

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LABORATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

**OBESIDADE INFANTIL E CORRELAÇÃO COM ATITUDES ALIMENTARES,
IMAGEM CORPORAL, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA**

ALCIELLE LIBÓRIO CARANHA

MANAUS

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LABORATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

ALCIELLE LIBÓRIO CARANHA

**OBESIDADE INFANTIL E CORRELAÇÃO COM ATITUDES ALIMENTARES,
IMAGEM CORPORAL, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas como etapa obrigatória para a obtenção do título de Mestre na linha de Processos Psicológicos e Saúde.

Professor Orientador: Dr. José Humberto da Silva Filho

MANAUS

2021

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C261o Caranha, Alcielle Libório
Obesidade infantil e correlação com atitudes alimentares, imagem corporal, depressão e qualidade de vida / Alcielle Libório Caranha, José Humberto da Silva Filho. 2021
84 f.: il.; 31 cm.

Orientador: José Humberto da Silva Filho
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. obesidade infantil. 2. atitude alimentar. 3. imagem corporal. 4. depressão. 5. qualidade de vida. I. Silva Filho, José Humberto da. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

ALCIELLE LIBÓRIO CARANHA

**OBESIDADE INFANTIL E CORRELAÇÃO COM ATITUDES ALIMENTARES,
IMAGEM CORPORAL, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas como etapa obrigatória para a obtenção do título de Mestre na linha de Processos Psicológicos e Saúde.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho

Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Presidente

Prof.^a Dra. Gisele Cristina Resende

Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Membro Titular Interno

Prof. Dr. Luis Alberto Passos Presa

Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Membro Titular Externo

*Ao meu amado
esposo Glauco, pelo
incentivo e apoio
incondicionais e por fazer
dos MEUS projetos,
NOSSOS.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, pela saúde e por me sustentar nos momentos mais difíceis.

Ao meu esposo Glauco, meu maior incentivador, por todo o amor, carinho e pela parceria na vida. Apesar de tantos obstáculos, juntos, superamos cada um deles.

Aos meus pais Eligiêr e Aldenice por terem engendrado em mim o gosto pela leitura.

À minha irmã Ligiane pela amizade, torcida e pelos momentos de desabafo e ao cunhado Carlos pela ajuda preciosa com os recursos visuais das apresentações deste estudo.

Ao meu irmão Alex pela inspiração em cursar uma pós-graduação *strictu sensu*.

Aos meus afilhados e sobrinhos amados Milena, João, Isabela, Fernando e Liana pelo amor e carinho em todos os nossos encontros, mesmo que virtuais. Vocês trazem leveza à vida!

À Tia Joana, madrinha querida, por toda a ajuda, altruísmo, incentivo e orações.

À “equipe de casa” Felipe e Malania por toda a ajuda com o Glauco e com o nosso lar.

Ao meu orientador, prof. Dr. José Humberto, pela oportunidade de aprendizado, compromisso e especialmente pela gentileza com que conduziu esta minha jornada no PPGPSI.

À Dra. Tirciana, idealizadora do projeto de Tratamento Interdisciplinar da Obesidade Infantil aos pacientes do Fajardo, pela parceria e profissionalismo.

Ao Diretor Geral do Hospital Dr. Aly Nasser, à Coordenadora do Ambulatório Enf. Janaína, às Enf. Blenda e Led Dayana, agradeço pelo apoio na realização deste estudo.

Às técnicas de enfermagem Cláudia, Adriana, Lúcia e Magalhães pela ajuda com a aferição dos dados antropométricos das crianças.

Aos colegas psicólogos do Fajardo Maria José e Marcos pela disponibilização do consultório no horário matutino para que eu pudesse realizar as avaliações dos pacientes.

À Dra. Gisele pela participação das bancas examinadoras desde a etapa de qualificação do projeto e preciosa contribuição ao longo de todo o estudo e também aos Drs. Isolda e Luis Alberto pelo aceite na participação das bancas e auxílio no refinamento deste trabalho.

Às amigas Ivone e Sara pela torcida e pelas conversas que acolhem e divertem o coração.

À colega Salonice pelas dicas preciosas e conselhos durante a jornada no PPGPSI.

Ao Gabriel Mouta pela ajuda com as análises estatísticas, paciência e gentileza ofertada.

Aos colegas do PPGPSI Sinthia, Cassandra, Alexandre e Samuel, pela ajuda em momentos fundamentais durante este percurso, pelas ricas trocas de conhecimento e incentivo.

E finalmente, agradeço aos pais e especialmente às crianças participantes por me permitirem acessar o seu mundo, conhecer suas angústias e assim tornar possível este trabalho.

*Grande é a poesia, a bondade e as danças...
Mas o melhor do mundo são as crianças.*

FERNANDO PESSOA

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo o estudo das Atitudes Alimentares, Imagem Corporal, Depressão e Qualidade de Vida de crianças com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade que se encontram em tratamento em uma instituição de saúde na cidade de Manaus. Entende-se que esses construtos são de grande relevância para um funcionamento saudável do indivíduo e que alterações nesses aspectos podem se constituir como indicadores de problemas fisiológicos e psicológicos com impacto no bem-estar, na percepção de identidade e no estilo de vida de crianças. O estudo ocorreu em uma única sessão com uma população de 63 crianças com idades de 8 a 12 anos de ambos os sexos, sendo utilizados os instrumentos para avaliar as variáveis elencadas: Children's Eating Attitudes Test Versão Brasileira, Escala de Silhuetas Brasileiras para Crianças, Questionário de Depressão Infantil, Escala de Avaliação de Qualidade de Vida e um Questionário Socioeconômico. As análises de correlação entre variáveis foram realizadas através de estatísticas analíticas não paramétricas, sendo utilizado para associação entre variáveis o teste de Spearman e para comparação entre dois grupos o teste de Mann-Whitney, todos considerando $p < 0,05$. Os principais achados foram: (1) a prevalência de obesidade em meninos; (2) meninos desejam uma imagem corporal mais larga que meninas; (3) houve boa acurácia da imagem corporal pelas crianças em relação ao seu índice de massa corporal; (4) crianças com maior escolaridade apresentaram menor indicador de desenvolvimento de transtorno alimentar; (5) crianças com indicador de transtorno alimentar desejam silhuetas mais magras e são mais insatisfeitas com sua imagem corporal; (6) crianças com sintomatologia depressiva possuem qualidade de vida menos satisfatória e (7) crianças que realizam atividade física possuem melhor qualidade de vida. Os resultados poderão contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno estudado e auxiliar profissionais da área no tratamento de crianças com diagnóstico de obesidade.

Palavras-Chave: Obesidade Infantil, Atitude Alimentar, Imagem Corporal, Depressão, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

This work aims to study the Food Attitudes, Body Image, Depression and Quality of Life of children diagnosed with overweight or obesity who are being treated at a health institution in the city of Manaus. It is understood that these constructs are of great relevance for the healthy functioning of the individual and that changes in these aspects may constitute indicators of physiological and psychological problems with an impact on the well-being, perception of identity and lifestyle of children. The study took place in a single session with a population of 63 children aged 8 to 12 years of both sexes, using the instruments to assess the variables listed: Children's Attitudes Test Brazilian version, Brazilian Silhouettes Scale for Children, Questionnaire of Child Depression, Quality of Life Assessment Scale and a Socioeconomic Questionnaire. The correlation analyzes between variables were performed using non-parametric analytical statistics, using the Spearman test for association between variables and the Mann-Whitney test for comparison between two groups, all considering $p < 0,05$. The main findings were: (1) the prevalence of obesity in boys; (2) boys want a broader body image than girls; (3) there was good accuracy of body image by children in relation to their body mass index; (4) children with higher education had lesser indicator of development of eating disorder; (5) children with an eating disorder indicator want thinner silhouettes and are more dissatisfied with their body image; (6) children with depressive symptoms have less satisfactory quality of life and (7) children who perform physical activity have better quality of life. The results may contribute to a better understanding of the phenomenon studied and assist professionals in the field in the treatment of children diagnosed with obesity.

Key words: Child Obesity, Eating Attitude, Body Image, Depression, Quality of Life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Tabela IMC por idade Meninas.....	21
Figura 2 - Tabela IMC por idade Meninos.....	21
Figura 3 - Classificação dos participantes pelo IMC e Sexo.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Descrição da amostra.....	45
Tabela 02: Classificação da amostra por IMC e Sexo	47
Tabela 03: Classificação dos participantes no instrumento AUQEI.....	48
Tabela 04: Média dos Domínios do instrumento AUQEI.....	48
Tabela 05: Classificação dos participantes no instrumento CDI.....	48
Tabela 06: Classificação dos participantes no instrumento Silhuetas.....	49
Tabela 07: Classificação dos participantes no instrumento ChEAT.....	49
Tabela 08: Média dos Fatores do instrumento ChEAT.....	49
Tabela 09: Associação entre a Classe Social e os instrumentos aplicados.....	50
Tabela 10: Associação entre a Idade e os instrumentos aplicados.....	51
Tabela 11: Associação entre a Escolaridade e os instrumentos aplicados.....	51
Tabela 12: Associação entre o Peso, IMC e os instrumentos aplicados	51
Tabela 13: Associação entre a Altura e a Distorção da Imagem.....	52
Tabela 14: Associação entre os instrumentos Silhuetas e ChEAT	52
Tabela 15: Associação entre o score do ChEAT e a Insatisfação da Imagem.....	53
Tabela 16: Associação entre o Domínio Autonomia e os instrumentos aplicados.....	53
Tabela 17: Associação entre os instrumentos CDI e AUQEI.....	54
Tabela 18: Associação por diferença entre Grupos.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Síndrome Metabólica e Obesidade
CID-10	Código Internacional de Doenças - 10a edição
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - 5a edição
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Imagem Corporal
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
QV	Qualidade de Vida
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Transtorno Alimentar
TCA	Transtorno de Compulsão Alimentar
VIGITEL	Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Justificativa.....	16
1.2 Objetivos.....	17
1.2.1 Objetivo Geral	17
1.2.2 Objetivos Específicos	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 A Terceira Infância.....	18
2.2 A Obesidade Infantil	19
2.3 Implicações Psicológicas da Obesidade na Infância	23
2.3.1 Atitudes Alimentares.....	25
2.3.2 Imagem Corporal	29
2.3.3 Depressão	32
2.3.4 Qualidade de Vida	35
3 MÉTODO.....	37
3.1 Delineamento do estudo	37
3.2 Participantes	37
3.3 Local da pesquisa	37
3.4 Procedimentos	37
3.5 Análise de dados.....	38
3.6 Aspectos éticos	39
3.7 Critérios de inclusão	39
3.8 Critérios de exclusão	39
3.9 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa.....	40
3.10 Análise crítica dos riscos e benefícios da pesquisa	40
3.10.1 Benefícios	40

3.10.2 Riscos..	40
3.11 Instrumentos de pesquisa.....	41
3.11.1 Escala de Avaliação de Qualidade de Vida – AUQEI.....	42
3.11.2 Questionário de Depressão Infantil – CDI	42
3.11.3 Escala de Silhuetas Brasileiras para Crianças	43
3.11.4 Children’s Eating Attitudes Test Versão Brasileira – ChEAT	43
3.11.5 Questionário Sociodemográfico	44
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	45
4.1. Estatísticas Descritivas	45
4.2. Estatísticas Analíticas	50
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
7 REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO DA CRIANÇA.....	73
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	74
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES – AUQEI.....	76
ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL - CDI.....	77
ANEXO 3 - ESCALA DE SILHUETAS BRASILEIRAS PARA CRIANÇAS	79
ANEXO 4 - ESCALA SILHUETAS - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO	80
ANEXO 5 - CHILDREN’S EATING ATTITUDES TEST - ChEAT	81
ANEXO 6 - CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE	82
ANEXO 7 - CARTA DE ANUÊNCIA DO CENTRO DE SERVIÇOS DE PSICOLOGIA APLICADA - CSPA.....	83
ANEXO 8 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFAM.....	84

1 INTRODUÇÃO

Em 2020 a palavra pandemia passou a fazer parte do cotidiano de milhões de pessoas ao redor do mundo, porém, o que muitos não sabem é que bem antes do surgimento do novo coronavírus o planeta já enfrentava um combate a outra doença epidêmica, com características bem distintas da COVID-19, mas também de difícil controle e bastante danosa à saúde de toda população: a obesidade.

A obesidade foi considerada uma epidemia global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1997 devido ao aumento de sua prevalência em diversos países ao redor do mundo, tornando-se um grande desafio para gestores e profissionais da saúde, uma vez que sua origem é determinada por múltiplos fatores, seu tratamento é dispendioso e seu curso pode levar à morte devido a sua associação com o surgimento de inúmeras outras patologias.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), estima-se que até 2030 o número anual de óbitos causados por doenças consideradas crônicas não transmissíveis seja cerca de 52 milhões e os gastos com doenças relacionadas à obesidade até 2025 são estimados em US\$ 556 bilhões de dólares.

De acordo com a Associação Brasileira para o Estudo da Síndrome Metabólica e Obesidade (ABESO), o surgimento da obesidade tem forte relação com o ambiente e o estilo de vida adotados pela população, bem como o advento da tecnologia e o crescimento da indústria de alimentos, pois juntos estes fatores impactaram de modo negativo os hábitos de saúde, favorecendo o aumento de peso e o sedentarismo, condições propícias à instalação da doença nas mais variadas faixas-etárias, inclusive na infância.

A obesidade infantil passou a ser uma preocupação mundial após um estudo realizado pelo *Imperial College London* e pela OMS apontar que o número de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos com obesidade aumentou cerca de dez vezes nas últimas quatro décadas, estimando-se que, caso nada seja feito, haverá mais crianças e adolescentes obesos do que com desnutrição moderada e grave até 2022 em todo o mundo (OPAS, 2017; EZZATI, 2017).

Consoante informações divulgadas pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de 2019, do número de crianças acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção primária, 28,1% com idade entre 5 e 9 anos estavam com excesso de peso e destas, 13,2% apresentaram obesidade.

Corroborando essas informações, a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) publicada em 2018 denunciou que no Brasil cerca de 50% da população está acima do peso, sendo as regiões Norte

e Centro Oeste as que apresentam maior incidência de pessoas obesas em todo o território nacional, com destaque para Manaus como a capital com o maior número de habitantes com obesidade do país.

1.1 Justificativa

A motivação desta pesquisa se deve ao fato de a autora trabalhar como psicóloga em um hospital infantil na cidade de Manaus, local onde funciona um ambulatório de endocrinopediatria. Após um levantamento realizado pela médica responsável das demandas de seu serviço atendidas na instituição, notou-se um elevado número de crianças e adolescentes encaminhados para o tratamento de obesidade.

Devido ao surgimento da demanda de atendimentos a essas crianças na instituição, surgiram diversas reflexões acerca das possibilidades de realização do exercício profissional relacionadas à contribuição para o tratamento interdisciplinar da obesidade infantil. Diante dos múltiplos fatores presentes nessa enfermidade que impõem obstáculos ao seu tratamento, existem variáveis psicológicas que possuem correlação direta com a obesidade infantil que possam ser identificadas de modo eficaz pelo psicólogo, com vistas à contribuição no tratamento dessas crianças?

Pretende-se com este estudo contribuir para a identificação de fatores que possam ser modificáveis, como atitudes alimentares e fatores psicológicos relacionados à obesidade infantil, o que poderá auxiliar profissionais, familiares e pacientes daquela e de outras instituições no tratamento desse distúrbio.

A opção pela realização da pesquisa com a faixa-etária dos 8 aos 12 anos se deveu ao fato de que na terceira infância a criança passa a iniciar julgamentos sobre a própria identidade de modo mais consciente, realista, equilibrado e abrangente (PAPALIA, 2014). Desse modo, acredita-se que o processo de maturação existente nesta fase do desenvolvimento pode contribuir para a avaliação da percepção dos construtos pela ótica das crianças, o que é de grande relevância para a área da saúde devido à escassez de estudos envolvendo a população infantil, em especial na região local.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar as características de atitudes alimentares, imagem corporal, depressão e indicadores de qualidade de vida de crianças com sobrepeso e obesidade de 8 a 12 anos.

1.2.2 Objetivos Específicos

Investigar 11 (onze) correlações:

1. IMC e atitude alimentar, imagem corporal, depressão e qualidade de vida;
2. IMC e atitude alimentar;
3. IMC e imagem corporal;
4. IMC e depressão;
5. IMC e qualidade de vida;
6. atitude alimentar e imagem corporal;
7. atitude alimentar e depressão;
8. atitude alimentar e qualidade de vida;
9. imagem corporal e depressão;
10. imagem corporal e qualidade de vida;
11. depressão e qualidade de vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo irá abordar a terceira infância de modo a compreender as características desta fase, faixa-etária em que se deu a pesquisa. Em seguida serão apresentadas informações sobre a obesidade na infância e suas implicações psicológicas, com ênfase em quatro variáveis cujo impacto na obesidade infantil tem sido mencionado na literatura: atitudes alimentares, autoimagem, depressão e qualidade de vida.

2.1 A Terceira Infância

O conceito de infância, assim como o ciclo da vida, é uma construção social, elaborada de acordo com os valores, normas e costumes de determinadas culturas e sociedades. De acordo com as sociedades industriais ocidentais, o desenvolvimento humano foi dividido em uma sequência de oito períodos com a finalidade de melhor se pesquisar e compreender o processo de crescimento que ocorre nos indivíduos (PAPALIA, 2014).

Dentre os períodos que compreendem a infância, Martorell (2020, p.8) elenca quatro: Pré-Natal, que inicia desde a concepção até o nascimento, Primeira Infância, período que abrange de 0 aos 3 anos, Segunda Infância, que começa aos 3 e termina aos 6 anos e Terceira Infância, fase iniciada aos 6 e que finda aproximadamente aos 12 anos.

O MS adota a classificação de que criança é a pessoa de 0 a 9 anos e adolescente o indivíduo de 10 a 19 anos (UNA-SUS/UFSC, 2013). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera em seu artigo segundo que criança é a pessoa de até 12 anos de idade incompletos, e adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade. Segundo Papalia (2014), as faixas-etárias utilizadas para a classificação do desenvolvimento são um tanto arbitrárias, uma vez que também podem ser adotados referenciais sociais ou físicos para demarcar a passagem de uma fase para outra, como o ingresso na escola ou a entrada na puberdade.

Sigelman (2009) apud Uehara (2018) relata que o desenvolvimento humano pode ser compreendido como um processo de mudanças ordenadas, padronizadas, relativamente duradouras e que se dá de modo continuado, podendo ser percebidas principalmente nos domínios físico, cognitivo e psicossocial, os quais interagem entre si, embora se desenvolvam individualmente.

Na Terceira Infância o domínio físico se caracteriza especialmente pelo crescimento mais lento que nas outras fases da infância, com média de crescimento de 5 a 7,5 centímetros por ano, no entanto, o peso costuma dobrar nesse mesmo período, sendo as meninas as crianças

que retêm um volume maior de tecido adiposo, característica do gênero que persiste até a fase adulta (MARTORELL, 2020).

Os domínios cognitivo e psicossocial são compreendidos de modos diferentes, a depender da teoria do desenvolvimento. De acordo com a Perspectiva Cognitiva, base da Teoria dos Estágios Cognitivos de Piaget, a terceira infância equivale ao Estágio das Operações Concretas, caracterizada pela fase em que as crianças conseguem fazer uso de operações mentais para resolver problemas, pensar de maneira mais lógica, pois são menos egocêntricas do que nas fases anteriores, e levar em conta os vários aspectos de uma situação, embora ainda necessitem do referencial do que pode ser observado e manipulado para construir a sua compreensão lógica da realidade, pensando de modo limitado em situações reais no aqui-e-agora (MARTORELL, 2020).

O desenvolvimento cognitivo ocorrido na Terceira Infância permite à criança desenvolver conceitos mais densos, compreendê-los e iniciar o processo de regulação emocional, uma vez que julgamentos sobre a própria identidade passam a ser mais conscientes, realistas, equilibrados e abrangentes à medida que ela vai formando autoconceitos que integram vários aspectos da identidade, conseguindo comparar a identidade real com a ideal, por exemplo (PAPALIA, 2014).

Apesar de a Terceira Infância possuir os indicadores de menor taxa de mortalidade do que qualquer outro ciclo do desenvolvimento, sugerindo ser esta a fase da vida em que a saúde está mais fortalecida, a obesidade se tornou um dos principais problemas que ameaçam a infância, sendo encarada pela OMS como uma epidemia global (IBGE, 2010).

2.2 A Obesidade Infantil

A história de nossos antepassados pré-históricos, que viviam em uma época na qual as refeições eram incertas, exigia uma grande capacidade do corpo para armazenamento de gordura para, a partir dela, obter proteção térmica com vistas à sobrevivência (STRAUB, 2014). Para o autor, este legado talvez explique o motivo de as pessoas gostarem de consumir gorduras até os tempos atuais, as quais constituem aproximadamente de 40 a 45% do total de calorias nas dietas ocidentais.

A ABESO (2016) define a obesidade como uma doença crônica, cuja principal característica é o aumento de tecido gorduroso em determinada região ou em todo o corpo, com etiologia complexa e multifatorial, podendo estar relacionada a fatores biológicos, ambientais e socioeconômicos, assim como psicossociais.

A obesidade é considerada um dos maiores problemas de saúde pública do século XXI, pois além de abrir portas para uma série de outras doenças como diabetes, doenças cardiovasculares e dislipidemia, representa um dos maiores gastos individuais e coletivos com o tratamento para essa patologia em si (HENRIQUES et al, 2018).

No Brasil, já há registros da obesidade infantil a partir dos cinco anos, fenômeno presente em todas as regiões e classes sociais, com prevalência na área urbana (IBGE, 2010). O surgimento dessa patologia na infância é elemento de grande preocupação para a OMS, uma vez que é fator preditivo de obesidade na fase adulta (PAIVA et al, 2018). De acordo com o MS, crianças acima do peso tem 75% mais chances de se tornarem adolescentes obesos e estes 89% de chances de serem obesos na vida adulta.

No Brasil, estudos recentes como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e MS demonstram níveis crescentes de excesso de peso e obesidade na população brasileira a partir dos 15 anos. Apesar da ausência de dados atualizados relativos a medidas antropométricas na população infantil, o último censo do IBGE realizado em 2010 apontou acentuada queda nos índices de desnutrição, enquanto a prevalência de excesso de peso e a obesidade infantis ultrapassaram o padrão internacional, especialmente em crianças na idade escolar.

Straub (2014) afirma que o privilégio físico que o sexo masculino tem em relação à composição corporal permite que ele metabolize a comida mais rapidamente do que o sexo feminino, o que ajuda os homens a consumirem mais alimentos sem ganhar o mesmo peso que as mulheres. Embora a literatura aponte a desvantagem biológica feminina em relação ao acúmulo de gordura corporal, a prevalência mundial de obesidade é maior em meninos do que em meninas, com incidência de 8 meninos obesos para cada grupo de 100 crianças, em detrimento de 6 meninas para o mesmo grupo.

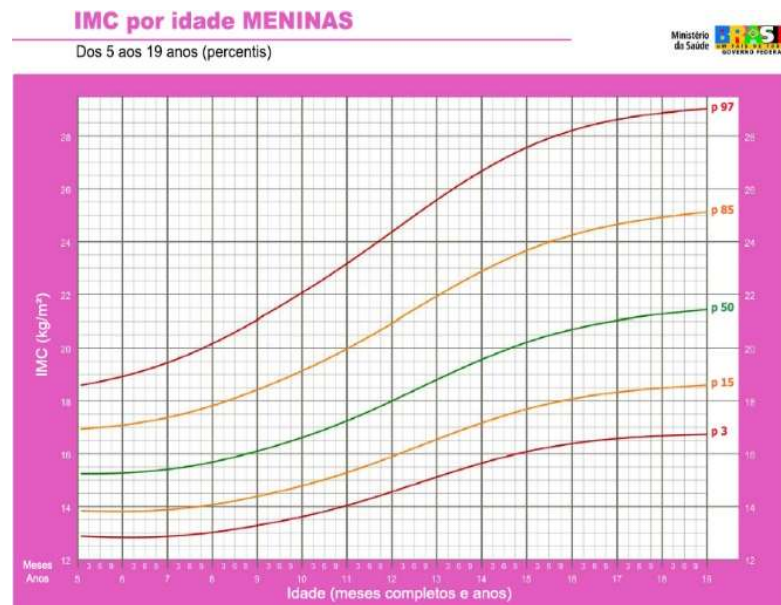
Esses achados foram publicados pela revista *Lancet*, cujo estudo apontou um aumento da obesidade em meninas de 0,7% em 1975 para 5,6% em 2016, e um aumento de 0,9% para 7,8% em meninos no mesmo intervalo de anos. No Brasil, essa tendência já era observada desde o último censo, que revelou aumento expressivo do peso em meninos, com salto de 13,8% para 51,4%, e um crescimento de 10,4% para 43,8% em meninas entre os anos de 1989 e 2009, respectivamente (IBGE, 2010; EZZATI, 2017).

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), a medida considerada mais objetiva para se diagnosticar a obesidade é através da aferição do Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC é determinado pela divisão do peso do indivíduo (em quilos) pelo quadrado de sua altura (em metros). Um resultado entre 18,5 e 24,9 é considerado peso

normal. Entre 25 e 29,9 sinaliza sobrepeso. A partir de 30 é indicador de obesidade (SBEM, 2018).

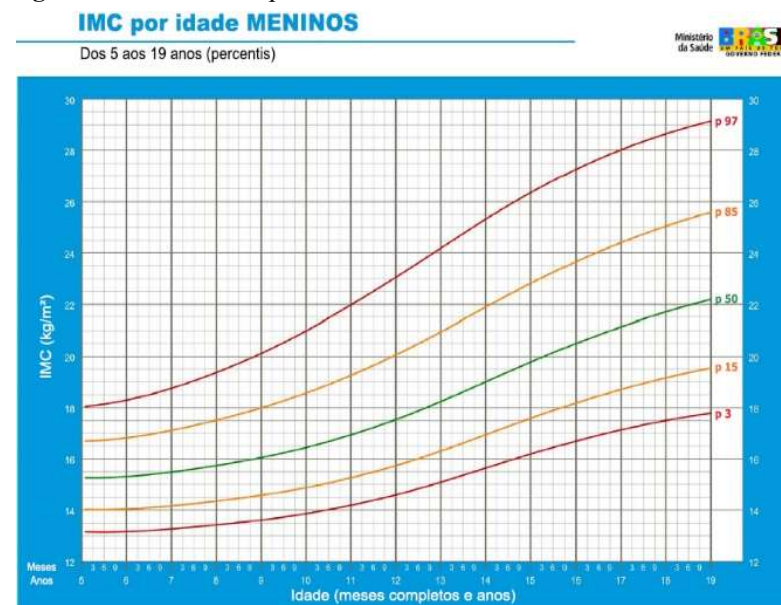
Na infância e adolescência a avaliação do estado nutricional difere da avaliação na população adulta, pois analisa-se um número maior de variáveis, como o sexo e a idade. Tabelas da OMS auxiliam os profissionais de saúde na avaliação do IMC, apontando um percentil de 85 como sobrepeso e 97 um percentil indicador de obesidade.

Figura 1 – Tabela IMC por idade Meninas



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Figura 2 – Tabela IMC por idade Meninos



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

A relação entre obesidade e renda já teve uma correlação positiva segundo o MS, indicando que em populações de maior renda a incidência de obesidade era maior, contudo, atualmente a obesidade vem se tornando cada vez mais alta em mulheres com baixa renda e tende a se estabilizar ou ainda diminuir na população com maior poder aquisitivo (BRASIL, s/d). Straub (2014) confirma essa ideia ao relatar que o nível socioeconômico possui relação inversa com a obesidade, pois pesquisas apontaram que quanto menor o status maior a probabilidade de estar acima do peso. Essa relação pode ser explicada, segundo o autor, pelo acesso mais limitado a serviços de saúde e menor conhecimento pelas pessoas mais pobres sobre a importância de uma alimentação saudável, os benefícios da prática de atividades físicas e o risco que a obesidade gera à saúde.

Dornelles, Anton e Pizzinato (2014) mencionam que populações etnicamente semelhantes apresentam diferentes índices de prevalência quando em condições ambientais distintas, alertando sobre a importância do ambiente para o surgimento da doença. Em convergência a essa afirmação, a OMS estima que cerca de 95% dos casos de sobrepeso e obesidade na infância ocorram devido a questões ambientais, sendo esta denominada por obesidade simples ou exógena, diferente da obesidade ocasionada por fatores genéticos (CASTRO et al, 2016; ROCHA et al, 2017).

Há evidências de que as altas taxas de sedentarismo na população estejam relacionadas a essas questões, colocando a tecnologia como uma das variáveis que mais contribui para um estilo de vida inativo devido ao longo tempo dispensado ao uso de aparelhos como celulares, *tablets*, computadores e videogames (ARAGÃO, 2015; FRANÇA et al, 2019; FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019). A ausência de atividades físicas implica em um acúmulo de energia armazenado no corpo sob a forma de gordura, que quando não é gasta propicia o aumento de peso e conseqüentemente favorece o surgimento da obesidade (CASTRO et al, 2016).

A cultura do consumo e a publicidade de alimentos e bebidas direcionadas a crianças também são fatores contribuintes para o surgimento e manutenção da obesidade, uma vez que as estratégias de comunicação mercadológicas de produtos alimentícios utilizadas para atrair o público infantil têm influência sobre o consumo de alimentos do tipo *fastfood*, compostos por alto teor de sódio, gorduras saturadas e *trans*, além de açúcares e bebidas de baixo teor nutricional (HARTUNG; KARAGEORGIADIS, 2017; SILVA; BERNARDES, 2018).

Devido a obesidade ser uma doença de múltiplos determinantes, seu tratamento também deve ter uma perspectiva multidisciplinar, dado que seus fatores causais se relacionam de modo dinâmico e simultâneo (LIMA; OLIVEIRA, 2016; FRONTZEK; BERNARDES;

MODENA, 2017). Dentre as áreas dedicadas ao tratamento da obesidade, a psicologia objetiva auxiliar na identificação de variáveis psicológicas envolvidas na ingestão alimentar e na imagem corporal (IC), assim como no tratamento dos impactos decorrentes da obesidade na autoestima, nos estados de humor, nos relacionamentos interpessoais e na qualidade de vida (QV) desses pacientes.

2.3 Implicações Psicológicas da Obesidade na Infância

Desde muito cedo crianças internalizam o estigma da obesidade, situação que faz com que o excesso de peso tenha se tornado um fator relacionado a problemas de ordem emocional e social em crianças, como insatisfação com a IC, baixa autoestima, ansiedade, culpa, raiva, dificuldades de relacionamento e sintomas de depressão, dificultando a aquisição de hábitos mais saudáveis com consequentes impactos na QV (COELHO et al, 2016; LIMA; OLIVEIRA, 2016; PAIVA et al, 2018).

A obesidade pode levar o indivíduo a desenvolver crenças disfuncionais relacionadas ao peso e à ingestão alimentar, gerando um padrão de pensamentos distorcidos que por sua vez levam a desregulação afetiva e a comportamentos alimentares inadequados (BECK, 2009). Nesse sentido, Lima e Oliveira (2016) discorrem que a busca por alimento com o objetivo de aliviar sentimentos desagradáveis bem como pressões sociais influenciam na manutenção da obesidade.

A maneira como o indivíduo obeso se vê também pode ser elencada como uma importante variável psicológica, pois a insatisfação com a própria imagem é preditora de sofrimento emocional intenso, visto que a busca pelo padrão de beleza imposto pela sociedade incentiva o indivíduo a travar uma luta entre o corpo e a mente, situação geradora de grandes tensões que resultam em estados emocionais desagradáveis e que levam esses indivíduos a interromperem o autocontrole, levando-os à escolhas alimentares inadequadas (FRONTZEK; BERNARDES; MODENA, 2017; MENDES; BASTOS; MORAES, 2019).

Mendes, Bastos e Moraes (2019) asseveram que a pessoa obesa muitas vezes se submete a ser o centro das brincadeiras de um grupo acreditando ser esta a única forma de ser inserido nele e, como consequência a essa submissão, a sensação de inadequação e sintomas depressivos podem vir à tona, levando o indivíduo ao isolamento social, com impacto nas relações interpessoais.

Estudos realizados com crianças obesas apontam uma vulnerabilidade deste grupo referente ao desenvolvimento de problemas psicológicos, uma vez que acabam sendo isoladas

em muitas ocasiões por grupos sociais de seu convívio, pois são consideradas lentas e com menos habilidades que crianças eutróficas. Autores acreditam que a discriminação social sofrida por esse público faz com que ele passe a não gostar de si mesmo, situação que tem repercussão direta na autoestima e que já vem sendo observada em crianças de idade pré-escolar (SANTOS; MARANHÃO; BATISTA, 2016).

A prática de *bullying* também é um fator recorrente em crianças obesas, que vivenciam situações de humilhação resultante do preconceito e discriminação social, cujas consequências psicológicas são bastante sérias para a saúde mental por toda a vida (SCUTTI et al, 2014; ROCHA et al, 2017). *Bullying* é um termo em inglês que designa um ato agressivo verbal ou físico, realizado de modo repetido e intencional, independente de motivação, com o objetivo de discriminar, humilhar, intimidar e excluir (ROCHA et al, 2017). De acordo com o MS, crianças vítimas de *bullying* apresentam maior risco de desenvolverem transtornos psiquiátricos, aderirem a vícios como o alcoolismo e tabagismo, além dos impactos para os relacionamentos sociais, uma vez que tendem a ficar retraídas e isoladas do convívio social.

A sensação de isolamento, a falta de confiança e a humilhação resultante do preconceito e discriminação aos quais os indivíduos obesos são submetidos, somados a não aceitação de sua própria IC podem desencadear sintomas depressivos, que impactam diretamente a QV devido a perturbações ocasionadas no padrão alimentar, no sono e no humor (SCUTTI et al, 2014).

Diversos estudos demonstram associação entre obesidade e alterações de ordem psicológica, como uma pesquisa realizada na Austrália e citada por Cruz et al (2017) com crianças de 7 a 11 anos, sendo constatada a correlação de IMC com autoestima. Segundo resultados deste estudo, quanto maior o IMC das crianças, maior sua insatisfação com seu corpo e, conseqüentemente, menor sua autoestima. Outro estudo de caso controle também citado pelo autor com uma amostra de 239 crianças belgas e com faixa etária entre 9 e 12 anos, das quais 139 estavam obesas e 150 tinham peso adequado, apontou que as crianças obesas expressaram com maior frequência sentimentos negativos em relação ao autoconceito geral, isto é, não estavam apenas insatisfeitas com sua aparência pessoal, mas também com outros aspectos da vida.

Diante da importância da saúde psicológica de crianças para seu desenvolvimento pleno, faz-se necessário discorrer sobre alguns construtos psicológicos relacionados à obesidade, elegidos a partir de estudos sobre os impactos dessa patologia na infância.

2.3.1 Atitudes Alimentares

Durante muito tempo se acreditou que um corpo abundante era sinal de prosperidade assim como criança gordinha era sinal de saúde, no entanto, conforme discorrido em capítulo anterior, sabe-se que atualmente o excesso de gordura no corpo é fator determinante para se diagnosticar um indivíduo com obesidade (STRAUB, 2014; ABESO, 2016).

É consenso entre os estudiosos da saúde que o leite materno é considerado o melhor alimento nos primeiros meses de vida, representando uma alimentação imprescindível para a promoção da segurança alimentar devido ao ser alto valor nutricional, ser favorecedor de ganho de peso adequado, de proteção imunológica e gastrointestinal contra doenças, além da amamentação representar um estímulo para o vínculo mãe-bebê (BRASIL, 2015; VIANA FILHO et al, 2020).

Hartung e Karageorgiadis (2017) afirmam que os primeiros hábitos alimentares podem determinar o padrão de ingestão para a vida inteira, e este pode ocasionar sérios problemas para a saúde, uma vez que os alimentos que consumidos estão diretamente relacionados a cinco das dez principais causas de mortalidade no mundo, como problemas cardíacos, acidente vascular cerebral, câncer, diabetes e doenças diarreicas (OPAS, 2018).

Os hábitos alimentares, assim como as condições de saúde da população, passam por transformações devido a múltiplos fatores. No Brasil, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada pelo IBGE, objetiva mensurar os hábitos de consumo, gastos e rendimentos das famílias, traçando um perfil das condições de vida da população no país. De acordo com a última POF realizada nos anos de 2017-2018, o consumo de cereais como arroz e feijão diminuiu entre os brasileiros, assim como a ingestão de frutas e legumes ainda é abaixo da recomendada pelo MS, especialmente na população entre 10 e 18 anos.

Paiva et al (2018) asseveram que o fenômeno da obesidade não está relacionado apenas com a quantidade de alimentos ingerida, mas com a qualidade do alimento que é consumido. No que diz respeito ao consumo de alimentos ultra processados, ricos em açúcares simples e gorduras saturadas, a POF 2017-2018 indica um crescimento de 56% em 15 anos na população em geral, refletindo o padrão alimentar assumido pela vida moderna ditado pela praticidade e correria, fator ambiental que provavelmente mais tenha contribuído para a epidemia da obesidade infantil.

Costa et al (2011) discorrem que um dos fatores que pode determinar a obesidade infantil está relacionado ao estilo parental, uma vez que os pais são os responsáveis pelo abastecimento dos alimentos da casa, bem como servem de modelo para a reprodução dos

comportamentos na infância, dentre eles as práticas alimentares. Nesse sentido, a parentalidade se manifesta por meio de práticas como o controle alimentar da criança e do uso de alimentos como recompensa, sendo associada à perpetuação desses hábitos por gerações e também ao peso na infância (FRONTZEK, 2015; MARCO et al, 2020).

Estudos sobre determinantes do sobrepeso e da obesidade infantil concluíram que a fase escolar apresenta um dos maiores índices de aumento de peso devido ao consumo excessivo de alimentos ultra processados e açúcares, diminuição de ingestão alimentar de qualidade, assim como a diminuição de atividades físicas (MOREIRA; NEUFELD; ALMEIDA, 2018; LIRA; SOUZA; CINTRA, 2020).

Straub (2014) relata que os fatores psicossociais desempenham um papel importante no comportamento alimentar, pois desde cedo as crianças já são treinadas a associar comida a festas, realizações pessoais e eventos sociais, sendo, no entanto, também comum a busca por alimento quando situações de perturbação e estresse aparecem.

Os hábitos culturais e alimentares apresentam impacto negativo na vida de uma criança obesa não somente pelas questões inerentes à saúde física, mas também pelos aspectos psicossociais envolvidos (LINHARES et al, 2016). Sentimentos como tristeza, culpa, problemas de relacionamento e dificuldade de inclusão social estão presentes em indivíduos com essa patologia, bem como perda da vaidade, comprometimento da autoestima e distorção da IC (STRAUB, 2014).

Alvarenga e Koritar (2015) esclarecem que os hábitos alimentares diferem das atitudes alimentares, que são definidas por crenças, pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados aos alimentos e que sofrem influência do próprio indivíduo, assim como do ambiente. Para o autor, quando esses comportamentos são aprendidos e repetidos de forma automática se tornam hábitos alimentares, compreendidos como práticas realizadas geralmente de modo inconsciente.

Beck (2009), no entanto, afirma que a ingestão alimentar não é uma prática inconsciente, pois sempre há um pensamento que antecede o ato de comer, e este pode se apresentar de dois modos: se leva o indivíduo a agir de maneira mais produtiva é considerado um pensamento funcional, porém, se o induz a atitudes disfuncionais é denominado de pensamento sabotador, que tende a surgir na presença de um estímulo, este sim nem sempre consciente para o indivíduo.

No livro *Pense Magro*, a autora discorre sobre a natureza dos estímulos, que podem ser de ordem ambiental, mental, emocional e social. Estímulos ambientais são mais fáceis de identificar, pois eles estimulam os sentidos, como a visão e o olfato. Os estímulos mentais estão

relacionados ao pensamento sobre comida, que são despertados com uma simples lembrança do alimento ou ao ler uma receita culinária. Os estímulos emocionais são aqueles relacionados aos sentimentos, que podem ser desagradáveis como raiva, tristeza, ansiedade, frustração, incitando a pessoa a comer para buscar conforto ou distração, mas também podem estar relacionados a sensações agradáveis, que estimulam à continuidade da ingesta com vistas a manter estas sensações por mais tempo. Por fim, os estímulos sociais se relacionam a situações em que se gostaria de comer com os demais, como aniversários e confraternizações.

De acordo com a APA (2014), alterações no consumo de alimentos decorrentes de pensamentos ou comportamentos disfuncionais que causam prejuízos ou sofrimento significativo para os indivíduos acometidos estão associados, de um modo geral, aos transtornos alimentares (TA). Pensamentos obsessivos em relação aos alimentos e sua quantidade de calorias, sentimentos de raiva e culpa por sentir fome, assim como dificuldade para tomar decisões relativas à escolha do que comer e ingesta alimentar com a finalidade de compensar problemas são alguns dos exemplos dessas disfunções (SOUZA et al, 2014; LIMA; OLIVEIRA, 2016).

Estudos indicam um aumento da incidência de compulsão alimentar significativo entre as pessoas que procuram o tratamento para controle de peso, com predominância de 15% a 50% entre as pessoas obesas que participam de programas de redução de peso (LIMA; OLIVEIRA, 2016).

O Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais (DSM-5) agrupou em sua nova versão os TA, que englobam o transtorno de pica, o transtorno de ruminação, o transtorno alimentar restritivo/evitativo, assim como a anorexia nervosa, bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar (TCA). É válido ressaltar que apesar da obesidade ter relação estreita com o TCA, não é considerada um transtorno mental, mas sim uma desordem física, no entanto, é vista como um fator preditor para o desencadeamento do TCA (SANTOS et al, 2017).

Desde muito cedo crianças internalizam o ideal de corpo magro e estigma da obesidade, que está associada a insatisfação com a imagem corporal, problemas de aceitação social, baixa autoestima e sintomas depressivos (COELHO et al, 2016). Estes fatores possuem ainda relação com outros indicadores negativos à saúde como comportamentos alimentares de risco, prática de dietas, restrição de grupo de alimentos, assim como episódios de compulsão alimentar (MOREIRA; NEUFELD; ALMEIDA, 2018).

Os episódios de compulsão alimentar são a principal característica dos TCA, estando presentes também na Bulimia Nervosa, porém, sem os comportamentos compensatórios (APA, 2014). De acordo com o critério diagnóstico B descrito no DSM-5, os episódios de compulsão

alimentar estão associados a três ou mais dos seguintes aspectos: comer mais rápido que o normal, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, comer grandes quantidades de alimentos mesmo sem estar com a sensação física de fome, comer sozinho por vergonha da quantidade de alimentos ingerida e se sentir insatisfeito consigo mesmo, deprimido ou culpado após o episódio.

No TCA, os sinalizadores de fome e saciedade são de difícil identificação pelo indivíduo, sendo associados a outras emoções, cujo fator desencadeante geralmente está relacionado a fatores de estresse, como a carência afetiva e um ambiente com falha na percepção e manifestação dos afetos, que ainda somados a um contexto onde a comida é supervalorizada e associada a uma fonte de prazer, levam à ingesta alimentar descontrolada (CANALS; COPSTEIN, 2017).

O TCA é mais comum em indivíduos com sobrepeso e obesos do que em pessoas eutróficas, uma vez que os episódios frequentes de compulsão alimentar levam ao ganho de peso, condição que leva esta população a apresentar maior comorbidade psiquiátrica, maior sofrimento subjetivo e menor QV (APA, 2014).

Algumas situações parecem estar relacionadas com o desencadeamento de episódios de compulsão alimentar, como solidão, tédio, raiva e ansiedade, assim como a prática de dietas restritivas, já que quando o indivíduo come uma quantidade maior dos alimentos considerados proibidos são acionados gatilhos de pensamentos de fracasso, que por sua vez ativam pensamentos permissivos, levando ao comportamento do comer compulsivo (BECK, 2009; LIMA; OLIVEIRA, 2016; MOREIRA; NEUFELD; ALMEIDA, 2018).

Moreira, Neufeld e Almeida (2018) afirmam que, apesar de muitas crianças apresentarem sofrimento psicológico relacionado a alteração de pensamentos e comportamentos relacionados à ingesta alimentar, nem sempre os critérios diagnósticos para os transtornos clássicos são preenchidos. Desse modo, com vistas a preencher essa lacuna, a nova classificação dos TA no DSM-5 criou a categoria Outro Transtorno Alimentar Especificado, utilizada para casos em que há a presença de muitas características compatíveis com os transtornos, além de sofrimento e prejuízo significativos para indivíduo, sem, no entanto, satisfazer todos os critérios necessários para o diagnóstico (MOREIRA; NEUFELD; ALMEIDA, 2018; APA, 2014).

Dentre os recursos que podem ser utilizados para identificar possíveis atitudes alimentares alteradas, escalas e questionários podem auxiliar os profissionais de saúde, porém, atualmente há poucos instrumentos traduzidos e validados para a população brasileira, e destes

a maioria foi desenvolvida para o público adolescente ou adulto (MOREIRA; NEUFELD; ALMEIDA, 2018).

Oliveira (2006) apud Lima e Oliveira (2016) explica a função do comer em excesso para os obesos, que utilizam os alimentos para preencherem lacunas emocionais de toda a ordem, pois a comida, por ser prazerosa, diminui os sintomas de ansiedade atuando como um distrator, porém, também como reforçador negativo, uma vez que gera um ciclo vicioso que proporciona um alívio imediato mas que logo cessa após a parada da ingesta, ocasionando sentimento de culpa por ter comido e iniciando assim um processo de retroalimentação.

A quantidade de alimentos ingerida pelos obesos geralmente é afetada pelo humor desses indivíduos, que ingerem uma quantidade maior de alimentos em responsividade ao estresse, tristeza e raiva, dando à comida uma função de enfrentamento de conflitos, equiparado a comportamentos aditivos pela existência de padrões de crenças disfuncionais relacionadas à comida (LIMA; OLIVEIRA, 2016). A autora cita o exemplo de crenças que facilitam a ingesta, como comer por merecimento ou para não jogar a comida no lixo, e crenças rígidas que dificultam a adesão ao tratamento, como ideias de fracasso por não ter conseguido resistir a algum alimento.

A prática de atitudes alimentares alteradas pode ocorrer em resposta à preocupação com o peso e a imagem do corpo, fator que representa um risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares, sendo estes comportamentos já observados na infância a partir dos 7 anos (GONÇALVES et al, 2013).

2.3.2 Imagem Corporal

De acordo com Silva et al (2018), os valores julgados importantes em cada sociedade se modificam ao longo da história, refletindo a evolução das pessoas. A beleza passou a ser valorizada e associada a diferentes partes do corpo, que juntas, tornaram-se sinônimos de status e sucesso desde as idades mais precoces, que já incorporam símbolos que as aproximam dos ideais de beleza ditados pela sociedade devido acreditarem que este seja o caminho para se obter fama e poder (CARLI et al, 2016; SILVA et al, 2018; JUSTINO; ENES; NUCCI, 2020).

A beleza dos corpos é vista de modo diferente a depender do gênero, sendo a força um atributo valorizado desde há muito tempo nos homens, ao passo que o ideal de corpo feminino sofreu modificações ao longo da história (ZANOLLI et al, 2019).

Silva et al (2018) asseveram que um padrão corporal de homens musculosos e mulheres extremamente magras passou a ser valorizado e explorado pelos meios de

comunicação e pela indústria cultural, que transformou tais características em um padrão que representa os ideais de beleza, felicidade e sucesso, influenciando o estilo de vida de milhões de pessoas na atualidade.

A beleza e a magreza passaram a ser qualidades importantes e perseguidas inclusive por crianças e adolescentes, tornando-se relevantes para o desenvolvimento da autoestima, pois se os padrões de beleza forem atingidos resultarão em satisfação do indivíduo com a própria imagem corporal, situação que os leva a acreditar que terão maior chance e sucesso nas diferentes áreas da vida, crença essa ainda mais recorrente nas mulheres (CARLI et al, 2016).

De acordo com Tavares (2003), o termo imagem corporal corresponde à experiência subjetiva que um indivíduo tem com o seu próprio corpo, tendo este construído um papel fundamental na compreensão do autoconceito e da autoestima. O autoconceito é a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, enquanto a autoestima está relacionada a uma avaliação mais positiva ou negativa que o sujeito faz desse atributo (CARVALHO et al, 2005).

A imagem corporal (IC) pode ser definida como uma variável multidimensional e subjetiva, representada por um conjunto de características físicas, como medidas antropométricas, contornos e forma corporal de um indivíduo, e psicológicas, como sentimentos relacionados a esses fatores físicos e que impactam diretamente na satisfação com o corpo ou algumas partes dele, podendo ainda sofrer influência da mídia e relações sociais (NEVES et al, 2017; SILVA et al, 2018; JUSTINO; ENES; NUCCI, 2020).

Tavares (2003) afirma que para compreender o desenvolvimento da imagem corporal é necessário levar em consideração a existência de dois processos essenciais, que se referem a produção de imagens e a estruturação da identificação do corpo, os quais dependem do pleno funcionamento cognitivo para ocorrer.

A IC pode ser subdividida em duas dimensões: perceptiva e atitudinal, sendo a primeira dimensão relacionada ao julgamento físico do corpo como tamanho, forma e peso, enquanto a segunda está relacionada a questões subjetivas como pensamentos, sentimentos e comportamentos construídos a partir da busca pela própria imagem (LIRA et al, 2017; NEVES et al, 2017; SILVA et al, 2018).

Segundo Ferreira (2014), a imagem corporal está em constante transformação ao longo da vida, no entanto, é na infância que a construção desse conceito tem início. Preocupações com o peso e com a aparência física podem desencadear na criança insatisfação com o próprio corpo, situação essa que pode ser preditora do desenvolvimento de psicopatologias em idades tardias, como os transtornos alimentares. O modo como a criança percebe seu corpo pode influenciar a forma como ela lida com o ambiente externo, modificando a forma como são

estabelecidas as relações com a família e os amigos, inclusive (ALMEIDA; ZANATA; REZENDE, 2012).

Castilho (2001) apud Zanolli et al (2019) afirma que aos dois anos grande parte das crianças já reconhece o reflexo de sua imagem no espelho, e, gradualmente, elas começam a pensar a respeito de como os outros enxergam sua aparência, sendo a idade pré-escolar a fase em que elas vão absorvendo o que é valorizado como atraente ou como deveria ou não ser sua imagem, pois vão assimilando como as pessoas enxergam diferentes características. Para o autor, é deste modo que a consciência da imagem corporal vai tomando forma, assim como o pensamento do quão adequada é sua aparência corporal em relação ao modelo que lhes é transmitido, situação que repercute na formação de crenças de autovalor.

Sendo a IC a construção da imagem do corpo na própria mente, a satisfação ou insatisfação com esta imagem, componente da dimensão atitudinal, está relacionada a internalização do padrão idealizado, sendo a insatisfação corporal uma avaliação subjetiva negativa que o sujeito faz do próprio corpo (NEVES et al, 2017; OLIVEIRA; RODRIGUES; MIRANDA, 2020).

De acordo com Carli et al (2016) e Lira et al (2017), a insatisfação com a IC pode ser avaliada pela diferença entre a imagem do corpo real e a idealizada pelo indivíduo, sendo que quanto maior a discrepância entre elas, maior o grau de insatisfação. Já a subestimação da IC é compreendida por Castro et al (2013) como uma rejeição do corpo real obeso, mesmo que de modo inconsciente devido aos sentimentos difíceis que ele desperta. A IC sofre influências ambientais, sendo a família, as amigas e especialmente a mídia, indicadas como fatores que mais exercem influência sobre esse complexo construto (CARLI et al, 2016; LIRA et al, 2017).

Kakeshita et al (2009) evidenciam que a imagem corporal se configura como tema associado aos transtornos alimentares e conseqüentemente à QV, uma vez que o bem estar tem relação com a satisfação dos indivíduos com seu próprio corpo.

Em pesquisa realizada por Gouveia et al (2016), crianças e adolescentes com idades de 08 à 18 anos acima do peso foram comparadas com crianças eutófricas, com vistas a analisar a relação entre o peso e a QV e se esta, por sua vez, é mediada pela insatisfação com a imagem corporal e ainda moderada pelo gênero. Os achados do estudo afirmaram que a satisfação com a imagem corporal demonstrou ser um importante mecanismo explicativo da relação entre o peso e a QV, o que pode ser alvo de intervenção relevante no tratamento desses pacientes.

2.3.3 Depressão

Segundo dados da OMS, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão ao redor do mundo, doença com potencial de se tornar a maior causa de incapacidade do planeta, atingindo diversas faixas-etárias, inclusive a infância. O Brasil desponta como um dos países que apresenta as mais altas taxas de incidência em sua população, estimando-se que até 36 milhões de pessoas apresentem esse diagnóstico no país (RAZZOUK, 2016).

Em tempos não tão distantes a incidência da depressão não era reconhecida entre jovens e crianças devido à crença de que faixas etárias em fase de desenvolvimento não apresentavam maturidade para vivenciar esse tipo de experiência, sendo somente a partir da década de 70 que o tema depressão infantil passou a ser de interesse de estudo da área clínica e comunidade científica (HUTTEL et al, 2011; RESENDE; TEODORO, 2018).

De acordo com Caixeta (2005), a depressão é uma doença caracterizada por alterações no comportamento, ânimo e especialmente nos estados de humor. Os principais nove sinais e sintomas se referem a humor deprimido, diminuição do interesse ou prazer, alterações no padrão do sono, lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimento de culpa e menos valia, capacidade diminuída para se concentrar ou tomar decisões, alterações de peso e pensamentos recorrentes de morte (APA, 2014).

Realizar o diagnóstico de depressão na infância não é simples devido às variáveis de funcionamento e à justaposição que se apresenta com outras psicopatologias nessa fase do desenvolvimento, sendo os sistemas diagnósticos como o Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o DSM-5 elaborados com a finalidade de diminuir as distintas formas de interpretações dos sintomas (PEREIRA; AMARAL, 2004).

Essa patologia apresenta como característica na infância uma persistente e generalizada falta de motivação, tédio ou irritabilidade que impactam profundamente a funcionalidade da criança, pois há uma falta de respostas positivas frente às atividades prazerosas, interações sociais e atenção dispensada a outras pessoas, não conseguindo rir, brincar ou mesmo brigar (HUTTEL et al 2011; SERRA; SPRITZER, 2017).

Cavalcante (1999) e Lucena (1995) apud Huttel et al (2011) apontam como principais sinais e sintomas da incidência de depressão na infância aspectos físicos como dores de cabeça, abdominais, fadiga e tontura; psicológicos como ansiedade de separação, fobias, agitação psicomotora e irritabilidade; psicofisiológicos como diminuição do apetite, dificuldade de atingir o peso, distúrbios do sono e presença de enurese e encoprese, apesar de menos frequente; cognitivos como dificuldade de aprendizagem, retardo psicomotor e diminuição da capacidade

cognitiva, além de aspectos comportamentais como fisionomia triste, deficiência na comunicação, choro frequente, dificuldade de socialização, movimentos repetitivos e auto/heteroagressividade.

O DSM-5 não faz distinção entre sinais e sintomas presentes em crianças, adolescentes e adultos, sendo o diagnóstico realizado quando ao menos cinco dos nove critérios estiverem presentes durante um período de no mínimo duas semanas, com diferença no funcionamento anterior, e obrigatoriamente um dos sintomas presentes deve ser perda de interesse ou prazer ou humor deprimido, independente da faixa-etária (APA, 2014).

Apesar de o manual diagnóstico não distinguir nos critérios características típicas de cada fase do desenvolvimento, alguns sinais podem aparecer de modo distinto na infância, como irritabilidade ao invés de humor deprimido, dificuldade em atingir o peso esperado para a idade ao invés de variações no peso e dificuldades no desempenho escolar como indicador de dificuldade de concentração (APA, 2014; SERRA; SPRITZER, 2017; RESENDE; TEODORO, 2018).

Resende e Teodoro (2018) informam que diante das peculiaridades encontradas durante o processo de desenvolvimento, alguns autores tem estudado a depressão na infância de modo distinto, optando por fazer uma divisão para melhor compreender e descrever esse construto nas fases pré-escolar e escolar. Enquanto a autora cita que na fase pré-escolar há uma sobreposição dos sintomas físicos aos psicológicos, na fase escolar os sintomas relativos ao humor e a afetividade surgem de modo mais evidente e refinado, já sendo possível a verbalização de sentimentos como tristeza, tédio ou irritabilidade.

Estudos apontam que a prevalência de depressão na infância é similar em ambos os sexos, no entanto, há uma predominância em meninas no início da puberdade, que pode ser resultante de uma maior produção do hormônio cortisol, maior sensibilidade do gênero às relações interpessoais e uma tendência a pensamentos ruminativos nas mulheres, sendo os dois últimos fatores influenciados por aspectos socioculturais (SERRA; SPRITZER, 2017).

De acordo Loiola (2009) apud Guerra, Almeida e Afonso (2018), a depressão atinge uma em cada 20 crianças abaixo dos 10 anos de idade, afetando especialmente o rendimento escolar, o desenvolvimento emocional normal e a estabilidade de toda família. Na infância a depressão pode resultar de fatores como a separação dos pais, o falecimento de um membro da família, situações de abandono e de adoecimento, comprometendo o desenvolvimento da criança e resultando em prejuízos em diversos contextos, especialmente no escolar (VELASCO, 2009).

Serra e Spritzer (2017) citam alguns fatores desenvolvimentais que podem ter relação com a etiologia da depressão na infância, como o surgimento precoce da puberdade e a tendência a querer dormir menos nesta fase justamente quando o período necessita de longas horas de sono, o que pode contribuir para um aumento da vulnerabilidade para o transtorno.

As características da própria criança, como temperamento, capacidade de regulação emocional e personalidade são citadas por Resende e Teodoro (2018) como preditoras do desenvolvimento da depressão na infância. Crianças com dificuldades de adaptação a mudanças, tendência a associar eventos negativos aos seus atributos, e dificuldade na habilidade de resolução de problemas são um alvo maior para a incidência desse transtorno, segundo os autores.

Fatores como ambientes familiares hostis, relações sociais marcadas por conflitos constantes, comunicação empobrecida, dificuldade de expressão de afetos positivos, excesso de críticas, agressividade, negligência, abusos físicos e sexuais, além de ausência de rede de apoio fomentam a presença de problemas psiquiátricos no sistema familiar, contribuindo para a instalação da depressão infantil (SERRA; SPRITZER, 2017; RESENDE; TEODORO, 2018). Mães com depressão apresentam dificuldade em prover os cuidados necessários à saúde dos filhos, afetando seu nível de responsividade em relação à criança, o que reflete nos hábitos alimentares menos saudáveis promovidos no âmbito doméstico e menor participação e controle em relação às atividades realizadas pelas crianças, como uso da televisão e celular (MARCO et al, 2020).

Por sua vez, sistemas familiares marcados por atitudes de excesso de preocupação e cuidados também prejudicam a saúde mental das crianças, uma vez que esta vigilância é convertida em altos níveis de exigência e imposição de metas difíceis de serem alcançadas, exaurindo os recursos emocionais para seu alcance (RESENDE; TEODORO, 2018).

Segundo Pereira e Amaral (2004), a depressão tem sido bastante pesquisada em crianças e adolescentes com obesidade devido à sua repercussão em vários aspectos da vida, como o baixo rendimento escolar e prejuízo nos relacionamentos sociais. Crianças com esse diagnóstico tem maior probabilidade de sofrer discriminação e estigma social, cujo impacto se dá sobre seu funcionamento psíquico, afetando sua QV (LUIZ; GORAYEB; LIBERATORE JUNIOR, 2010).

A falta de interesse e ânimo característicos do quadro depressivo podem implicar na baixa adesão ao tratamento da obesidade, muito embora alguns autores sustentem a ideia de que a obesidade é uma causa e não consequência de sofrimento psíquico (MORAES; ALMEIDA; SOUZA, 2013). De acordo com essa afirmativa, a ABESO destaca que a obesidade

aumenta em 55% o risco de depressão, e esta, em 58% o risco de desenvolvimento da obesidade, indicando uma porta giratória entre essas patologias.

Estudos recentes relacionados a estados de humor apontam ainda para uma forte interação entre o eixo intestino-cérebro. De acordo com Furtado, Silva e Walfall (2018), apesar de a depressão e a obesidade serem duas condições patológicas distintas, há associação entre as mesmas, pois é possível que a microbiota intestinal e seus metabólitos participem da modulação de comportamentos e processos encefálicos, como responsividade ao estresse, conduta emocional, consumo alimentar, modulação da dor e bioquímica cerebral, contribuindo para um organismo saudável ou levando ao desenvolvimento de doenças, inclusive transtornos de humor como ansiedade e depressão.

Para Felipe (2001), os padrões ideais de beleza ditados pela sociedade também são reforçadores de crenças sobre uma identidade negativa e depreciada dos obesos, situação essa promotora de sentimentos de desqualificação que prejudica a inserção social, sendo fonte de sofrimento e refletindo negativamente na QV dessas pessoas.

2.3.4 Qualidade de Vida

QV é um campo de estudos recente que abrange diversas áreas do saber, sendo um conceito intimamente ligado ao ser humano, sua cultura e seu meio, levando a uma percepção positiva de bem estar (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). Também é entendida como um conceito dinâmico, uma vez que possui características de mudança ao longo do tempo ou entre as pessoas de diferentes condições, cultura e geografias, inclusive mudanças no mesmo indivíduo, dependendo de seu estado físico (GUIMARÃES et al, 2015).

O objeto QV foi apropriado pelo senso comum e limitado a indicar melhorias na vida das pessoas especialmente nas esferas econômica, emocional ou social, no entanto, por ser uma área em construção de identidade, seus estudos têm mostrado que se trata de um conceito relacionado à saúde, moradia, lazer, hábitos de atividades físicas e alimentação, assim como a inter-relação entre todas elas (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

De acordo com a OMS, QV é a percepção consciente que o indivíduo tem de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, incluídos seus principais domínios: estado físico, psicológico, relações sociais e com o ambiente.

Almeida, Gutierrez e Marques (2012) asseveram que a QV não pode ser encarada como algo a ser alcançado que dependa exclusivamente da boa vontade individual, uma vez

que é um objeto que possui ampla dimensão, sendo impactado por um conjunto de fatores que interagem entre si e interferem diretamente na vida das pessoas.

O reconhecimento de que a QV relacionada à criança configura-se como um importante indicador de saúde para esta faixa-etária contribuiu para um aumento de pesquisas relacionadas ao tema, cujo desdobramento repercute na prática clínica e nas políticas públicas.

A literatura indica que crianças e adolescentes com excesso de peso possuem baixa QV, no entanto, estudos associados a este fenômeno indicam uma baixa correlação entre baixa QV e obesidade em crianças de 02 a 05 anos, sendo mais expressiva essa relação nos anos escolares e ainda fortalecida com o avançar da idade (PANTOJA et al, 2017).

Crianças com excesso de peso e obesidade enfrentam problemas em muitos aspectos que interferem na QV, como insatisfação corporal, IC negativa, baixa autoestima, depressão, estigmatização e marginalização social (CUNHA et al, 2018). Para o autor, esses impactos na saúde causados pela obesidade interferem não só na vivência da própria infância como também podem reverberar na idade adulta, pois crianças obesas apresentam maiores chances de se tornarem adultos obesos, incapacitados, além de maior risco de sofrer morte prematura.

Cunha et al (2018) ventilam que a obesidade é uma das condições mais estigmatizantes e com menos aceitação social na infância. Dentre os fatores psicológicos e sociais que são atinentes à obesidade infantil, a presença de *bullying*, discriminação, aceitação diminuída pelos pares bem como o isolamento e afastamento de atividades sociais repercutem diretamente na QV dessas crianças (CASTRO et al, 2016).

Em uma pesquisa realizada por Cunha et al (2018) com 80 crianças de 08 a 12 anos de ambos os sexos na cidade de Belém/PA, participantes com obesidade apresentaram QV inferior em relação às crianças eutróficas, em especial nos aspectos relacionados à sociabilidade, o que corrobora a dificuldade de relacionamento interpessoal sofrida por esse grupo.

Gouveia et al (2016) ressaltam que a insatisfação com a IC pode ser considerada um importante mecanismo mediador entre o peso e pior QV em crianças e adolescentes com obesidade, uma vez que fatores psicossociais como rejeição, vitimização, provocações e comparações sociais negativas podem colaborar para o sentimento de insatisfação com a própria imagem desde muito cedo, apesar de a insatisfação não assumir um papel central na QV de crianças como é observado na adolescência.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza quantitativa e delineamento transversal, de caráter correlacional. O emprego dos instrumentos aplicados no grupo de estudo serviu como base para a elaboração de hipóteses acerca do fenômeno estudado, e os resultados obtidos, depois de indexados, podem servir de base para outras pesquisas.

3.2 Participantes

A pesquisa foi desenvolvida com uma amostra de conveniência, com participação de 63 indivíduos na faixa-etária dos 8 aos 12 anos, sendo 33 do gênero feminino e 30 do masculino que se encontravam em tratamento médico de sobrepeso e obesidade num ambulatório do serviço público de saúde. A adesão dos interessados ocorreu de modo livre e voluntário após a endocrinopediatra mencionar a pesquisa durante as consultas médicas e a pesquisadora abordar os responsáveis dos participantes através de contato telefônico.

3.3 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Ambulatório do Hospital Infantil Dr. Fajardo localizado na cidade de Manaus – AM, em horários previamente agendados com os voluntários e seus responsáveis. Trata-se de uma instituição da rede SUS, que atende crianças e adolescentes na faixa-etária dos 0 aos 17 anos e 11 meses, cuja gestão é realizada pela Secretaria Estadual de Saúde.

3.4 Procedimentos

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas – (CEP/UFAM) através do CAEE: 23128619.7.0000.5020, tendo sido realizada nas instalações do próprio ambulatório, em horários previamente agendados com os participantes que foram encaminhados pelo serviço de endocrinopediatria da instituição. Foram realizadas sessões individuais para a aplicação, que ocorreu em um único momento, tendo sido realizada explicação aos responsáveis da criança acerca dos objetivos da

pesquisa, de que se tratavam os instrumentos, os riscos e benefícios implicados no estudo, bem como a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi devidamente assinado antes do início do estudo. A pesquisa também foi explicada para a criança pessoalmente por meio do Termo de Assentimento da Criança (TAC), que também foi assinado por esta antes do início da pesquisa, mesmo que o responsável já tivesse autorizado sua participação.

Após assinatura do termo pelo responsável e criança, o participante foi conduzido até a sala de enfermagem do ambulatório onde teve seu peso e altura mensurados pela equipe de enfermagem da instituição. Para a pesagem foi utilizada balança digital do ambulatório que também dispunha de um estadiômetro, utilizado para medir a altura dos participantes. Os dados antropométricos peso e estatura foram coletados de acordo com as especificações constantes no manual técnico do MS intitulado *Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde* e anotados no protocolo do instrumento de avaliação da IC, onde há campos específicos para a coleta destas informações (BRASIL, 2004).

Após a mensuração de altura e peso a criança foi conduzida ao consultório de psicologia para a realização da testagem psicológica. Em paralelo a avaliação realizada com a criança foi solicitado ao responsável que preenchesse o questionário sociodemográfico na sala de espera, sendo realizada explicação prévia dos campos necessários ao preenchimento e esclarecidas possíveis dúvidas que pudessem surgir naquele momento.

No consultório de psicologia foi realizada explicação sobre cada instrumento utilizado imediatamente antes de sua aplicação. Os instrumentos foram lidos um a um, incluindo as respostas, uma vez que existiam crianças que ainda não haviam desenvolvido completamente a habilidade de leitura. Os instrumentos foram aplicados de acordo com a seguinte ordem: Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI), Questionário de Depressão Infantil, Escala de Silhuetas Brasileiras para Crianças e Children's Eating Attitudes Test - Versão Brasileira (ChEAT). A duração do tempo de aplicação levou em média 30 minutos.

Este estudo foi desenvolvido pela própria mestranda e seu orientador, sendo a pesquisadora responsável pela aplicação de todos os instrumentos utilizados nesta pesquisa.

3.5 Análise de dados

A fim de alcançar os objetivos propostos pela pesquisa foram utilizados alguns pacotes estatísticos para analisar os dados colhidos, como os programas Microsoft Excel e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) V.26.0. Na análise pelo programa Microsoft Excel

foram utilizadas estatísticas descritivas dos dados colhidos, identificando as frequências dentre a população analisada, além da criação de gráficos e organização do banco de dados. No SPSS foram feitas estatísticas analíticas não paramétricas, sendo utilizados o teste Mann-Whitney para comparação entre dois grupos e o teste de Spearman entre variáveis. Para todos os testes foi estabelecido p de 0,05 ($p < 0,05$).

3.6 Aspectos éticos

Todos os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e a relevância do estudo bem como seus responsáveis, deste modo, coube a cada um autorizar a participação da criança ou não autorizar, inclusive a própria criança, como assim melhor julgaram. Cada responsável assinou um TCLE, respeitando o disposto na resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, assim como os sujeitos da pesquisa assinaram um TAC.

Foram evitados constrangimentos, a fim de proporcionar o bem-estar do sujeito. Desta forma, o mesmo pôde retirar-se da pesquisa a qualquer momento, o que não ocorreu com nenhum participante. O TCLE e o TAC foram apresentados em linguagem simples e clara, destacando o modo de sua participação, seus direitos e garantia de acesso às informações. O projeto da pesquisa foi previamente encaminhado ao CEP/UFAM para apreciação, com vistas à iniciação da coleta de dados, que somente foi realizada após a aprovação do Comitê.

3.7 Critérios de inclusão

Para participação da pesquisa era necessário que o voluntário fosse paciente da instituição participante, tivesse diagnóstico de sobrepeso/obesidade, idade de 08 a 12 anos de idade e não possuísse nenhuma restrição visual ou cognitiva que o impedisse de responder aos instrumentos.

3.8 Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão foram desconsiderados participantes que por alguma alteração psicológica, cognitiva ou mental estivesse impossibilitado de responder as perguntas dos instrumentos. Também foi excluído qualquer subgrupo de indivíduos que, embora preenchesse os critérios de inclusão, também apresentasse características ou manifestações que

pudessem interferir na qualidade dos dados (como respostas viciadas – ou seja, uma mesma alternativa de resposta para todas as perguntas dos instrumentos), bem como aqueles que pedissem para ter seus dados excluídos. Diante dos critérios estabelecidos, foram retirados da amostra três casos, dois pelo motivo de terem sido identificadas alterações cognitivas nos participantes que comprometeriam as respostas fornecidas e um por não mais apresentar o IMC mínimo exigido para classificação como sobrepeso no dia da pesagem pela equipe de enfermagem.

3.9 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

Essa pesquisa somente seria interrompida no caso da inexistência de voluntários para realização dos testes, o que não ocorreu.

3.10 Análise crítica dos riscos e benefícios da pesquisa

3.10.1 Benefícios

As informações coletadas de natureza clínica, psicológica e social dos pacientes visa possibilitar a compreensão das variáveis supracitadas e deste modo auxiliar os profissionais de saúde nos processos de tomadas de decisão relativas ao tratamento da obesidade infantil, bem como prover informações à família e ampliar o autoconhecimento do paciente frente aos construtos pesquisados.

3.10.2 Riscos

De acordo com a resolução n.º 466/12 não existe pesquisa com seres humanos sem risco. Embora se trate apenas de uma investigação feita através de questionário e escalas, eventualmente poderia ocorrer algum constrangimento por parte do entrevistado no momento de responder às perguntas. Para tanto, caso ocorresse constrangimento ou desconforto durante a sua participação neste estudo, a pesquisadora suspenderia a aplicação dos instrumentos de coleta de dados para prestar-lhe ajuda, visando seu bem-estar. Ainda assim, o(a) participante poderia ser, posteriormente, encaminhado(a) para o Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia-UFAM, estabelecido na Av. Rodrigo Otávio Jordão

Ramos, 6200, Bloco X, Coroado, Manaus/AM, sob os cuidados da psicóloga Alessandra Pereira, responsável pelo serviço.

Foram assegurados o direito ao pedido de indenizações e cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7). Cumpre esclarecer que o estudo, por meio da instituição que o ampara, garantiu o direito de pedido de indenização pelos participantes (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometesse o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais lhes foi exigida, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. Os valores respectivos aos danos seriam estimados pela instituição proponente caso ocorressem, uma vez que não há valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos, que não há previsibilidade dos mesmos em seus graus, níveis e intensidades na Resolução em tela e nem na Resolução 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais, e que não há definição da gradação do risco (mínimo, baixo, moderado ou elevado). Desta forma, foi descrita a garantia do pedido de ressarcimento e o modo como deveria ser realizado o ressarcimento das despesas do participante da pesquisa e de seu acompanhante, caso fosse necessário. Salienta-se que os itens ressarcidos não foram apenas aqueles relacionados a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que fosse necessário ao estudo conforme o Item IV.3.g, da Resolução CNS nº. 466 de 2012.

3.11 Instrumentos de pesquisa

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram:

1. Escala de Avaliação de Qualidade de Vida - AUQEI com 26 itens, tipo Likert com 4 opções;
2. Questionário de Depressão Infantil - CDI com 27 itens, tipo Likert com 3 opções;
3. Escala de Silhuetas Brasileiras para Crianças com 11 figuras sobre imagem corporal;
4. Teste de atitudes alimentares para crianças – *Children Eating Attitudes Test* Versão Brasileira - ChEAT com 26 itens, tipo Likert com seis opções;
5. Questionário sociodemográfico com 15 itens.

3.11.1 Escala de Avaliação de Qualidade de Vida – AUQEI

O questionário foi desenvolvido por Manificat e Dazord e adaptado para a realidade brasileira por Assumpção Jr et al (2000). É baseado no ponto de vista da satisfação da criança, visualizada a partir de quatro figuras que são associadas a quatro domínios da vida: Funções, Família, Lazer e Autonomia. O domínio Funções é avaliado por 8 questões ao passo que os domínios Lazer, Família e Autonomia são avaliadas por 6 itens cada, totalizando 26 questões.

No domínio Funções são avaliadas questões relativas a atividades que a criança realiza como ir para a escola, fazer as lições de casa, fazer as refeições, hora de deitar, ir ao médico e tomar remédios. No domínio Família estão agrupadas questões referentes às relações familiares, opinião da criança quanto às figuras parentais e delas quanto a si mesmo. O domínio Lazer abrange questões referentes à diversão como férias, aniversários e relações com os avós. Já o domínio Autonomia avalia questões relacionadas a independência da criança, relações com companheiros e avaliações.

Trata-se de uma autoavaliação que utiliza o suporte de imagens que a própria criança responde, com cada questão apresentando um domínio e as respostas sendo representadas com o auxílio de faces que expressem diferentes estados emocionais.

Inicialmente é solicitado da criança que ela apresente uma experiência própria vivida perante cada uma das alternativas, permitindo que essa compreenda as situações que serão analisadas. Em seguida, é pedido à criança que marque, sem limite de tempo, a resposta que mais corresponde ao seu sentimento frente aos domínios propostos. A escala permite que se obtenha um perfil de satisfação ou insatisfação da criança diante de diferentes situações da vida.

3.11.2 Questionário de Depressão Infantil – CDI

O CDI surgiu inicialmente nos Estados Unidos, compreendendo uma adaptação do Inventário de Depressão de Beck - BDI. Foi elaborado por Kovács (1983), sendo adaptado e normatizado no Brasil por Gouveia et al (1995). Tem por finalidade avaliar os sintomas depressivos em jovens de sete a 17 anos por meio de autoaplicação. Nessa versão original, o instrumento consta de 27 itens. Os participantes utilizam uma escala de resposta de 3 pontos para indicar a melhor alternativa que descreve seus sentimentos com relação às duas últimas semanas. A pontuação varia de 0 a 2 por item, e tendo como ponto de corte 17, conforme adotado pela autora. A soma igual ou superior a 17 é indicativa de sintomatologia depressiva.

3.11.3 Escala de Silhuetas Brasileiras para Crianças

Trata-se de um instrumento que foi desenvolvido por Kakeshita et al (2009), adaptado ao contexto socioeconômico e cultural brasileiro para adultos e crianças com o objetivo de avaliar a percepção da imagem corporal através de uma escala de figuras de silhuetas que variam desde a mais esbelta até a mais larga. Cada participante é convidado a escolher primeiramente a figura que melhor o representa naquele momento, seguida da que representa o corpo que gostaria de ter e a que julga ser o corpo ideal. A distorção é avaliada pela diferença entre o IMC real da criança e o IMC Médio correspondente à figura apontada como a atual. Resultados positivos indicam uma superestimação do tamanho corporal enquanto resultados negativos indicam uma subestimação.

A satisfação ou insatisfação com a imagem corporal é avaliada conforme as discrepâncias entre as figuras selecionadas e o IMC dos participantes, pois cada figura corresponde a um IMC específico. Se a diferença entre os IMC médios correspondentes às figuras apontadas como atual e desejada forem diferentes de 0, pode-se concluir que existe insatisfação com a imagem corporal. Resultados positivos indicam um desejo de aumentar o tamanho corporal, enquanto resultados negativos indicam um desejo de diminuí-lo.

A escala de figura de silhuetas possui inúmeras vantagens. É um instrumento de fácil aplicação e devido à sua imagem visual simples não necessita de grande desenvolvimento de fluência verbal pelo avaliado, o que a torna especialmente indicada para a avaliação da percepção da imagem corporal, especialmente por crianças.

3.11.4 Children's Eating Attitudes Test Versão Brasileira – ChEAT

Este instrumento teve a tradução e validação da versão brasileira realizada por Pinheiro e Jiménez (2017), e trata-se de uma adaptação do *Eating Attitudes Test* (EAT-26), sendo desenvolvido com o objetivo de avaliar comportamentos e atitudes alimentares em crianças e adolescentes menores de 15 anos.

É composto por 26 itens divididos em três fatores. O Fator 1 - Fazer dieta e purga avalia 15 questões relacionadas a atitudes alimentares de evitação a determinados tipos de alimento até à prática de vômitos autoinduzidos. O Fator 2 - Controle Oral por pressão Social faz referência à influência de terceiros sobre a conduta alimentar dos indivíduos, composta por 4 itens. Já o Fator 3 - Preocupação com a comida está relacionado a 5 itens que afirmam que o sujeito pensa ou reflete por muito tempo acerca do hábito de comer. Dois itens não compõem

nenhum fator, sendo sugerido pelos autores que sejam considerados apenas para a apuração do *score* total.

A pontuação varia de 0 à 6 (nunca a sempre). Para calcular a pontuação total é feita uma recodificação dos resultados, reduzindo as 6 respostas a 4 pontos. Respostas de 1 à 3 pontuam 0, respostas 4 pontuam 1, respostas 5 pontuam 2 e respostas 6 pontuam 3. Em seguida somam-se os pontos e obtém-se a pontuação total. O ponto de corte adotado pelos autores do instrumento é de 20 pontos. Os participantes que superam essa pontuação apresentam atitudes e comportamentos alimentares alterados, sinalizando risco de desenvolver um transtorno alimentar completo.

3.11.5 Questionário Sociodemográfico

Este instrumento foi elaborado pela pesquisadora com vistas a conhecer as características da população estudada como idade, sexo, escolaridade, se possui outro diagnóstico além de sobrepeso/obesidade, além de dados que possuem alguma relação com o fenômeno da obesidade a partir de informações encontradas na literatura, como tipo de parto, se foi amamentada com leite materno, se fez uso de antibióticos, se a alimentação é composta por verduras e frutas e se pratica atividade física. Os dados de Classificação Socioeconômica, assim como a escolaridade do chefe financeiro foram levantadas de acordo com o Critério Brasil de Classificação Socioeconômica (ABEP, 2015).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão apresentados em dois blocos. Primeiramente serão apresentadas as características da amostra e as estatísticas descritivas em cada um dos instrumentos adotados. A seguir, serão apresentadas as estatísticas analíticas, verificando as possíveis interações entre as variáveis estudadas.

4.1. Estatísticas Descritivas

4.1.1. Características da Amostra

Tabela 1: Descrição da amostra

	N (Total = 63)	%
Sexo		
Masculino	30	47,6%
Feminino	33	52,4%
Tipo de Parto		
Normal	14	22,2%
Cesáreo	49	77,8%
Foi amamentado(a)?		
Não	6	9,5%
Sim	57	90,5%
Classificação Socioeconômica		
Classe A	2	3,17%
Classe B1	2	3,17%
Classe B2	19	30,16%
Classe C1	18	28,57%
Classe C2	15	23,81%
Classe D -E	7	11,11%
Escolaridade do Chefe Financeiro		
Superior Completo	15	23,81%
Médio Completo / Superior Incompleto	28	44,44%
Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto	9	14,29%
Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	6	9,52%
Analfabeto / Fundamental 1 Incompleto	5	7,94%
Usou antibiótico?		
Não	36	57,1%
Sim	27	42,9%
Comorbidade		
Não	59	93,7%
Sim	4	6,3%

Atividade Física?		
Não	40	63,5%
Sim	23	36,5%
Come frutas?		
Não	21	33,3%
Sim	42	66,7%
Come vegetais?		
Não	33	52,4%
Sim	30	47,6%
	Média (DP)	Mediana (IQR)
Idade	10,17 (1,35)	10,0 (9,0-11,0)
Escolaridade em anos	4,97 (1,51)	5 (4,0-6,0)

Os resultados do presente estudo são referentes a uma amostra de 63 crianças avaliadas, conforme ilustrado na tabela 1, a qual descreve as características sociodemográficas dos voluntários. Houve um equilíbrio da amostra referente ao sexo dos participantes, com 47,6% (30) correspondendo ao sexo masculino e 52,4% (33) equivalente ao feminino. A maioria dos responsáveis informou que as crianças nasceram de parto cesáreo, totalizando 77,8% (49) das respostas coletadas.

Quanto à amamentação, um número expressivo de participantes recebeu leite materno durante os primeiros meses de vida, representando 90,5% (57) da amostra. Foi percebida dificuldade de compreensão relacionada a informação de amamentação exclusiva, que é referente a oferta sem qualquer outro alimento complementar à criança até os 6 meses de idade. Desse modo, diante de respostas dadas sem precisão por parte dos responsáveis, optou-se por desconsiderar essa variável na análise dos dados, sob o risco de possíveis conclusões com problemas de fidedignidade.

No que se refere à classificação socioeconômica, analisada consoante Cortes do Critério Brasil (ABEP, 2015), foi constatado que a maioria dos participantes, 30,16% (19), são pertencentes às Classes B2 e C1, 28,57% (18), no entanto, também foi expressivo o número de classificados como Classe C2, 23,81% (15).

Em relação à escolaridade do chefe financeiro, os dados demonstram que o Ensino Médio Completo/Superior Incompleto surgiu como o nível mais frequente do estudo, 44,44% (28), seguido do Nível Superior Completo, 23,81% (15). Apenas 5 respostas, o equivalente a 7,94%, indicaram enquadramento no menor nível educacional da escala.

De acordo com os responsáveis, 42,9% (27) das crianças fizeram uso de antibiótico nos 6 primeiros meses de vida. Foi constatada no levantamento de informações a existência de

comorbidades em poucos participantes, estando presentes outras doenças que não o sobrepeso/obesidade em somente 6,3% (4) dos avaliados.

A maioria das crianças participantes não realiza atividade física, representando 63,5% (40) da amostra. Em relação ao consumo de frutas e verduras, as frutas aparecem como mais bem aceitas pelas crianças em seus hábitos alimentares, sendo alegado por 66,7% (42) dos responsáveis que seus filhos consomem o alimento. Os vegetais fazem parte da maioria das refeições realizadas por 47,6% (30) da amostra.

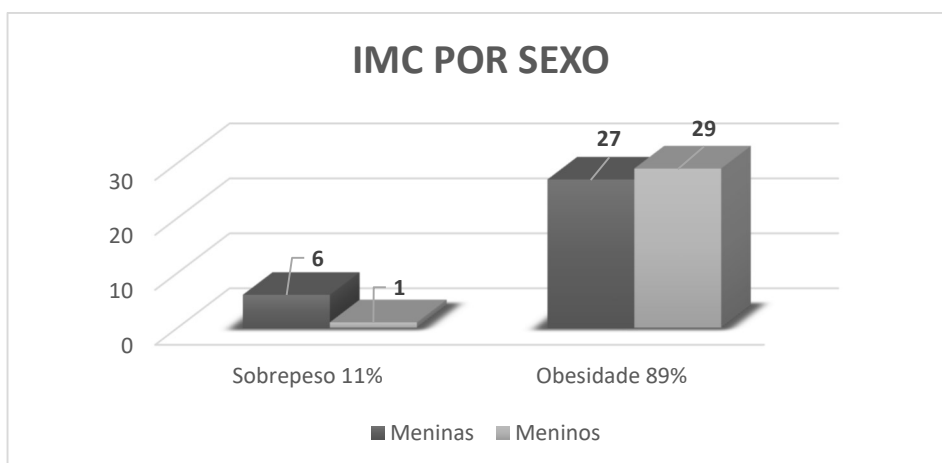
A média de idades dos voluntários foi de 10,17 anos (DP=1,35), e a média de anos de escolaridade foi de 4,97 anos (DP=1,51), o equivalente ao 5º ano do ensino fundamental. Referente à classificação dos sujeitos quanto ao IMC, a tabela 2 ilustra que a maioria foi diagnosticada com obesidade, totalizando 88,9% (56) dos sujeitos em detrimento de 11,1% (7) que foram classificados com sobrepeso.

Tabela 2: Classificação da amostra por IMC e Sexo

IMC - Classificação	Masculino	Feminino	Total
Sobrepeso	1 (3,1%)	6 (12,2%)	7 (11,1%)
Obesidade	29 (96,9%)	27 (87,8%)	56 (88,9%)

Dos indivíduos com IMC indicador de obesidade, observou-se que a patologia foi encontrada em maior número em indivíduos do sexo masculino, com frequência em 96,9% (29) da amostra para o gênero. Em relação às meninas, 87,8% (27) foram classificadas como obesas, conforme demonstrado na figura 3 abaixo.

Figura 3: Classificação dos participantes pelo IMC e Sexo



4.1.2 Desempenho dos participantes em cada instrumento

Tabela 3: Classificação dos participantes no instrumento AUQEI

	N (Total = 63)	%
AUQEI – Classificação		
Qualidade de vida satisfatória	44	69,8%
Qualidade de vida abaixo do esperado	19	30,2%

A apuração do instrumento AUQEI apontou que 69,8% (44) das crianças estão com QV satisfatória, ao passo que 30,2% (19) revelaram uma QV abaixo do esperado, ou seja, não atingiram a nota de corte sugerida pelo instrumento que é de 48 pontos.

Tabela 4: Média dos Domínios do instrumento AUQEI

Domínios	Média	Média / Total do Domínio
Lazer	15,10	84%
Família	12,68	70%
Funções	14,05	58,3%
Autonomia	9,46	53%

Quanto aos domínios apurados pelo instrumento AUQEI (Autonomia, Lazer, Funções e Família), a melhor condição de QV foi atribuída ao domínio Lazer, atingindo 84% da pontuação, seguida do domínio Família com média de 70%, Funções com 58,3%, e por último o domínio Autonomia, com média de 53%. A apuração dos percentuais referentes a cada domínio foi obtida a partir da média de pontuação de cada uma dividida pelo número de questões correspondentes no instrumento. O domínio Funções é avaliado por 8 questões ao passo que os domínios Lazer, Família e Autonomia são avaliadas por 6 itens cada.

Tabela 5: Classificação dos participantes no instrumento CDI

	N (Total = 63)	%
CDI – Classificação		
Sem indicador de depressão	51	81,0%
Indicativo de depressão	12	19,0%

Referente ao instrumento CDI, os resultados evidenciaram que 19% (12) da amostra apresentou pontuação indicativa de sintomatologia depressiva, no entanto, a maioria das crianças pontuou abaixo de 17, nota de corte proposta pelos autores, correspondendo a 81% (51) dos avaliados.

Tabela 6: Classificação dos participantes no instrumento Silhuetas

	N (Total = 63)	%
Teste de Silhuetas		
Distorção		
Realista	08	12,7%
Subestimação	49	77,8%
Superestimação	06	9,5%
Satisfação		
Satisfeito	04	6,3%
Insatisfeito	59	93,7%

Quanto à apuração do instrumento Escala de Silhuetas, foi observado que 12,7% (8) das crianças apontaram para a figura da imagem representativa de seu corpo atualmente com um IMC condizente com o real aferido pelas técnicas de enfermagem. Um número bastante elevado de crianças subestima sua IC, o equivalente a 77,8% (49) dos casos. Já 9,5% (6) dos voluntários apontaram para uma imagem cujo IMC é maior que seu IMC real, superestimando o tamanho de seu corpo. A satisfação das crianças em relação à sua imagem corporal foi identificada em apenas 6,3% (4) dos participantes, situação oposta observada em 93,7% (59) que demonstraram estar insatisfeitos com seu corpo.

Tabela 7: Classificação dos participantes no instrumento ChEAT

	N (Total = 63)	%
ChEAT – Classificação		
Sem indicador de transtorno alimentar	39	61,9%
Indicativo de transtorno alimentar	24	38,1%

No instrumento ChEAT foi identificado que 61,9% (39) das crianças avaliadas apresentaram pontuação abaixo da nota de corte sugerida para identificação de transtornos alimentares, enquanto 38,1% (24) dos participantes apresentaram pontuação com indicativo de desenvolvimento de um TA completo.

Tabela 8: Média dos Fatores do instrumento ChEAT

Fatores	Média	Média / Total do Fator
Fator 1 – Fazer dieta e purga	12,68	84,55%
Fator 2 – Controle Oral por Pressão Social	1,86	46,43%
Fator 3 – Preocupação com a comida	2,67	53,33%

Dos fatores avaliados no instrumento ChEAT, o Fator 1 - Fazer dieta e purga foi o que obteve a maior pontuação pelos participantes, correspondendo a 84,55%, seguido do Fator 3 –

Preocupação com a comida, com percentual de 53,33% e por último o Fator 2 – Controle Oral por Pressão Social, com média de respostas de 46,43%.

A apuração dos percentuais de cada fator se deu de modo similar ao do instrumento AUQEI, sendo apurada a média de cada um e dividida pelo número de questões correspondentes no instrumento. O Fator 1 é avaliado por 15 itens, o Fator 2 por 4 questões e o Fator 3 mensurado por 5 itens. O artigo utilizado como base para avaliação do ChEAT sugere a exclusão de dois itens para a análise do instrumento por fatores, os quais correspondem ao item 5, “Eu corto minha comida em pequenos pedaços”, e ao item 19, “Eu demonstro autocontrole diante dos alimentos”, motivo pelo qual ambos somente foram considerados para fins da pontuação no *score* total.

4.2. Estatísticas Analíticas

A seguir, serão apresentadas algumas análises estatísticas, onde buscou-se observar a associação entre as variáveis estudadas por meio dos testes de correlação e o que estas associações podem significar neste estudo.

Tabela 9: Associação entre a Classe Social e os instrumentos aplicados

	Variável	ChEAT Fator 1 – Fazer Dieta e Purga	ChEAT <i>Escore</i>	Silhuetas Distorção
Classe Social	Coefficiente de Correlação	-0,266*	-0,284*	-0,308*
	Sig. (2 extremidades)	0,035	0,024	0,014

Foram encontradas algumas associações entre variáveis neste estudo. A classe social, apresentou correlação inversa com o Fator 1 do instrumento ChEAT - Fazer dieta e purga ($\rho = -0,26$; sig<0,05), assim como com o *score* total do ChEAT ($\rho = -0,28$; sig<0,05). Este resultado indica que quanto maior a classe social que a criança pertence, menor a frequência de atitudes alimentares como dieta e purgação, e menor seu indicador de desenvolvimento de um TA completo. Foi observada ainda correlação inversa entre a classe social e a variável Distorção do teste de Silhuetas ($\rho = -0,30$; sig<0,05), demonstrando que quanto maior a classe social, menor a distorção da autoimagem no grupo avaliado.

Tabela 10: Associação entre a Idade e os instrumentos aplicados

Variável		Silhuetas Imagem Desejada IMC	Silhuetas Imagem Ideal Masculina IMC
Idade	Correlação de Pearson	0,424**	0,302*
	Sig. (2 extremidades)	0,001	0,016

A idade apresentou correlação positiva com as variáveis Imagem Desejada ($\rho = 0,42$; $\text{sig} < 0,05$) e Imagem Ideal Masculina ($\rho = 0,30$; $\text{sig} < 0,05$), indicando que crianças mais velhas escolheram figuras com IMC maiores para a imagem desejada e imagem ideal masculina.

Tabela 11: Associação entre a Escolaridade e os instrumentos aplicados

Variável		ChEAT Fator 1 - Fazer Dieta e Purga	ChEAT Score	Silhuetas Imagem Desejada IMC
Escolaridade	Correlação de Pearson	-0,310*	-0,285*	0,338**
	Sig. (2 extremidades)	0,014	0,023	0,007

A escolaridade apresentou correlação negativa com o Fator 1 do instrumento ChEAT – Fazer dieta e purga ($\rho = -0,31$; $\text{sig} < 0,05$), assim como ocorreu com o *score* total do instrumento ChEAT ($\rho = -0,28$; $\text{sig} < 0,05$), indicando que quanto maior a escolaridade da criança, menor a frequência de atitudes alimentares como dieta e purgação e também menor o indicador de desenvolvimento de um TA completo. A escolaridade esteve positivamente associada a figura da Imagem Desejada escolhida pelos participantes ($\rho = 0,33$; $\text{sig} < 0,05$), demonstrando que crianças com maior escolaridade escolheram imagens com um IMC maior.

Tabela 12: Associação entre o Peso, IMC e os instrumentos aplicados

Variável		Silhuetas Imagem Atual IMC	Silhuetas Insatisfação	Silhuetas Distorção
Peso	Correlação de Pearson	0,410**	-0,298*	-0,520**
	Sig. (2 extremidades)	0,001	0,018	0,000
IMC	Correlação de Pearson	0,447**	-0,439**	-0,648**
	Sig. (2 extremidades)	0,000	0,000	0,000

O peso e o IMC dos participantes tiveram associações com as mesmas variáveis do instrumento Silhuetas. O peso apresentou correlação positiva com a figura da Imagem Atual escolhida, indicando que quanto maior o peso da criança, maior o IMC da silhueta escolhida como sua atualmente ($\rho = 0,41$; $\text{sig} < 0,05$). Esta associação foi similar a encontrada entre o IMC da Imagem Atual e o IMC real dos participantes, (resultado da divisão do peso pelo dobro da altura dos voluntários) ($\rho = 0,44$; $\text{sig} < 0,05$), indicando que quanto maior o IMC real da criança, maior o IMC da imagem atual escolhida. Em relação às variáveis Insatisfação e Distorção, ambas tiveram associação inversa com as variáveis peso e IMC, indicando que quanto menor o peso maior a insatisfação ($\rho = -0,29$; $\text{sig} < 0,05$) e maior a distorção das crianças ($\rho = -0,52$; $\text{sig} < 0,05$), assim como quanto menor o IMC das crianças, maior a insatisfação ($\rho = -0,43$; $\text{sig} < 0,05$) e maior a distorção que elas têm do seu corpo ($\rho = -0,64$; $\text{sig} < 0,05$).

Tabela 13: Associação entre a Altura e a Distorção da Imagem

	Variável	Silhuetas Distorção
Altura	Correlação de Pearson	-0,272*
	Sig. (2 extremidades)	0,031

Quanto à variável altura, foi encontrada correlação negativa com a variável Distorção do instrumento Silhuetas, resultado que informa que as crianças mais altas distorceram menos sua autoimagem que crianças menores ($\rho = -0,27$; $\text{sig} < 0,05$).

Tabela 14: Associação entre os instrumentos Silhuetas e ChEAT

Variáveis		ChEAT Fator 2 Controle oral por pressão social	ChEAT Fator 3 Preocupação com a comida	ChEAT Score
Silhuetas Imagem Atual IMC	Coefficiente de Correlação	-0,162	0,343**	0,154
	Sig. (2 extremidades)	0,204	0,006	0,227
Silhuetas Imagem Desejada IMC	Coefficiente de Correlação	-0,242	-0,202	-0,270*
	Sig. (2 extremidades)	0,056	0,112	0,032
Silhuetas Ideal Feminino IMC	Coefficiente de Correlação	-0,454**	-0,034	-0,197
	Sig. (2 extremidades)	0,000	0,792	0,121
Silhuetas Ideal Masculino IMC	Coefficiente de Correlação	-0,284*	-0,007	-0,137
	Sig. (2 extremidades)	0,024	0,957	0,285

Referente aos resultados encontrados entre a associação do instrumento Silhuetas e do ChEAT, houve correlação positiva entre o IMC da figura apontada pelas crianças como representativa de sua Imagem Atual e o Fator 3 - Preocupação com a comida ($\rho = 0,34$; $\text{sig} < 0,05$), indicando que crianças mais preocupadas com a alimentação escolheram silhuetas mais largas. Foram encontradas associações negativas entre o IMC médio da imagem apontada como a Desejada pelas crianças e *score* total do ChEAT ($\rho = -0,27$; $\text{sig} < 0,05$), indicando que crianças que apresentaram indicador de desenvolvimento de TA desejam silhuetas mais magras. Houve também associação negativa entre o IMC da Imagem considerada como Ideal Feminina e o Fator 2 - Controle Oral por Pressão Social ($\rho = -0,45$; $\text{sig} < 0,05$), o que indica que quanto maior a frequência de atitudes alimentares controladas pela pressão externa de outras pessoas, mais magras foram as imagens escolhidas como representantes de um corpo ideal feminino pelos participantes. Em relação à figura correspondente à Imagem Ideal Masculina, foi também encontrada associação negativa com o Fator 2 do ChEAT ($\rho = -0,28$; $\text{sig} < 0,05$), o que remete que crianças que possuem atitudes alimentares mais controladas por pressão social também escolherem como imagens ideais masculinas silhuetas mais delgadas.

Tabela 15: Associação entre o *score* do ChEAT e a Insatisfação da Imagem

Variável		Silhuetas Insatisfação
ChEAT	Coefficiente de Correlação	-0,370**
Escore	Sig. (2 extremidades)	0,003

Foi ainda encontrada correlação negativa entre o *score* total do ChEAT e a variável Insatisfação com a Imagem Corporal ($\rho = -0,37$; $\text{sig} < 0,05$), o que indica que crianças com maior indicador de desenvolvimento de TA mostraram menor insatisfação com sua imagem corporal.

Tabela 16: Associação entre o Domínio Autonomia e os instrumentos aplicados

Variável		Silhuetas Imagem Atual IMC	ChEAT Fator 2 Controle oral por pressão social
AUQEI	Coefficiente de	-0,264*	0,342**
Domínio	Correlação		
Autonomia	Sig. (2 extremidades)	0,036	0,006

Referente a associação entre o instrumento de QV e os demais, foi encontrada correlação negativa entre o Domínio Autonomia do AUQEI com a figura da Imagem Atual

escolhida ($\rho = -0,26$; $\text{sig} < 0,05$), o que informa que crianças com maior autonomia escolheram figuras menos largas como representativas de sua imagem atual. Houve ainda associação positiva entre este mesmo domínio e o Fator 2 do instrumento ChEAT ($\rho = 0,34$; $\text{sig} < 0,05$), indicando que crianças com maior Autonomia apresentaram atitudes alimentares mais controladas por pressão social.

Tabela 17: Associação entre os instrumentos CDI e AUQEI

Variáveis		AUQEI Domínio Funções	AUQEI Domínio Lazer	AUQEI Escore Total
CDI <i>Score</i>	Coefficiente de Correlação	-0,448**	-0,349**	-0,408**
	Sig. (2 extremidades)	0	0,005	0,001

O *score* do instrumento CDI apresentou algumas associações negativas com o AUQEI. Participantes com maior pontuação total no CDI apresentaram menor pontuação no domínio Funções ($\rho = -0,44$; $\text{sig} < 0,05$), indicando que crianças com sintomatologia depressiva são menos funcionais na realização de suas atividades, assim como também pontuaram menos no Domínio Lazer ($\rho = -0,34$; $\text{sig} < 0,05$), indicando que crianças com indicadores de depressão se divertem menos. A pontuação total dos dois instrumentos apresentou correlação negativa ($\rho = -0,40$; $\text{sig} < 0,05$), ou seja, crianças com sintomatologia depressiva apresentam uma qualidade de vida menos satisfatória.

Tabela 18: Associação por diferença entre Grupos

Grupos	Média	Variáveis	U de Mann-Whitney	p ($p < 0,05$)
Meninos	17,21	Silhuetas Imagem Desejada IMC	340,000	0,029
Meninas	15,81			
Praticam Atividade Física	15,91	AUQEI Domínio Lazer	643,500	0,008
Não praticam Atividade Física	14,63			
Praticam Atividade Física	8,61	CDI <i>Score</i>	293,500	0,017
Não praticam Atividade Física	12,05			
Possuem QV Satisfatória	62,16	Peso	561,500	0,032
Não possuem QV Satisfatória	52,67			
Possuem QV Satisfatória	8,77	CDI <i>Score</i>	177,500	0,000
Não possuem QV Satisfatória	15,47			

Possuem indicador de TA	15,54	Silhuetas		
Sem indicador de TA	17,05	Imagem Desejada	306,500	0,019
		IMC		
Possuem indicador de TA	-7,50	Silhuetas		
Sem indicador de TA	-5,18	Insatisfação	268,500	0,004
Consomem vegetais	26,93	ChEAT		
		Fator 2		
Não Consomem vegetais	36,61	Controle oral por	343,000	0,030
		pressão social		

As análises realizadas por diferença entre grupos resultaram nos seguintes achados. O teste de Mann-Whitney apontou que meninos desejam uma imagem corporal maior que meninas ($U=340,000$; $p<0,05$).

Referente ao grupo de crianças que pratica atividade física, foi identificado que crianças que realizam a atividade possuem maior média no Domínio Lazer ($U=643,500$; $p<0,05$) e menor pontuação no score do instrumento CDI ($U=293,500$; $P<0,05$), o que indica que a prática de atividade física nesse grupo está associada a realização de atividades mais divertidas e a menor sintomatologia depressiva.

Por sua vez, o Grupo de crianças que foi classificado com QV satisfatória obteve a média de peso maior ($U=561,500$; $p<0,05$) e também *score* menor no instrumento CDI ($U=177,500$; $p<0,05$), o que indica que crianças com maior QV no grupo avaliado são mais pesadas e possuem menor sintomatologia depressiva.

Quanto ao grupo de crianças classificado no instrumento ChEAT como Sem Indicador ou Com Indicador de Desenvolvimento de TA, foram encontradas as seguintes correlações. Crianças com indicador de TA escolheram silhuetas correspondentes a Imagem Desejada mais fina ($U=306,500$; $p<0,05$), assim como apresentaram maior Insatisfação com sua IC ($U=268,500$; $p<0,05$).

Finalmente, o teste de Mann-Whitney mostrou que comer ou não vegetais tem efeito sobre a pontuação obtida no Fator 2 do ChEAT - Controle oral por pressão social ($U = 343,000$; $p < 0,05$), indicando que crianças que não consomem vegetais possuem atitudes alimentares mais controladas por pressão social.

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A partir dos resultados encontrados foi possível observar um equilíbrio em relação ao número de participantes do sexo masculino (47,6%) e feminino (52,4%), com média de idade de 10 anos. A maioria das crianças foi diagnosticada com obesidade (88,9%) em detrimento de sobrepeso (11,1%), corroborando os dados estatísticos da OMS e do último censo do IBGE (2010) de que a obesidade tem crescido na população infantil.

Estudos realizados com o objetivo de verificar a prevalência da obesidade em crianças e adolescentes encontraram resultados similares ao deste estudo, indicando ser o sexo masculino o mais acometido pela patologia, apesar da vantagem biológica de menor acúmulo de gordura em relação ao sexo feminino, o que reforça a importância do fator ambiental para o desenvolvimento da doença (STRAUB, 2014; DORNELLES; ANTON e PIZZINATO, 2014). Uma pesquisa realizada por Aragão (2015) com 419 crianças e adolescentes na faixa-etária de 11 a 13 anos da cidade de Rio Branco/AC apontou que 35% dos meninos estavam acima do peso enquanto 24% das meninas se encontravam classificadas como sobrepeso/obesidade. Outro estudo realizado por Albuquerque et al (2020) com 378 crianças de 6 a 12 anos no interior do Rio Grande do Sul identificou que 14,3% dos meninos participantes estavam obesos em detrimento de 9,8% meninas que se encontravam acima do peso.

No que se refere à classificação socioeconômica, os segmentos com pontuação mais expressiva estavam presentes nas Classes B2 e C1, indicando um perfil de média renda familiar. Crianças pertencentes a uma classe social mais alta apresentaram menores indicadores de desenvolvimento de TA, especialmente no fator relacionado a fazer dieta e purga, assim como menor distorção da IC.

Contrariando esse achado, um estudo realizado com crianças e adolescentes australianos de 10 a 18 anos com o objetivo de examinar a associação entre nível socioeconômico, etnia, insatisfação corporal e comportamento alimentar revelou que classes sociais mais altas seriam mais vulneráveis ao desenvolvimento de TA. Esta associação entre a insatisfação da IC e distúrbios alimentares possivelmente seria mediada pela classe social, uma vez que foi identificado que participantes de classes mais altas sofrem maior influência familiar e midiática em relação aos padrões de imagem ditados como ideais (WANG *et. al.*, 2005).

Já um estudo realizado por Dunker, Fernandes e Carreira Filho (2009) com o objetivo de se investigar a influência do nível socioeconômico sobre o comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes não obteve associação da classe social na população avaliada. A divergência apontada nos estudos pode ser explicada pelos modos diferentes de se

obter as informações relacionadas à classificação socioeconômica. Pereira et al (2011), no entanto, afirmam que existem poucos estudos no Brasil sobre a associação dessas variáveis e que veem como necessário fomentar mais pesquisas com objetivos similares, uma vez que a população está passando por modificações tanto econômicas como nutricionais.

Em relação à escolaridade do chefe financeiro, a mais recorrente foi o Ensino Médio Completo/Superior Incompleto, resultado que sugere um bom nível de esclarecimento por parte do provedor da casa, embora Straub (2014) mencione que a falta de conhecimento por parte da população estaria relacionada ao desenvolvimento da obesidade por estes não compreenderem a importância de medidas necessárias para a prevenção da doença, sendo o conhecimento um fator protetivo da saúde.

Um maior nível de educação das crianças esteve relacionado a menores indicadores de desenvolvimento de TA pelos participantes, especialmente em questões relacionadas à prática de dietas e comportamentos de purgação, indicando atitudes alimentares mais salútares em crianças com maior nível de conhecimento educacional. A escolha de figuras representativas da Imagem Desejada com IMC maiores em crianças com maior escolaridade sugere o desejo de uma IC menos exigente em relação ao biotipo de padrão de magreza tão valorizado na sociedade atualmente, no entanto, não foram encontrados na literatura pesquisada estudos de correlações com as referidas variáveis, o que dificulta comparações e a compreensão desta associação.

Um elevado percentual de 63,5% da amostra não realiza atividade física, resultado similar ao da pesquisa realizada por Bernardi, Menon e Novello (2020) com 552 escolares de 7 a 9 anos cujo resultado apontou que 68,1% das crianças era Pouco Ativa. Tais percentuais expressivos em relação a inatividade física de crianças indicam que a maioria se encontra sedentária, situação favorecedora de acúmulo de gordura e por consequência facilitadora do desenvolvimento de obesidade (CASTRO et al, 2016; FRANÇA et al, 2019).

Grande parte das crianças atingiu pontuação indicadora de QV satisfatória (69,8%), sendo o Domínio Lazer o melhor pontuado (84%) e o Domínio Autonomia o menor (53%). Um estudo realizado por Campos (2020) com 26 escolares de 9 a 11 anos para avaliar a aptidão física, composição corporal e QV dos alunos também obteve menor pontuação no domínio Autonomia, no entanto, o domínio melhor pontuado foi referente à Família. O brincar faz parte da infância, sendo uma grande fonte de recursos para a criança que o encara como diversão, proporcionando bem-estar e desenvolvimento cognitivo e socioemocional, já a autonomia é uma habilidade relacionada a tomadas de decisão e gerenciamento, comportamentos muito necessários para a realização de escolhas mais conscientes e salútares (UEHARA, 2018).

Dos avaliados, 19% da amostra apresentou sintomatologia depressiva e um elevado número de crianças estão insatisfeitas com sua imagem corporal (93,7%), resultado similar aos achados da pesquisa de Zanolli et al (2019) realizada com 141 crianças de 8 a 12 anos em município da Zona da Mata Mineira, que também indicou alta prevalência de insatisfação corporal entre os participantes (86,5%).

De acordo com Carli et al (2016) e Coelho et al (2016), um corpo magro virou objeto de desejo de muitas pessoas na sociedade contemporânea, sendo essa busca já observada desde a infância. O alcance de um corpo que esteja de acordo com os padrões de beleza ditados pela mídia é compreendido como conquista de sucesso e poder, meta que se não atingida pode levar ao surgimento de sentimentos de tristeza e insatisfação com o próprio corpo (CARLI et al, 2016; LIRA et al, 2017; SILVA et al, 2018; JUSTINO; ENES; NUCCI, 2020).

A maioria das crianças da amostra subestima sua IC (77,8%), acreditando ter um corpo com um IMC menor do que realmente possui. Resultados divergentes foram encontrados no estudo de Costa (2015) realizado com escolares de 7 a 10 anos para investigar a prevalência de inacurácia na estimativa do tamanho corporal de obesos, cuja análise revelou que de 76% das crianças que distorceram o tamanho de sua IC, apenas 34% a subestimaram.

A subestimação da IC é compreendida por Castro et al (2013) como uma rejeição do corpo real obeso e pode limitar o compromisso do paciente com programas para a promoção de estilos de vida saudáveis. No entanto, um estudo de revisão integrativa da IC na infância com pesquisas indexadas nos anos de 2013 até 2016 realizado por Neves et al (2017) ressalta que a investigação da dimensão perceptiva da IC deve ser realizada utilizando aparatos tecnológicos com a distorção da própria imagem do corpo do sujeito em fotos ou filmagens, sob o risco de a avaliação desta variável ocorrer de modo não confiável. Alguns autores acreditam fazer a avaliação da distorção quando na verdade a validade ou fidedignidade da avaliação perceptiva só ocorre quando são medidas a diferença entre o tamanho real do indivíduo e seu julgamento sobre seu próprio tamanho corporal (NEVES et al, 2017).

Das crianças avaliadas, 38,1% apresentaram indicativo de desenvolvimento de TA, sendo o fator Fazer Dieta e Purga o melhor pontuado (84,55%), indicando que muitas crianças apresentaram atitudes alimentares alteradas em relação a alimentação e a comportamentos compensatórios. Este resultado causa preocupação, uma vez que segundo Moreira, Neufeld e Almeida (2018), muitos indivíduos apresentam muitas características compatíveis com os TA, além de sofrimento e prejuízo significativos, no entanto, não satisfazem todos os critérios necessários para o diagnóstico do transtorno, neste caso, o alcance da nota do ponto de corte.

A associação positiva entre o IMC real das crianças com a figura da Imagem Atual escolhida sugere que os participantes estão conscientes de sua forma corporal. Consoante Papalia (2014), na terceira infância as crianças já são capazes de fazer observações de modo mais realista, conseguindo comparar a identidade real com a ideal.

As associações negativas encontradas neste estudo entre a Insatisfação da IC e o Peso/IMC, assim como entre o Peso/IMC e a Distorção, estão em consonância com o estudo realizado por Neves et al (2017). De acordo com a referida revisão dos autores, apesar de os estudos apontarem que a maioria das crianças avaliadas por escala de silhuetas estavam insatisfeitas com sua imagem, quando perguntado diretamente para as mesmas a respeito de sua satisfação com o próprio corpo alguns autores encontraram baixa frequência de IC negativa.

Uma possível explicação para os achados é que essas diferenças se devam à metodologia de investigação utilizada, uma vez que escalas de silhuetas tendem a superestimar os valores de insatisfação encontrados pois permite que seja escolhida apenas uma silhueta (NEVES et al, 2017). Caso a média dos IMC das figuras desejada e atual sejam diferentes de zero, o resultado já é apurado como insatisfação. Deste modo, o método de avaliação utilizado pode influenciar na prevalência de insatisfação corporal, devendo ser analisada com cautela.

Outro achado do estudo revelou que crianças com indicativo de desenvolvimento de TA estão mais insatisfeitas com sua IC do que crianças sem esse indicativo, além de esse grupo também desejar ter silhuetas mais finas. O achado de que quanto mais larga a imagem atual apontada pela criança como representativa da sua maior preocupação com a comida reforça também a necessidade de ser trabalhada a relação com os alimentos e aceitação dos indivíduos com sua própria imagem, uma vez que a internalização de um corpo ideal magro aumenta o risco de TA por meio de insatisfação corporal, restrição alimentar e depressão (NEVES et al, 2017).

A associação negativa entre a frequência de atitudes alimentares controladas por pressão social e a escolha de silhuetas mais magras como as representantes de um corpo ideal feminino e masculino denunciam ainda a influência midiática, das relações familiares e sociais para o desenvolvimento das atitudes alimentares nos indivíduos, sejam elas salutares ou alteradas (LIRA et al, 2017; MENDES, 2019).

A associação inversa do *score* do CDI com o *score* do AUQEI e também nos seus domínios Funções e Lazer pode ser explicado pelo motivo de que a depressão traz dentre seus muitos sintomas a perda de energia, capacidade de concentração diminuída, além de perda de interesse e prazer na realização de atividades (APA, 2014). O tédio citado por Huttel et al (2011), Serra e Spritzer (2017) impacta profundamente a funcionalidade da criança devido à

falta de respostas positivas frente às atividades prazerosas, como brincar, assim como interfere nas interações sociais, o que pode explicar a correlação negativa entre esses fatores na amostra do estudo.

As análises realizadas por diferença entre grupos indicaram que meninos desejam uma imagem corporal maior que meninas. Smolak (2012) apud Costa (2015) menciona que padrões corporais socialmente estabelecidos podem ter influência em como os indivíduos veem seus corpos. O desejo por silhuetas maiores entre os meninos pode estar associado a ideia de adquirir um corpo com mais massa muscular, desenvolver um porte atlético e ser sinônimo de força, haja vista este atributo sempre ter sido valorizado no gênero masculino nas mais diversas culturas ao longo dos tempos (NEVES et al, 2017; ZANOLLI et al, 2019; JUSTINO; ENES; NUCCI, 2020).

Crianças que praticam atividade física pontuaram mais no Domínio Lazer e apresentaram menor sintomatologia depressiva, dados corroborados por uma pesquisa de revisão feita com estudos de ensaio clínico, intervenção, quase-experimental e coorte realizado por Soares et al (2020) dos últimos oito anos, tendo sido encontradas evidências de que a prática de exercícios físicos influencia positivamente a saúde mental e física de pessoas com obesidade pois contribuíram para a redução do quadro de depressão e, na maioria das vezes, conduziram a uma diminuição do IMC e da circunferência abdominal dos praticantes. Outro estudo realizado por Bernardi, Menon e Novello (2020) apontou que mesmo crianças pouco ativas afirmaram gostar/adorar realizar atividade física, o que sugere que este tipo de atividade é visto como prazeroso e divertido por esse público.

Foi encontrada associação positiva entre a QV e o peso, indicando que crianças mais pesadas possuem QV mais satisfatória. Uma vez que a QV é um construto que engloba diversos domínios, pode-se inferir que a preocupação com o peso ainda não ocupa um lugar central na vida dessas crianças, conforme apontado por Gouveia et al (2016), que afirmam que a imagem impacta de maneira mais contundente os adolescentes. Em seu estudo realizado com crianças e adolescentes para investigação da QV e satisfação da IC em 155 voluntários eutróficos e 207 obesos na faixa-etária dos 8 aos 18 anos, os autores obtiveram o achado que a insatisfação mediou o peso e QV somente no grupo de adolescentes.

O grupo de Crianças com QV satisfatória apresentou menor média relativa à pontuação total do CDI e os *scores* dos instrumentos AUQEI e CDI analisados enquanto variáveis independentes também apresentaram associação inversa, evidenciando as implicações que sintomatologias depressivas possuem na percepção de QV mais satisfatória por essas crianças.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade foi considerada pela OMS como uma epidemia global, atingindo as mais diversas fases do desenvolvimento, constituindo-se como uma das maiores ameaças à infância. Por se tratar de uma doença crônica, traz inúmeras repercussões para toda a sociedade, sendo preditora de obesidade na fase adulta e uma das patologias que mais se emprega recursos para o tratamento no Brasil e no mundo.

Devido à sua origem multifatorial, é preciso esforços das mais diversas áreas da saúde para seu tratamento, podendo a psicologia contribuir na identificação de variáveis psicológicas que possam ser modificáveis como as atitudes alimentares, imagem corporal, depressão e qualidade de vida.

É possível afirmar que o presente estudo atingiu os objetivos propostos, pois foi possível identificar correlações importantes entre as variáveis antropométricas, sociodemográficas e psicológicas testadas.

Dentre os principais achados deste estudo, é possível elencar que há prevalência de crianças obesas no sexo masculino e que meninos desejam uma imagem corporal maior que meninas, o que reforça a cultura de que o corpo masculino precisa ser robusto em detrimento do feminino, que busca a magreza de modo incessante.

O fato de as crianças terem apresentado boa acurácia referente a sua imagem atual indica que elas estão conscientes de sua silhueta, e, apesar da quase totalidade das crianças não estarem satisfeitas com seu corpo segundo a apuração do instrumento Silhuetas, não houve evidência de impacto na QV do grupo avaliado por conta dessa variável. No entanto, ficou evidente que a IC tem associação com o risco de desenvolvimento de TA, e que esse indicador afeta a QV das crianças, assim como a identificação de sintomatologia depressiva.

A prática de atividade física foi identificada como um fator de proteção à saúde das crianças, uma vez que o grupo praticante apresentou *score* de QV mais satisfatória no domínio Lazer do que o grupo não praticante. Além disso, a realização de atividade física esteve associada a uma menor incidência de sintomatologia depressiva nas crianças que a praticam.

Estes resultados têm importantes implicações práticas, uma vez que foram investigadas variáveis que parecem sensíveis a alterações psicológicas de crianças com obesidade, devendo os resultados serem aprofundados por profissionais habilitados envolvidos na assistência a essas pacientes.

Deste modo, como contribuição para os pacientes e profissionais da instituição participante será criado um documento contendo uma síntese deste estudo com orientações

relativas à importância dos cuidados alimentares, da prática de atividades físicas e da saúde emocional para uma qualidade de vida mais satisfatória, além de um relatório com os resultados individuais de cada participante. Estes documentos passarão a integrar os prontuários médicos das crianças avaliadas de modo que os profissionais possam proceder melhores orientações aos familiares e assim proporcionar um tratamento mais amplo e eficaz aos pacientes não somente no âmbito físico, mas também emocional.

Como limitações do estudo, entende-se que não é possível estabelecer relações causais devido ao seu desenho transversal, nem tecer generalizações por se tratar de uma amostra convencional em detrimento de uma probabilística, embora as correlações encontradas sejam válidas para a população do estudo analisada, podendo ser inseridas no plano terapêutico para assistência aos pacientes avaliados.

Como sugestão para pesquisas futuras, orienta-se, além de estudos com populações maiores, aprofundar a investigação entre a escolaridade das crianças e o indicador de TA, pois não foram encontrados estudos na literatura pesquisada para comparar os resultados encontrados. Sugere-se ainda a investigação da IC perceptiva das crianças através de recursos que avaliem a própria imagem distorcida do participante, visando uma apuração mais fidedigna desse construto.

Finalmente, a identificação destas limitações gera sugestões de estudos futuros que visem a preencher as lacunas aqui identificadas de modo a contribuir para o desenvolvimento de pesquisas voltadas à população infantil que ainda são escassas, em especial na região local.

7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. R. et al. **Análise do nível de sobrepeso e obesidade em escolares do ensino fundamental**. RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento, v. 14, n. 84, p. 138-145, 2020.

ALMEIDA, M. A. B. de; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.

ALMEIDA, S. S.; ZANATA, D. P.; REZENDE, F. F. **Imagem corporal, ansiedade e depressão em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica**. Estud. psicol., Natal, v. 17, n. 1, p. 153-160, 2012.

ALVARENGA, M.; KORITAR, P. **Atitude e comportamento alimentar – determinantes de escolhas e consumo**. In: ALVARENGA, M. Nutrição Comportamental. Barueri: Manole, 2015. p. 23-50.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAGÃO, C. DA S. A prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da cidade de Rio Branco-AC. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 9, n. 53, p. 170-175, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério Brasil 2015**. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em 11 fev. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP, 2016. Disponível em: <<https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>>. Acesso em 11 fev. 2021.

ASSUMPÇÃO JR., F. et al. **Escala de avaliação de qualidade de vida: (AUQEI - Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos**. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 58, n. 1, p. 119-127, 2000.

BECK, J. S. **Pense magro [recurso eletrônico]: a dieta definitiva de Beck** / Judith S. Beck; tradução Leda Maria Costa Cruz. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

BERNARDI, L.; MENON, M. U.; NOVELLO, D. **Fatores associados ao estado nutricional de escolares: condições demográficas, socioeconômicas, alimentares e de atividade física**. RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento, v. 14, n. 87, p. 560-570, 2020.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266>. Acesso em: 11 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde.** Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2021.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <> <http://bit.ly/1mTMIS3>>. Acesso em 11 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 132.: il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_vigilancia_fatores_risco.pdf> Acesso em 11. fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Eu quero ter peso saudável. **Vamos falar sobre obesidade infantil e bullying?** Brasília - DF, 23 dez 2019. Disponível em: <<https://saudebrasil.saude.gov.br/ter-peso-saudavel/vamos-falar-sobre-obesidade-infantil-e-bullying>>. Acesso em 11 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Eu quero ter peso saudável. **Obesidade infantil: como prevenir desde cedo.** Brasília – DF, 03 junho 2020. Disponível em < <https://saudebrasil.saude.gov.br/ter-peso-saudavel/obesidade-infantil-como-prevenir-desde-cedo>>. Acesso em 11 fev. 2021.

_____. [s/d]. Ministério da Saúde. Obesidade e desnutrição. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Alimentação e Nutrição. Universidade de Brasília - UnB. Faculdade de Ciências da Saúde. Departamento de Nutrição.

CARLI, P. B. de et al. **Insatisfação com a imagem corporal de meninas de 11 a 14 anos de idade.** Caderno de Educação Física e Esporte, v. 14, n. 1, p. 59-68, 2017.

CANALS, A. de A., COPSTEIN, A. **Transtornos Alimentares**. In: CAMINHA, R. M. CAMINHA, M. G.; DUTRA, C. A. (Org.). *A prática cognitiva na infância e na adolescência*. Novo Hamburgo: Sinopys, 2017.

CAIXETA, M. **Psicologia patológica**. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna Ltda, 2005.

CARVALHO, A. M. P. et al. **Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas**. *Paidéia* (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 131-139, 2005.

CASTRO, M. R. et al. **Imagem corporal em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica: Interações socioculturais**. *Motricidade*. vol. 9, n. 3, pp. 82-95, 2013.

CASTRO, G. G. et al. **Qualidade de vida em crianças escolares com sobrepeso e obesidade**. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 4, 2016.

COELHO, G. D. et al. **Avaliação do autoconceito de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade**. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, v. 8, n. 3, p. 204-217, 2016.

COSTA, F. S. et al. **Treinamento de Pais da Obesidade Infantil**. In: CAMINHA, M. G.; CAMINHA, R. M. (Org.). *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. Porto Alegre: Sinopsys, 2011.

COSTA, L. C. F. et al. **Association between inaccurate estimation of body size and obesity in schoolchildren**. *Trends Psychiatry Psychother*. ed. 37, n.4, p. 220-226, 2015.

CRUZ, S. H. et al. **Problemas de comportamento e excesso de peso em pré-escolares do sul do Brasil**. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 29-37, 2017.

CUNHA, L. M. et al. **Impacto Negativo da Obesidade sobre a Qualidade de Vida de Crianças**. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo. v.12. n.70. p.231-238, 2018.

DORNELLES, A. D.; ANTON, M. C.; PIZZINATO, A. **O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção**. *Saúde e soc.*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1275-1287, 2014.

DUNKER, K. L. L.; FERNANDES, C. P. B.; CARREIRA FILHO, D. **Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes**. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 156-161, 2009.

EZZATI, M. et al. **Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults**. *Lancet*, 2017.

FELIPPE, F. M. **O peso social da obesidade**. 2001, 282p. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2001.

FERREIRA, A. P. de S; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. **Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 22, e190024, 2019.

FERREIRA, M.E.; CASTRO, M.R.; MORGADO, F.F. **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa**. Juiz de Fora (MG): Editora UFJF; 2014.

FRANÇA, E. F. et al. Tempo de tela e estado nutricional de escolares da cidade de Suzano-SP. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 13, n. 83, p. 1135-1142, 2019.

FRONTZEK, L. G. M. (Org). **Obesidades e psicologia**. Porto alegre: Juruá, 2015.

FRONTZEK, L.; BERNARDES, L.; MODENA, C. **Obesidade infantil: compreender para melhor intervir**. Rev. abordagem gestalt., Goiânia, v. 23, n. 2, p. 167-174, ago. 2017.

FURTADO, C. de C.; SILVA, A. L. B. da; WALFALL, A. M. **Psicobióticos: uma ferramenta para o tratamento no transtorno da ansiedade e depressão?** UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 15, n. 40, p. 137-151, 2018.

GONCALVES, J. de A. et al. **Transtornos alimentares na infância e na adolescência**. Rev. paul. pediatri., São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-103, 2013.

GOUVEIA, V. V. et al. **Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de Adaptação com Escolares de João Pessoa**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44 (7), 345-349, 1995.

GOUVEIA, M. J. et al. **Imagem corporal e qualidade de vida na obesidade pediátrica**. Psicologia, Saúde & Doenças, v. 17, n. 1, p. 52-59, 2016.

GUERRA, M. das G. G. V.; ALMEIDA, F. M. de M.; AFONSO, D. B. **Depressão Infantil: Ensino-aprendizagem a partir de uma experiência escolar no Espírito Santo**. Revista Cesumar-Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, v. 23, n. 1, p. 77-97, 2018.

GUIMARÃES, M. A. P. et al. **Características socioeconômicas, prática de atividade física e qualidade de vida de escolares da rede pública**. Arquivos de Ciências da Saúde, v. 22, n. 2, p. 57-62, 2015.

HARTUNG, P. A. D.; KARAGEORGIADIS, E. V. **A Regulação da Publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças no Brasil**. Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 160-184, 2017.

HENRIQUES, P. et al. **Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4143-4152, 2018.

HUTTEL, J. et al. **A depressão infantil e suas formas de manifestação**. Psicol. Argum., Curitiba, v. 29, n. 64, p. 11-22, 2011.

JUSTINO, M. I. C; ENES, C. C; NUCCI, L. B. **Imagem corporal autopercebida e satisfação corporal de adolescentes**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 20, n. 3, p. 715-724, 2020.

KAKESHITA, I. S. et al. **Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 25, n. 2, p. 263-270, 2009.

KOVÁCS, M. **The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school - aged youngsters.** University of Pittsburg, 1983.

LIMA, A. C. R. de; OLIVEIRA, A. B. **Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental.** *Mudanças-Psicologia da Saúde*, v. 24, n. 1, p. 1-14, 2016.

LINHARES, F. M. M. et al. **Obesidade infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida dos filhos.** *Temas Saúde*, v. 16, n. 2, p. 460-81, 2016.

LIRA, A. G. et al. **Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 66, n. 3, p. 164-171, 2017.

LIRA, A. K. de; SOUZA, D. C. C. de; CINTRA, V. M. **Determinantes da obesidade infantil: um problema de saúde pública.** v. 20, n. 1, p. 77-97, 2020.

LUIZ, A. M. A. G.; GORAYEB, R.; LIBERATORE JUNIOR, R. D. R. **Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas.** *Estud. psicol. Campinas*, v. 27, n. 1, p. 41-48, 2010.

MANIFICAT, S., DAZORD, A. **Évaluation de la qualité de vie de l'enfant: validation d'un questionnaire, premiers résultats.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 45:106-114, 1997.

MARCO, P. L. et al. **Revisão sistemática: Sintomas de depressão e ansiedade parental e excesso de peso da prole.** *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 54, 49, 2020.

MARTORELL, Gabriela. **O mundo da criança: da infância à adolescência.** tradução: M. Pinho. 13ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2020.

MENDES, J. de O. H.; BASTOS, R. de C.; MORAES, P. M. **Características psicológicas e relações familiares na obesidade infantil: uma revisão sistemática.** *Rev. SBPH, São Paulo*, v. 22, n. 2, p. 228-247, 2019.

MORAES, A. L.; ALMEIDA, E. C.; SOUZA, L. B. **Percepções de obesos deprimidos sobre os fatores envolvidos na manutenção da sua obesidade: investigação numa unidade do Programa Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, p. 553-572, 2013.

MOREIRA, G. S. X.; NEUFELD, C. B.; ALMEIDA, S. S. **Avaliação de crianças com transtornos alimentares.** In: MANUELA, L.; MUNIZ, M.; CARDOSO, L. (Org.). *Avaliação psicológica infantil.* São Paulo: Hogrefe, 2018. p. 377-400.

NEVES, C. M. et al. **Imagem corporal na infância: uma revisão integrativa da literatura.** *Revista Paulista de Pediatria: Órgão Oficial da Sociedade de Pediatria de São Paulo*, v. 35, n. 3, p. 331-339, 2017.

OLIVEIRA, M. L. de; RODRIGUES, D. P.; MIRANDA, C. E. S. **Imagem corporal e bullying entre adolescentes: Práticas docentes na sala de aula.** RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento, v. 14, n. 86, p. 443-450, 2020.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College London e da OMS.** Brasília (DF); 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas-revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820>. Acesso em: 11 fev. 2021.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Dez principais causas de mortalidade no mundo.** Brasília (DF); 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0>. Acesso em 11 fev. 2021.

PAIVA, A. C. T. et al. **Obesidade Infantil: análises antropométricas, bioquímicas, alimentares e estilo de vida.** Rev Cuid. 2018; 9(3): 2387-99. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.575>

PANTOJA, M. de S. et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças obesas.** Revista Brasileira de Qualidade de Vida, v. 9, n. 4, 2017.

PAPALIA, Diane E. **Desenvolvimento Humano.** Tradução: Carla Filomena Marques. 12ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

PEREIRA, D. A. P.; AMARAL, V. L. A. R. do. **Escala de avaliação de depressão para crianças: um estudo de validação.** Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 21, n. 1, p. 5, 2004.

PEREIRA, E. F. et al. **Percepção da imagem corporal e nível socioeconômico em adolescentes: revisão sistemática.** Rev. paul. pediatr., São Paulo, v. 29, n. 3, p. 423-429, 2011.

PINHEIRO, Nádia; JIMÉNEZ, Manuel. Tradução e validação da versão brasileira do Children's Eating Attitudes Test (ChEAT). Psicologia Argumento, v. 30, n. 70, 2017.

PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES (POF) 2017-2018: primeiros resultados / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS): 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

RAZZOUK, Denise. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 845-848, 2016.

RESENDE, K. I. D. S; TEODORO, M. **Avaliação da depressão infantil.** In: MANUELA, L.; MUNIZ, M.; CARDOSO, L. (Org.). Avaliação psicológica infantil. São Paulo: Hogrefe, 2018. p. 353-375.

ROCHA, M. et al. **Aspectos psicossociais da obesidade na infância e adolescência.** Psic., Saúde & Doenças, Lisboa, v. 18, n. 3, p. 713-723, dez. 2017.

SANTOS, R. A. dos; MARANHÃO, T. L. G.; BATISTA, H. M. T. **Obesidade Infantil e Abordagens em Psicologia: Uma Revisão da Literatura**. Id On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v. 10, n. 30, p. 345-375, 2016.

SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Saiba como definir a obesidade**. São Paulo, SP, 2018. Disponível em: <[https://www.sbemsp.org.br/imprensa/releases/315-saiba-como-definir-a-obesidade#:~:text=%C3%89%20o%20excesso%20de%20gordura,altura%20\(m\)2](https://www.sbemsp.org.br/imprensa/releases/315-saiba-como-definir-a-obesidade#:~:text=%C3%89%20o%20excesso%20de%20gordura,altura%20(m)2)>. Acesso em 11 fev. 2021.

SCUTTI, C. S. et al. **O enfrentamento do adolescente obeso: a insatisfação com a imagem corporal e o bullying**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 16, n. 3, p. 130-133, 2014.

SERRA, R.; SPRITZER, M. G. **Transtornos Depressivos na Infância e na Adolescência**. In: CAMINHA, R. M. CAMINHA, M. G.; DUTRA, C. A. (Org.). A prática cognitiva na infância e na adolescência. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2017.

SILVA, J. L.; BERNARDES, L. A. **Relação entre consumo e obesidade infantil sob a ótica da análise do comportamento: revisão Narrativa**. Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 3, n. 6, p. 79-101, 2018.

SILVA, N. et al. **Autoimagem e satisfação corporal em adolescentes escolares**. RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 12, n. 75, p. 948-953, 2018.

SOARES, T. D. et al. **Efeitos do exercício físico na obesidade e depressão: uma revisão**. RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento, v. 14, n. 86, p. 511-518, 2020.

SOUZA, A. C. de et al. **Atitudes em relação ao corpo e à alimentação de pacientes com anorexia e bulimia nervosa**. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 1-7, 2014.

SANTOS, F. M. dos et al. **Prevalência de sintomas para transtornos alimentares, sobrepeso e obesidade em escolares do município de Bom Jesus–RS**. RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento, v. 11, n. 61, p. 31-38, 2017.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial**. Tradução: Ronaldo Cataldo Costa. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

TAVARES, M. C. G. C. **Imagem Corporal: conceito e desenvolvimento**. Barueri: Editora Manole Ltda, 2003.

UEHARA, E. **Características cognitivas do desenvolvimento infantil**. In: MANUELA, L.; MUNIZ, M.; CARDOSO, L. (Org.). Avaliação psicológica infantil. São Paulo: Hogrefe, 2018. p. 7-31.

UNA-SUS/UFSC. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância. Saúde da criança: medicina. Florianópolis: UNA-SUS/UFSC, 2013.

VELASCO, P. M. **Depressão e transtornos mentais: tudo o que você precisa saber**. 2 ed. – Rio de Janeiro, Wak Ed., 2009.

VIANA FILHO, L. de P. et al. **A amamentação como prevenção da obesidade infantil: Uma revisão narrativa**. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, n. 4, p. 11146-11162, 2020

WANG, Z. et al. **Influences of ethnicity and socioeconomic status on the body dissatisfaction and eating behaviour of Australian children and adolescents**. Eat Behav. Jan;6(1):23-33, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Growht reference data for 5-19 years**, 2007. Disponível em: < <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>>. Acesso em 11 fev. 2021.

ZANOLLI, N. M. B. C. et al. **Fatores associados à insatisfação corporal de crianças e adolescentes de escola pública em município da Zona da Mata mineira**. Revista de Atenção Primária a Saúde, v. 22, n. 1, 2019.



UFAM



FAPSI

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O seu filho(a) está sendo convidado(a), como voluntário, a participar da pesquisa “**Obesidade Infantil e correlação com Atitudes Alimentares, Imagem Corporal, Depressão e Qualidade de Vida**” da pesquisadora Alcielle Libório Caranha, orientada pelo Dr. José Humberto da Silva Filho. Caso haja alguma dúvida relativa a este estudo, poderá ser esclarecida através do telefone (92) 3305-1181, ramal 4127, celular (92) 98439-4515, e-mail psi.alcielle@gmail.com ou através do endereço Av. Rodrigo Otávio, 4200, bairro Coroado – Campus Universitário – Faculdade de Psicologia, Laboratório de Avaliação Psicológica.

O presente estudo tem como objetivo avaliar as Atitudes Alimentares, Imagem Corporal, Depressão e Qualidade de Vida de pacientes com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a obesidade é uma das doenças que mais tem crescido nas últimas décadas, tendo quadruplicado sua incidência entre crianças e adolescentes. Investigar os fenômenos que podem desencadear essa doença poderá contribuir para o tratamento desses pacientes e deste modo, possibilitar uma melhor qualidade de vida para crianças acometidas pela obesidade.

O tempo estimado para a realização dessa pesquisa é de 30 minutos. Ela será realizada de modo individual com a criança, solicitando que a mesma responda aos instrumentos: **Children’s Eating Attitudes Test (ChEAT) Versão Brasileira, Escala de Silhuetas Brasileiras para Crianças, Questionário de Depressão Infantil e Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI)**, que posteriormente serão analisados para fazer parte da pesquisa. A criança deverá ainda ter a altura medida e também ser pesada por uma técnica de enfermagem do ambulatório, a fim de ter essas informações anotadas para posterior análise. Não haverá necessidade de outros tipos de procedimento além dos acima descritos. Os resultados serão analisados de forma coletiva, de modo a assegurar o sigilo das informações. Não serão gerados relatórios individuais para análise deste estudo, salvo uma única vez no momento da devolutiva ao participante do estudo e seu responsável.

O Projeto foi desenvolvido com base nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12, e atenderá as exigências éticas e científicas fundamentais: Comitê de Ética e Pesquisa, TCLE, confidencialidade e privacidade dos dados. O SR.(A) PODERÁ DESISTIR DA AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DE SEU FILHO(A) A QUALQUER MOMENTO DA PESQUISA, tendo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo à sua pessoa ou a de seu filho(a), comprometendo-se a pesquisadora e seu orientador a suspenderem a aplicação dos instrumentos.

De acordo com a resolução n.º 466/12 não existe pesquisa com seres humanos sem risco. Embora se trate apenas de uma investigação feita através de questionário e escalas, eventualmente poderá ocorrer algum constrangimento por parte do entrevistado no momento de responder às perguntas. Para tanto, caso ocorra constrangimento ou desconforto durante a participação do sujeito neste estudo, a pesquisadora suspenderá a aplicação dos instrumentos de coleta de dados para prestar-lhe ajuda, visando seu bem-estar. Ainda assim, o(a) participante poderá ser, posteriormente, encaminhado(a) para o Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia-UFAM, estabelecido na Av. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 6200, Bloco X, Coroado, Manaus/AM, e ficará aos cuidados da psicóloga Lídia, responsável pelo serviço, respeitando-se a possível ordem de fila de atendimento.

É importante esclarecer que a pesquisa, por meio da instituição que a ampara, garantirá o direito ao pedido de indenização aos participantes (cobertura material) como reparação em casos de ocorrência de dano imediato ou tardio que comprometa o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, e jamais lhe será exigida, sob qualquer argumento, renúncia ao direito de indenização por dano. Os valores respectivos dos danos serão estimados pela instituição proponente quando os mesmos ocorrerem, uma vez que não haverá valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos, que não há previsibilidade dos mesmos em seus graus, níveis e intensidades na Resolução em tela e nem na Resolução 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais, e que não há definição da gradação do risco (mínimo, baixo, moderado ou elevado).

Esta pesquisa tem como benefícios o acesso aos resultados da avaliação da criança de acordo com os instrumentos já citados, de modo a possibilitar ao participante uma ampliação de seu autoconhecimento frente aos elementos pesquisados, auxiliando no tratamento da obesidade infantil, bem como prover informações à família. Além disso, se forem observados quaisquer comprometimentos referentes à saúde psicológica de seu filho, este será encaminhado para receber tratamento gratuito pelo Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, se for da sua vontade. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meios científicos e estarão à sua disposição quando finalizada. Jamais serão divulgados resultados individuais, apenas coletivos referentes à amostra pesquisada. Os dados e instrumentos da pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora por um período de 5 (cinco) anos e após este tempo serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável no Laboratório de Avaliação Psicológica no endereço mencionado anteriormente, e a outra será fornecida ao sr.(a). Se depois de consentir a participação da criança o(a) sr.(a) desistir, terá o direito e a liberdade de solicitar a retirada do nome de seu filho(a) em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa nem à criança. Informamos também que a entrevista não será gravada, fotografada ou filmada.

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos desta pesquisa, o(a) sr.(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus – AM, pelo telefone (92) 3305-1181 (ramal 2004) ou pelo e-mail cep.ufam@gmail.com

Consentimento pós-informação

Eu, _____ por me considerar devidamente informado(a) sobre os objetivos e finalidades do estudo e ter tido a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas sobre o conteúdo deste documento e da pesquisa a ser desenvolvida, concedo livremente meu consentimento para inclusão de meu filho(a) como voluntário da pesquisa e atesto que me foi entregue uma via idêntica desse documento. “Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse”.

Assinatura do Responsável pela criança

Data: ___/___/_____

Assinatura da Pesquisadora

Data: ___/___/_____

Assinatura do Orientador Responsável

Data: ___/___/_____



UFAM

APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO DA CRIANÇA



FAPSI

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa chamada “**Obesidade Infantil e correlação com Atitudes Alimentares, Imagem Corporal, Depressão e Qualidade de Vida**”, porque você realiza tratamento com a equipe de endocrinologia do ambulatório do Hospital Infantil Dr. Fajardo e está com idade entre 8 e 12 anos. Os Srs. Alcielle Libório Caranha e José Humberto da Silva Filho são as pessoas responsáveis pelo estudo. Seus pais permitiram que você participe.

Essa pesquisa tem como objetivo avaliar as Atitudes Alimentares, que são comportamentos relacionados à comida, Imagem Corporal, que é como a pessoa enxerga seu corpo, Depressão, que é uma doença relacionada ao humor e Qualidade de Vida, que tem relação com a sensação de bem estar. Este estudo será realizado com os pacientes que estão com peso acima do esperado para o sexo e para a idade, e que estão em tratamento para sobrepeso e obesidade. A obesidade é uma das doenças que mais tem crescido nas últimas décadas, especialmente entre crianças e adolescentes. Investigar o que pode estar acontecendo para o aparecimento dessa doença poderá contribuir para o tratamento desses pacientes e assim ajudá-los a ter mais saúde.

O tempo estimado para a realização dessa pesquisa é de 30 minutos. Ela será realizada com um paciente de cada vez, quando será pedido à criança que responda a 4 instrumentos: **Children’s Eating Attitudes Test (ChEAT) Versão Brasileira** que tem o nome em inglês, mas foi traduzido para o português e avalia as atitudes alimentares de crianças, a **Escala de Silhuetas Brasileiras para Crianças**, que avalia a auto imagem, o **Questionário de Depressão Infantil** que avalia o nível de depressão e a **Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI)**, que avalia a qualidade de vida também de crianças. Esses questionários, após respondidos, serão analisados. Você também terá a sua altura medida e será pesado(a) por uma técnica de enfermagem do ambulatório, pois iremos precisar dessas informações para analisar também.

VOCÊ NÃO É OBRIGADO A PARTICIPAR DESSA PESQUISA SE NÃO QUISER, MESMO QUE SEUS PAIS TENHAM AUTORIZADO. Ninguém saberá que você está participando desse estudo, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram do estudo.

De acordo com a resolução n.º 466/12, não existe pesquisa com seres humanos sem risco. Embora se trate apenas de uma investigação feita através de questionários e das medidas de altura e peso, poderá ocorrer, mesmo que raramente, algum constrangimento por parte do participante ao responder às perguntas. Para isso, caso ocorra desconforto durante sua participação neste estudo, a pesquisadora suspenderá a aplicação dos questionários de coleta de dados para lhe prestar ajuda, visando seu bem-estar. Ainda assim, o(a) participante poderá ser, posteriormente, encaminhado(a) para o Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia-UFAM, que fica na Av. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 6200, Bloco X, Coroado, Manaus/AM, e ficará aos cuidados da psicóloga Lídia, responsável pelo serviço, respeitando-se a possível ordem de fila de atendimento.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável no Laboratório de Avaliação Psicológica e a outra será fornecida para você. Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus – AM, pelo telefone (92) 3305-1181 (ramal 2004) ou pelo e-mail cep.ufam@gmail.com

Eu, _____ aceito participar da pesquisa “**Obesidade Infantil e correlação com Atitudes Alimentares, Imagem Corporal, Depressão e Qualidade de Vida**”. Entendi que nenhuma coisa ruim pode acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir pois ninguém vai ficar chateado. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento. Li e concordo em participar da pesquisa.

Manaus, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Pesquisador (a)

Assinatura da Criança

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO
(Segundo o Critério Brasil de Classificação Socioeconômica, 2015)

Nome da criança: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: () Fem () Masc

Cidade de Nascimento: _____ Estado: _____ País: _____

Anos de Escolaridade: _____ Telefones: _____

Diagnóstico(s): _____

Medicamentos em uso: _____

Tipo de Parto: () Normal () Cesário

A criança foi amamentada? () Sim () Não

O aleitamento materno foi exclusivo até qual idade? _____

A criança já fez uso de antibióticos? () Sim () Não

A alimentação da criança é composta por: () Frutas () Vegetais

A criança realiza atividade física? () Sim () Não

Casa do chefe financeiro (Marque um X na coluna correspondente)					
Itens Domésticos	Não Tem	1	2	3	4 ou +
Banheiros					
Empregados domésticos (mensalistas)					
Automóveis					
Computador					
Lava Louça					
Geladeira					
Freezer (contar a parte superior da geladeira)					
Lava roupa					
DVD/Blu-Ray					
Microondas					
Motocicleta					
Secadora de Roupa					

Escolaridade do Chefe Financeiro (Marque um X na coluna correspondente)	
Analfabeto / Fundamental 1 incompleto	
Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto	
Fundamental 2 completo / Ensino Médio incompleto	
Ensino Médio Completo / Superior Incompleto	
Superior Completo	

(Marcar um X no item correspondente)		
Serviços Públicos na Área da Residência	Possui	Não Possui
Água Encanada		
Rua Pavimentada		

Total de Pontos: _____

**Preenchimento pelo Pesquisador*

Cortes do Critério Brasil						
Classe	A	B1	B2	C1	C2	D - E
Pontos	45 - 100	38 - 44	29 - 37	23 - 28	17 - 22	0 - 16

Pesquisador

____/____/____

Data

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES – AUQEI (ASSUMPCÃO JR et al, 2000)

Nome: _____

Data: ____/____/____

Algumas vezes você está muito infeliz?

Diga por quê.

Algumas vezes você está infeliz?

Diga por quê.

Algumas vezes você está feliz?

Diga por quê.

Algumas vezes você está muito feliz?

Diga por quê.

Diga como você se sente:	Muito infeliz	Infeliz	Feliz	Muito feliz
1. à mesa, junto com sua família.	()	()	()	()
2. à noite, quando você se deita.	()	()	()	()
3. se você tem irmãos, quando brinca com eles.	()	()	()	()
4. à noite, ao dormir.	()	()	()	()
5. na sala de aula.	()	()	()	()
6. quando você vê uma fotografia sua.	()	()	()	()
7. em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar.	()	()	()	()
8. quando você vai a uma consulta médica.	()	()	()	()
9. quando você pratica um esporte.	()	()	()	()
10. quando você pensa em seu pai.	()	()	()	()
11. no dia do seu aniversário.	()	()	()	()
12. quando você faz as lições de casa.	()	()	()	()
13. quando você pensa em sua mãe.	()	()	()	()
14. quando você fica internado no hospital.	()	()	()	()
15. quando você brinca sozinho (a).	()	()	()	()
16. quando seu pai ou sua mãe falam de você.	()	()	()	()
17. quando você dorme fora de casa.	()	()	()	()
18. quando alguém te pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer.	()	()	()	()
19. quando os amigos falam de você.	()	()	()	()
20. quando você toma os remédios.	()	()	()	()
21. durante as férias.	()	()	()	()
22. quando você pensa em quando tiver crescido.	()	()	()	()
23. quando você está longe de sua família.	()	()	()	()
24. quando você recebe as notas da escola.	()	()	()	()
25. quando você está com os seus avós.	()	()	()	()
26. quando você assiste televisão.	()	()	()	()

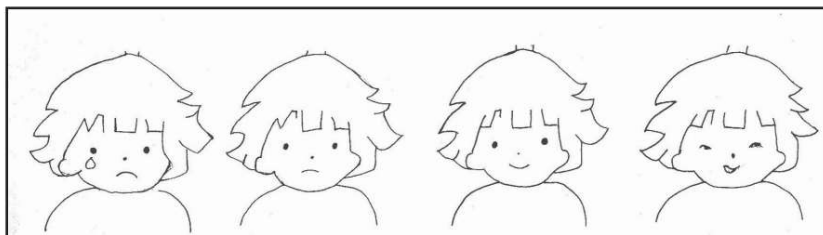


FIGURA 1- Faces do AUQEI
Fonte: ASSUMPCÃO JÚNIOR et al. (2000)2.

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL - CDI

Nome: _____ Data: ___/___/___

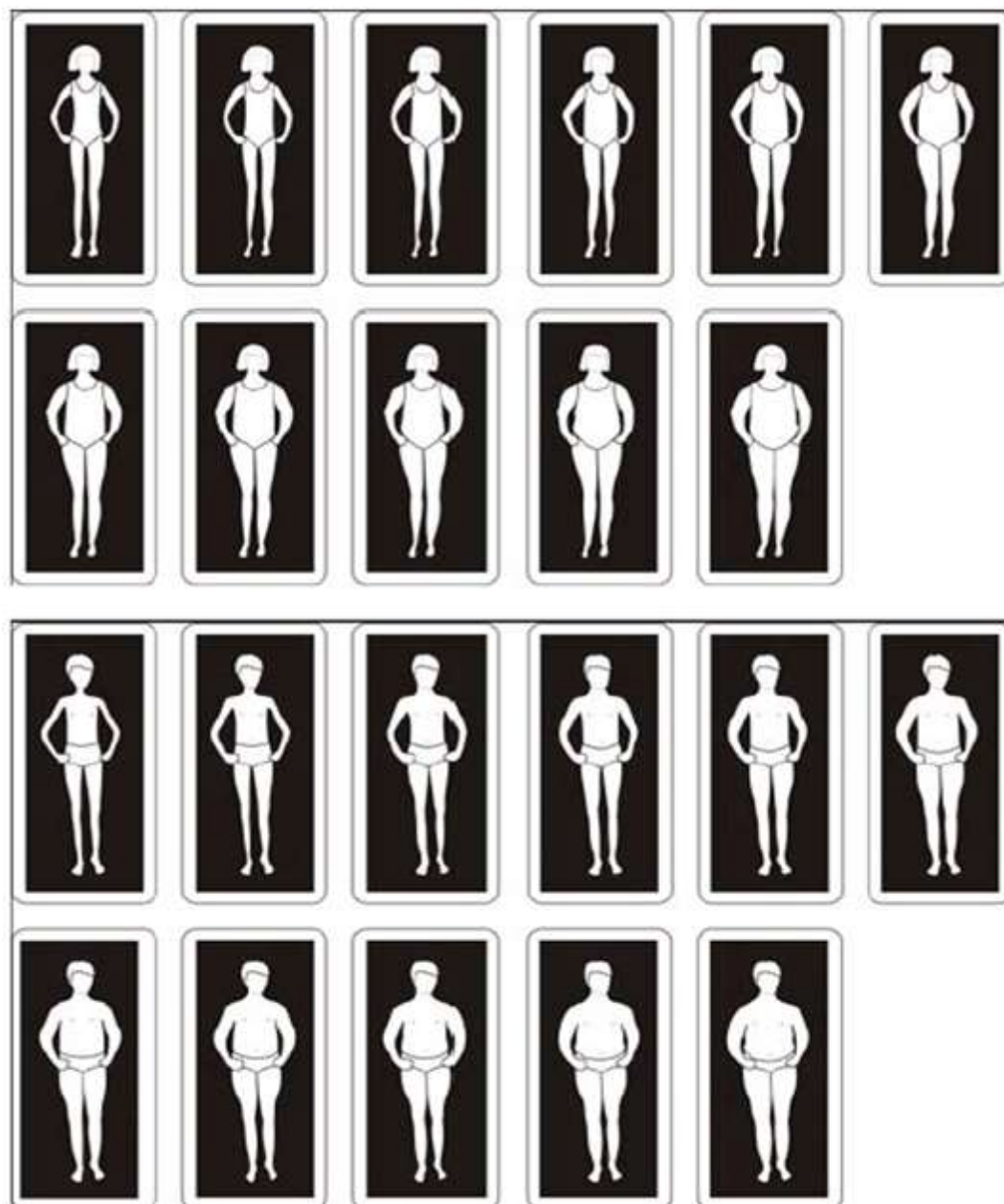
Corresponde à escala para a própria criança, elaborada por Kóvacs (1983), validada em nosso meio por Gouveia et al (1995), tendo como ponto de corte 17, e pontuação de 0 a 2 para cada item.

1. Eu fico triste de vez em quando
 Eu fico triste muitas vezes
 Eu estou sempre triste
2. Para mim tudo se resolverá bem
 Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim
 Nada vai dar certo para mim
3. Eu faço bem a maioria das coisas
 Eu faço errado a maioria das coisas
 Eu faço tudo errado
4. Eu me divirto com muitas coisas
 Eu me divirto com algumas coisas
 Nada é divertido para mim
5. Eu sou mau de vez em quando
 Eu sou mau com frequência
 Eu sou sempre mau
6. De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer
 Eu tenho medo que coisas ruins me aconteçam
 Eu tenho certeza de que coisas terríveis me acontecerão
7. Eu gosto de mim mesmo
 Eu não gosto de mim mesmo
 Eu me odeio
8. Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
 Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa
 Tudo de mau que acontece é por minha culpa
9. Eu não penso em me matar
 Eu penso em me matar, mas não o faria
 Eu quero me matar
10. Eu sinto vontade de chorar esporadicamente
 Eu sinto vontade de chorar frequentemente
 Eu sinto vontade de chorar diariamente
11. Eu me sinto entediado esporadicamente
 Eu me sinto entediado frequentemente
 Eu me sinto sempre entediado
12. Eu gosto de estar com as pessoas
 Frequentemente eu não gosto de estar com as pessoas
 Eu não gosto de estar com as pessoas
13. Eu tomo decisões facilmente
 É difícil para mim tomar decisões
 Eu não consigo tomar decisões

14. Eu tenho boa aparência
 Minha aparência tem alguns aspectos negativos
 Eu sou feio
15. Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim
 Com frequência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa
 Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
16. Eu durmo bem à noite
 Eu tenho dificuldades para dormir à noite frequentemente
 Eu sempre tenho dificuldades para dormir à noite
17. Eu me canso de vez em quando
 Eu me canso frequentemente
 Eu estou sempre cansado
18. Eu como bem
 Alguns dias eu não tenho vontade de comer
 Quase sempre eu não tenho vontade de comer
19. Eu não temo sentir dor
 Eu temo sentir dor com frequência
 Eu estou sempre temeroso de sentir dor
20. Eu não me sinto sozinho
 Eu me sinto sozinho com frequência
 Eu sempre me sinto sozinho
21. Eu me divirto na escola frequentemente
 Eu me divirto na escola de vez em quando
 Eu nunca me divirto na escola
22. Eu tenho muitos amigos
 Eu tenho muitos amigos, mas gostaria de ter mais
 Eu não tenho muitos amigos
23. Meus trabalhos na escola são bons
 Meus trabalhos na escola não são tão bons quanto eram antes
 Eu tenho me saído mal nas matérias em que eu costumava ser bom
24. Meu nível é tão bom quanto o das outras crianças
 Meu nível pode ser tão bom quanto o das outras crianças, se eu quiser
 Meu nível nunca é tão bom quanto o das outras crianças
25. Eu tenho certeza que sou amado por alguém
 Eu não tenho certeza se sou amado por alguém
 Ninguém gosta de mim realmente
26. Eu sempre faço o que me mandam
 Eu faço o que me mandam com frequência
 Eu nunca faço o que me mandam
27. Eu não me comunico bem com as pessoas
 Eu me envolvo em brigas com frequência
 Eu estou sempre me envolvendo em brigas.

ANEXO 3 - ESCALA DE SILHUETAS PARA CRIANÇAS

(Kakeshita et al, 2009)



Escala de Silhuetas para crianças.

ANEXO 4 - ESCALA SILHUETAS - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

Nome: _____ Data: ___/___/___

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC (Kg/m²): _____

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m}^2\text{)}$$

TESTE DE IMAGEM CORPORAL			
Escolha:	1) Atual:		
	2) A que gostaria de ter (Meta):		
	3) Ideal:	Feminino:	
		Masculino:	

ANEXO 5 - CHILDREN'S EATING ATTITUDES TEST - ChEAT

(Pinheiro e Jiménez, 2017)

Nome: _____

Data: ___/___/_____

Responda às seguintes perguntas de acordo com o que você faz, sente ou pensa.

Pergunta	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Poucas Vezes	Quase Nunca	Nunca
1. Eu tenho medo de ficar acima do peso.						
2. Eu tento não comer quando tenho fome.						
3. Eu passo muito tempo pensando em comida.						
4. Eu já comi tanto que pensei que não ia mais conseguir parar.						
5. Eu corto minha comida em pequenos pedaços.						
6. Eu presto atenção na quantidade de calorias (energia) que há nos alimentos que como.						
7. Eu tento não comer alguns alimentos como pães, batatas e arroz.						
8. Eu sinto que as outras pessoas gostariam que eu comesse mais.						
9. Eu vomito depois de comer.						
10. Eu me sinto culpado(a) depois de comer.						
11. Eu penso muito em querer ser mais magro(a).						
12. Quando pratico exercícios, eu penso em queimar calorias (energia).						
13. Outras pessoas acham que eu sou muito magro (a).						
14. Preocupa-me ter gordura no meu corpo.						
15. Eu demoro mais tempo que as outras pessoas para terminar de comer minhas refeições.						
16. Eu tento não comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Eu como alimentos dietéticos ou <i>light</i> .						
18. Eu acho que a comida controla minha vida.						
19. Eu demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20. Eu sinto que as outras pessoas me pressionam para comer.						
21. Eu penso muito em comer.						
22. Eu me sinto mal depois de comer doces.						
23. Eu já fiz regimes para emagrecer.						
24. Eu gosto de sentir meu estômago vazio.						
25. Eu gosto de experimentar novas comidas ricas em calorias (energia).						
26. Eu sinto vontade de vomitar depois de comer.						

ANEXO 6 - CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE



CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO PARTICIPANTE


Eu, Aly Nasser Abrahim Ballut, Diretor Geral do Hospital Infantil Dr. Fajardo – HIDF, localizado na Avenida Joaquim Nabuco, Nº 1886, Centro, Manaus – AM, CEP 69.020-031, autorizo, para os devidos fins a realização da pesquisa intitulada **Obesidade Infantil e correlação com Atitudes Alimentares, Imagem Corporal, Depressão e Qualidade de Vida**, a ser desenvolvida pela mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Alcielle Libório Caranha, sob a orientação do Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho, conforme critérios estabelecidos para o desenvolvimento de pesquisas através da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Declaro estar ciente de que todos os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, sendo os dados analisados de modo grupal, resguardando-se o anonimato sobre a identidade dos participantes. A mestrandia se prontificou a oferecer uma palestra com os resultados deste estudo aos participantes, pais e equipe de saúde da instituição, em data e horário a combinar com essa direção, a fim de sensibilizar a comunidade quanto à importância do estudo do fenômeno da obesidade infantil.

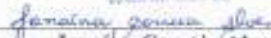
Assinam conjuntamente a presente carta, dando ciência e estando de acordo com a referida pesquisa a médica especialista em endocrinologia pediátrica do HIDF, Dra. Tirciana Carvalho Passos e a Enf. Janaína Correia Alves, Coordenadora Responsável pelo ambulatório do HIDF.

Manaus, 05 de novembro de 2019.

Dra. Tirciana Carvalho Passos
Especialista em Endocrinologia Pediátrica
CRM 4832
CNS 980019001500091


Tirciana Carvalho Passos
Médica Endócrino Pediatra - HIDF

ENFERMEIRA
Janaína Correia Alves
COORDENADORA


Janaína Correia Alves
Coordenadora de Ambulatório - HIDF


Aly Nasser Abrahim Ballut
Diretor Geral do Hospital Infantil Dr. Fajardo
HIDF

Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Infantil Dr. Fajardo
Aly Nasser Ballut
Diretor Geral



ANEXO 7 - CARTA DE ANUÊNCIA DO CENTRO DE SERVIÇOS DE PSICOLOGIA APLICADA - CSPA



Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Faculdade de Psicologia
Centro de Serviços de Psicologia Aplicada



TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com o atendimento psicológico, caso necessário, dos participantes da pesquisa intitulada **"OBESIDADE INFANTIL E CORRELAÇÕES COM ATITUDES ALIMENTARES, IMAGEM CORPORAL, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA"**, sob a orientação do Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho, a ser desenvolvido pela acadêmica **ALCIELLE LIBÓRIO CARANHA**, em projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI, da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, o qual terá o apoio deste Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA).

Manaus, 08 de julho de 2019.

Alessandra Pereira
Psicóloga
CRP/PA: 2065

Prof. Me. Alessandra Pereira
Psicóloga Responsável

CENTRO DE SERVIÇOS DE PSICOLOGIA APLICADA - CSPA
Endereço eletrônico: capaco@ufam.edu.br Telefone: 3305-1181 Ramal 2581

ANEXO 8 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OBESIDADE INFANTIL E CORRELAÇÃO COM ATITUDES ALIMENTARES, IMAGEM CORPORAL, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA.

Pesquisador: ALCIELLE LIBÓRIO CARANHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23128619.7.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.722.780

Apresentação do Projeto:

Adequado.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado.

Recomendações:

Adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram sanadas. O projeto está em conformidade com as exigências da resolução 466/12 e, portanto, aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Teresina, 495
Bairro: Adramitópolis
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (02)3305-1181 **CEP:** 69.057-070
E-mail: cep.ufam@gmail.com