of obesity. *ACIMED*, 20(4),84-92.
- Sothorn, M., Vrancken-Tompkins, C., Brooks, C. & Thélin, C. (2006). Increasing physical activity in overweight youth in clinical settings. Em: Melinda S. Sothen, Stewart T Gordon & T. Kristion von Almen (Eds). *Handbook of pediatric obesity clinical management*. U.A.S.: Taylor e Fracis.
- Strauss, R. (2000). Childhood Obesity and Self-Esteem. *Pediatrics*, 105, (1), 1-5.
- Styne, M. (2005) Obesity in childhood: what's activity got to do with it? *American Journal of Clinical Nutrition*, 81, 337-338.
- Swedo, E., Leonard, L., & Allen, J. (1994). New developments in childhood affective and anxiety disorders. *Curr Probl Pediatr*, (24),12-38.
- Tanofsky-Kraff, M., Cohen, M., Yanovski, S., Cox, Ch., Theim, K., Keil, M., Reynolds, J., & Yanovski, J. (2010). A prospective study of psychological predictors of body fat gain among children at high risk for adult obesity. *Pediatrics*, 117(4), 1203-1209.

- Tapia, A. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el edecuado para el adecuado dignóstico y tratamiento de pacientes com sobrepeso obesidade, *Revista Chilena de Nutrición*, 33(2), 352-357.
- Tauber, M. (2009). *Comprender a Obesidade Infantil*. Porto Editora.
- Thompson, A. (2012). Childhood Depression Revisited: Indicators, normative Tests, and Clinical Course, *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 21(1), 5-8.
- Toro, J. (2006). *Psiquiatría de la infancia y la adolescência*. In J. Ruiloba (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (6ª ed). (pp 825- 848). Barcelona: Masson.
- Tremblay A, & Willms JD. 2000. Secular trends in the body mass index of Canadian children. *Can Med Assoc J* 163:1429–1433.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *The Surgeon General's call to action to prirent and decrease owrweight and obesity*. Rockville, MD: U.S. Disponível em: <http://www.surgeongeneral.gov/library> (Consultado em 16/11/210).
- Vanhala, J., Vanhala, T., Keinanen-Kiukaanniemi, M., Kumpusalo, A., & Takala, K. (1999) Relative weight gain and obesity as a child predict metabolic syndrom as an adult. *Int J Obes*, 23,656–659.
- Vila, G., Zipper, E., Dabbas, M., Bertrand, C., Robert, J., Ricour, C., & Mouren - Simeoni, M. (2004). Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 66, 387–394.
- Wabitsch, M. (2000). Overweight and obesity in European children: definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. *Eur J Pediatr*, 159 (1), S8- S13.

- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 522-536.
- Washington, R. (2008). Overview of the expert committee's recommendations for prevention, diagnosis, and treatment of child and adolescent obesity, *Progress in Pediatric Cardiology 25*, 125-128.
- Weens, G., & Stickle, T. (2005). Anxiety Disorders in Childhood: Casting a Nomological Net. *Clinical Child and Family Psychology Review, 8*(2), 107- 133.
- World Health Organization (2003). Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organ Tech Rep Ser, 916, 1-149.
- World Health Organization (2004). Obesidade. Prevenindo e Controlando a Epidemia Global. Roca: São Paulo.
- World Health Organization (2008). *Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases*. Disponível em: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/005/ac911e/ac911e00.pdf> (Consultado em: 16/11/2010)
- World Health Organization (2008). *Controlling the global obesity epidemic*. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/index.html> (Consultado em 29/11/2010).
- World Health Organization (2007). *The Challenge of obesity in the WHO European Region and the Strategie for response*. Disponível em : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf (Consultado em 17/11/210).
- Wright, M., Parker, L., Lamont, D. & Craft, W. (2001). Implications of childhood obesity for adult health: findings from thousand families cohort study. *BMJ, 323* (7324), 1280-1284.

Wyatt,S., Winters, K. & Dubbert, P. (2006). Overweight and obesity: prevalence, consequence, and causes of growing public health problem. *The American Journal of the Medical Sciences*, 33(4), 166-174.

Yach, D., Stuckler, D., & Brownell, D. (2006). Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes. *Nature Medicine*, 12, (1) 62-66

Anexo I- Pedido de Autorização para a Investigação ao Presidente do Hospital Santa Maria Maior, EPE

N/ Referência: 13 – DEP

Joana Morgado

Universidade Católica Portuguesa

V/ Referência:

ASSUNTO Trabalho de Investigação no âmbito da tese de Mestrado

Data: 13 de Abril de 2010

Face ao pedido para a realização de um trabalho de investigação intitulado "*Estudo da Sintomatologia Depressiva num grupo de Crianças com e sem Obesidade*", informamos que o mesmo foi autorizado com a indicação de, após a sua conclusão, ser fornecido a este Hospital, o Relatório produzido.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Centro de Formação e Desenvolvimento Profissional



Rosa Maria Ribeiro

Anexo II- Pedido de Autorização para a Intervenção em Grupo ao Agrupamento de Escolas de Gonçalves Nunes



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DE BRAGA
FACULDADE DE FILOSOFIA

Exma. Sro Professor Barros
Presidente do Agrupamento Gonçalves Nunes

Assunto: Autorização para a realização do trabalho de investigação.

Barcelos, 8 de Junho de 2010

Eu, Prof^a. Doutora Eleonora Veiga, na qualidade de orientadora da aluna Joana Alexandra da Silva Morgado, que se encontrar o 2º ciclo de Estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, venho por este meio solicitar que se digne a autorizar esta aluna, Joana Alexandra da Silva Morgado, a realizar o seu trabalho de investigação na Instituição que V^a Ex^a preside.

A investigação tem subordinado o tema *Estudo da Sintomatologia Depressiva e Ansiosa num grupo de Crianças com e sem Obesidade*, em crianças entre os 8 e 12 anos. Este estudo pretende fornecer um contributo em torno da discussão gerada na literatura, ou seja, não existe consenso sobre se as crianças com obesidade apresentam ou, não, níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa superior às crianças não obesas. Em última instância pretende-se perceber qual o impacto desta patologia no bem-estar emocional das crianças, uma vez que a Obesidade Infantil tem aumentado surpreendentemente e já é considerado um problema de saúde pública.

Ficamos gratos pela vossa colaboração e agradecidos pelo contributo realizado, de modo a permitir o avanço vista científico na área.

Assim, a concretização desta investigação envolve um único contacto com as crianças do 5º ano de Escolaridade que V^a. Ex^a preside para que possam, de modo anónimo e confidencial, responder aos instrumentos que se pretendem administrar (cf. Anexo).

Importa referir que, enquanto supervisora e coordenadora do Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, durante a realização deste projecto, tenho conhecimento de todos os princípios e regras deontológicas de condução de investigação com os seus humanos.

Para qualquer esclarecimento adicional disponham sempre, no sentido de qualquer dúvida seja esclarecida.

A docente supervisora,

Prof. Doutora Eleonora Costa Veiga
Docente na Universidade Católica
Coordenadora do Mestrado em Clínica e Saúde na Universidade Católica

A Mestranda/ Investigadora,

Joana Alexandra da Silva Morgado

Anexo III- Pedido de Autorização para Investigação ao Presidente do Agrupamento Vale D` Este



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DE BRAGA
FACULDADE DE FILOSOFIA

Exma. Sro
Presidente do Agrupamento de Escola Vale D'Este (Barcelos)

Assunto: Autorização para a realização do trabalho de investigação.

Barcelos, 8 de Junho de 2010

Eu, Prof^a. Doutora Eleonora Veiga, na qualidade de orientadora da aluna Joana Alexandra da Silva Morgado, que se encontra no 2º ciclo de Estudos em Psicologia Clínica e da Saúde, venho por este meio solicitar que se digne a autorizar esta aluna, Joana Alexandra da Silva Morgado, a realizar o seu trabalho de investigação numa das Escolas que V^a Ex^a preside, a EB1 de Carreira (S.Miguel).

A investigação tem subordinado o tema *Estudo da Sintomatologia Depressiva e Ansiosa num grupo de Crianças com e sem Obesidade*, em crianças entre os 8 e 12 anos. Este estudo pretende fornecer um contributo em torno da discussão gerada na literatura, ou seja, não existe consenso sobre se as crianças com obesidade apresentam ou, não, níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa superior às crianças não obesas. Em última instância pretende-se perceber qual o impacto desta patologia no bem-estar emocional das crianças, uma vez que a Obesidade Infantil tem aumentado surpreendentemente e já é considerado um problema de saúde pública.

Ficamos gratos pela vossa colaboração e agradecidos pelo contributo realizado, de modo a permitir o avanço científico na área.

Assim, a concretização desta investigação envolve um único contacto com as crianças do 5º ano de Escolaridade que V^a. Ex^a preside para que possam, de modo anónimo e confidencial, responder aos instrumentos que se pretendem administrar (cf. Anexo).

Importa referir que, enquanto supervisora e coordenadora do Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, durante a realização deste projecto, tenho conhecimento de todos os princípios e regras deontológicas de condução de investigação com os seus humanos.

Para qualquer esclarecimento adicional disponham sempre, no sentido de qualquer dúvida seja esclarecida.

A docente supervisora,

Prof. Doutora Eleonora Costa Veiga
Docente na Universidade Católica
Coordenadora do Mestrado em Clínica e Saúde na Universidade Católica

A Mestranda/ Investigadora,

Joana Alexandra da Silva Morgado

Anexo IV- Consentimento de Informado para Investigação aos Pais das Crianças da Amostra Clínica

Consentimento informado

Eu, abaixo-assinado _____ (nome completo), compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que o meu educando irá participar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.

Além disso, foi-me afirmado que o meu educando tem todo o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, consinto a participação do meu educado no estudo em questão proposto pelo investigador.

Data: __/__/20__

Assinatura do voluntário:

O investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo V- Consentimento de Informado para Investigação aos Pais da Amostra Não Clínica

Pedido de Colaboração na Investigação

Barcelos, 14 de Junho de 2010

Exma. Sr. Encarregado de Educação,

Eu, Joana Morgado, estudante do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica, da Faculdade de Filosofia, pretendo realizar uma investigação intitulada “Estudo da sintomatologia depressiva e ansiosa num grupo de crianças com e sem obesidade” em crianças entre os 8 e 12 anos.

Para realizar este trabalho é necessário que os vossos educados preencham quatro questionários breves. Com isto pretende-se perceber como as vossas crianças, que não apresentam obesidade, se percebem em termos de temperamento e humor.

Participar neste estudo é apoiar o avanço científico na área de Psicologia da Clínica e da Saúde, mais concretamente na compreensão da problemática da obesidade infantil, que constitui um problema de Saúde Pública.

Importa referir que, a investigadora e a sua coordenadora têm conhecimento dos princípios e regras deontológicas de condução de investigação com os seus humanos.

A mestrande/ Investigadora,

-----*Eu,
_____(nome completo do Encarregado de educação)
do aluno _____(nome completo da criança) compreendi a
explicação em cima referida e autorizo a participação do meu educando na Investigação em
questão.

Assinatura do Educador: _____

Anexo VI- Questionário Clínico

Questionário Clínico

As perguntas que se encontram neste questionário estão relacionadas contigo. Todas as respostas são anónimas e confidenciais. Não deves escrever o teu nome ou outro elemento que te identifique em qualquer parte do questionário.

Responde com honestidade a todas as perguntas.

1. Tens algum problema de saúde?

- Não
- Sim – Qual? _____

2. Tens acompanhamento clínico?

- Não
- Sim – Qual(quais) a(s) especialidade(s):
 - Médica(s) Endocrinologia
 - Medicina Geral
 - Pediatria
 - Pedopsiquiatria
- Nutrição
- Psicologia
- Outra – Qual? _____

Anexo VII- Questionário Sócio-demográfico

As perguntas que se encontram neste questionário estão relacionadas contigo e com o teu agregado familiar. Todas as respostas são **anónimas** e **confidenciais**. Não deves escrever o teu nome ou outro elemento que te identifique em qualquer parte do questionário.

Responde com **honestidade** a **todas** as perguntas.

1. Género da criança

Masculino

Feminino

2. Data de Nascimento: ___ / ___ / ____

3. Ano de escolaridade que frequenta: _____

4. Local de residência do agregado familiar:

Meio rural

Meio urbano

5. Nível sócio-económico do agregado familiar

Baixo

Médio - Baixo

Médio

Médio- Alto

Alto

6. Ano de escolaridade dos pais

	Pai	Mãe
Não sei		
Sem estudos		
1º Ciclo (1º, 2º, 3º, 4º ano)		
2º Ciclo (5º 6ºano)		
3º Ciclo (7º 8º ou 9º ano)		
Ensino Secundário (10º, 11º, 12º ano)		
Curso Superior		

7. Praticas habitualmente exercício físico?

Nunca

Só na escola

Dentro e fora da escola

8. Para além das aulas de Educação Física (na escola), com que frequência praticas actividade física, pelo menos, 20 minutos seguidos?

Pelo menos 1 vez por semana

2 ou 3 vezes por semana

4 vezes ou mais por semana

9. Com uma cruz (X) preenche para cada pergunta sobre o que comes:

Consumo de:	Nunca	Raramente	Às vezes	1 vez por semana	2 ou mais vezes por semana
Fruta e legumes					
Refrigerantes					
Doces (bolos, chocolates...) Salgadinhos					
Água					
Peixe					
Carne					