

## **A Obesidade Infantil no concelho de Viana do Castelo: Visão sobre a prevalência e o autoconceito**

*Filipa Viana<sup>1</sup> & J.L. Pais-Ribeiro<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Gabinete de Atendimento à Família de Viana do Castelo

<sup>2</sup>Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), a obesidade é considerada uma epidemia global do século XXI, sendo a segunda causa de morte, após o tabagismo. Portugal não foge à regra, verifica-se um aumento preocupante da obesidade em todos os grupos etários, abrangendo na sua teia todos os níveis socioeconómicos e educacionais, com início na infância.

A obesidade é um problema multifatorial e heterogéneo e é definida como uma acumulação excessiva de tecido adiposo, que resulta no aumento do peso corporal. A pessoa denominada obesa excede o peso em 20% do que seria adequado para a sua idade, sexo, estatura e constituição física (Fernández & Ros, 2003). A terminologia *excesso de peso* aplica-se quando o valor de massa corporal se encontra entre a massa tida como normal e a obesa (o peso do corpo é superior a 10 ou 15% do peso ideal), podendo resultar do excesso de gordura corporal ou de valores elevados de massa magra (Viana, 2002).

Considerada como um novo síndrome mundial, apresenta uma elevada prevalência nos países desenvolvidos (segundo Luiz, Gorayeb, Liberatore & Domingos, nos EUA, em 2005, a obesidade afetava um terço da população geral e 20% das crianças). Emerge também significativamente nos países em vias de desenvolvimento, atingindo ambos os sexos, raças e faixas etárias (Tojo, 2001, citado por Fernández & Ros, 2003).

À escala mundial, mais de 22 milhões de crianças, com menos de cinco anos apresentam excesso de peso. Relativamente às crianças em idade escolar (6 -17 anos), 150 milhões têm excesso de peso, e 45 milhões são obesas. Assim, a obesidade é mais comum durante o primeiro ano de vida, entre os cinco e os seis anos de idade e na adolescência. Na Europa a visão é semelhante, a International Obesity Task Force (2005) estima que uma em cada cinco crianças apresenta excesso de peso. E, anualmente, 400 mil crianças juntam-se aos já 14 milhões com sobrepeso, das quais três milhões são obesas.

Quanto à prevalência da obesidade na população infantil portuguesa, uma investigação realizada por Padez, Fernandes, Mourão, Moreira e Rosado (2004) revelou que 20,3% de crianças apresentavam sobrepeso e 11,3% obesas, num total de 31,6% de crianças com peso excessivo. Assim, procurou-se comparar e analisar a existência de progressão do Índice de Massa Corporal (IMC) desde 1970, das crianças entre os sete e os nove anos de idade. A amostra abrangeu 4511 crianças, escolhidas de forma aleatória que frequentavam o ensino público. Os resultados indicaram que as raparigas apresentam uma percentagem mais elevada que os rapazes, exceto na faixa etária dos nove anos. Além disso, desde 1970-1992, e de 1992-2002, o IMC aumentou a diferentes velocidades, sendo que no último período a progressão foi muito mais rápida, devido ao desenvolvimento económico-social que o país experienciou.

Várias mudanças surgiram, entre as quais se salienta o tipo de alimentação. De acordo com Ribeiro (2005), a alimentação, para um grande número de pessoas, deixou de constituir uma atividade indispensável na rotina diária, para se tornar um comportamento de escolha que ocorre sobre influência do *marketing* e da moda. A história pessoal, familiar e sociocultural permite compreender o porquê da adoção de determinados hábitos alimentares. O paladar, o aspeto, a acessibilidade e a facilidade em preparar as refeições são elementos, que mais do que o conhecimento das vantagens para a saúde, condicionam as escolhas alimentares que a pessoa toma (Glanz et al., 1998, citado por Viana, 2000).

Segundo Varo et al. (2003, citado por Padez et al., 2004), Portugal apresenta a maior percentagem na União Europeia de adultos com estilo de vida sedentário (87,8%). Esta constatação pode suscitar a formulação da hipótese que as crianças podem adotar o estilo de vida parental, contribuindo para o aumento de crianças com excesso de peso/obesidade.

Comparativamente com os países da Europa, em que se realizou o mesmo tipo de estudo, Portugal segue a média dos países mediterrâneos (os valores mais elevados de excesso de peso/obesidade encontram-se em Itália; já a Espanha (30%) e a Grécia (31%) seguem a tendência portuguesa (Padez et al., 2004). Igualmente, as ilhas mediterrânicas de Malta, Sicília, Gibraltar e Creta ostentam índices de obesidade/excesso de peso na ordem dos 30%, entre crianças dos sete aos 11 anos. A Inglaterra, Irlanda, Chipre e Suécia apresentam valores inferiores a 30%, enquanto a França, Suíça, Polónia, República Checa, Hungria, Alemanha, Dinamarca e Holanda exibem valores de prevalência de 10 a 20 % para a mesma faixa etária (IOTF, 2005).

No que diz respeito a estudos regionais realizados neste âmbito são de salientar os seguintes: Na cidade de Coimbra, uma investigação com crianças dos três aos seis anos de idade revelou que 31,9% apresentam excesso de peso e 10,5% são obesas (Rito, 2001); em 2004, no Concelho de Faro, constatou-se que 39% das crianças entre os seis e os

10 anos apresentam excesso de peso e obesidade, tendo o sexo feminino exibido uma maior percentagem de obesidade (14% vs 12,3%) (Diniz, 2004); no mesmo ano e em Sintra, o cenário foi similar, o estudo efetuado pela dietista Ferreira (2004) apontou para uma percentagem de 23% de crianças com excesso de peso e 12,6% de crianças obesas, todas pertencentes à faixa etária dos seis aos 10 anos de idade, sendo o excesso de peso mais prevalente nos rapazes e a obesidade mais elevada nas raparigas, igualmente, concluiu que a obesidade parental é um fator de risco para a obesidade infantil, uma vez que a prevalência de excesso de peso e obesidade é significativamente superior nas crianças cujos pais apresentam um IMC mais elevado.

Na sequência no acima referido, no Concelho da Ribeira Grande avaliou-se a prevalência da obesidade infantil em crianças que frequentavam o 1º ciclo do ensino básico, utilizando a classificação da IOTF, tendo os resultados demonstrado que 28,9% de crianças apresentam excesso ponderal, das quais 18,6% tem excesso de peso e 10,3% tem obesidade. Além disso, a prevalência de excesso de peso foi superior no sexo feminino e a de obesidade ligeiramente mais elevada no sexo masculino. As regiões Autónomas da Madeira e dos Açores também foram alvo de estudo, utilizando a mesma classificação (Cole et al., 2000), tendo-se verificado que as crianças, com idades compreendidas entre os seis e os 10 anos, apresentavam para o excesso de peso uma percentagem de 16,9% (Madeira) e 15% nos Açores, e para a obesidade 12% e 9,3%, respetivamente.

## A Obesidade e o Autoconceito

O autoconceito pode ser definido como “*um conjunto de pensamentos e sentimentos que se referem ao self enquanto objeto*” (Rosenberg, 1979, citado por Neto, 1998, p. 143). A definição que se faz acerca de si próprio tem em consideração as diferenças em relação a outras pessoas, o que ilustra a influência dos fatores sociais. Muitas vezes, as crianças obesas são designadas, de forma estereotipada, como lentas, preguiçosas e caprichosas, sendo alvo de adjetivos inadequados e pejorativos como *gordinho*, *baleia*, *bolinha*. Existindo muitos casos em que tais atribuições são iniciadas pela própria família. Assim, é possível que elas se comportem de forma consistente com as expectativas externas, uma vez que os pais são os principais agentes de socialização na infância e as atitudes que transmitem têm um efeito muito significativo e perene sobre as crianças (Neto, 1998). Este tipo de afirmações constitui uma verdadeira armadilha para o desenvolvimento do autoconceito da população infantil, já que seria de esperar que a criança se sentisse respeitada e valorizada no seio da sua família. A criança ao incorporar nas descrições de si próprio a opinião dos outros, desvaloriza as suas capacidades, não acredita em si própria, desistindo e evitando situações que a desafiem (Faria, 2005). Desta forma, o impacto psicológico que a obesidade assume na faixa etária escolar (6-12 anos) pode ser determinante na gênese de perturbações que podem afetar estes sujeitos durante toda a vida (Dietz, 1995, citado por Viana, 2000).

No âmbito do estudo da obesidade, torna-se crucial perceber como o indivíduo obeso se autoavalia, nomeadamente o seu autoconceito em relação à aparência física e outros atributos pessoais, com a finalidade de verificar a sua adesão a um tratamento. Os investigadores Dechen, Cano e Ribeiro (2000, citado por Carvalho et al., 2005) identificaram verbalizações de descontentamento com o excesso de peso e perceções de carácter negativo face a si mesmas, em crianças que foram à primeira consulta de obesidade, e que se queixavam de ser alvo de troça dos seus pares.

No estudo que Carvalho et al. (2005) realizaram sobre o que pensam as crianças obesas sobre os seus corpos, dirigido a crianças obesas e não obesas com idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos, concluíram que, embora não tenham encontrado diferenças significativas, as obesas estão mais insatisfeitas com o seu corpo e aparência. No entanto, este autoconceito que elas apresentam não é totalmente negativo, uma vez que tendem a corroborar com afirmações positivas sobre determinadas características, como ter olhos bonitos, ter um rosto agradável e ser bonito. Deste modo, os teóricos concordam que é bastante importante dar ênfase à avaliação desses outros aspetos que podem constituir o contraponto com as insatisfações, auxiliando a criança a estruturar-se e a minorar as suas preocupações com a obesidade. Contudo, é importante ter em consideração que as crianças não obesas, embora menos preocupadas, também manifestam insatisfação com a aparência física.

A literatura sobre o desenvolvimento refere que na pré-adolescência e na adolescência há uma tendência para as atribuições negativas de si mesmo (Harter, 1990, citado por Carvalho et al., 2005). Este facto é suportado por diversas investigações que revelam que a sociedade contemporânea exerce uma forte pressão na procura de um *corpo perfeito*, sendo os indivíduos lembrados constantemente deste facto através dos *media*. O domínio físico exerce um papel importante, desde a infância, no ajustamento psicossocial do indivíduo, de forma precoce e gradual, a criança recebe *feedback* direto e indireto acerca da sua condição física, da sua atratividade, do seu peso e estatura e da forma como se veste (Veloso, 2006). Assim se conjectura, que o facto da sociedade reagir negativamente em relação aos indivíduos que não atingem o *ideal do corpo*, reflete-se nas reações e atitudes dos sujeitos obesos, que tendem a fazer autoatribuições depreciativas em relação a si próprios e a apresentar um autoconceito comprometido (Barlow, 1993/1999, citado por Simões & Meneses, 2007).

Num estudo conduzido pelas investigadoras Simões e Meneses (2007) verificou-se que o grupo não obeso exibia valores médios significativamente mais elevados no aspeto da *Competência atlética* e da *Aparência física*. Já os sujeitos obesos, que se encontravam a frequentar a consulta de obesidade no hospital, apresentavam valores mais significativos na *Atitude Comportamental* e na *Competência Escolar*. Estes resultados subentendem que este grupo de crianças obesas poderá sentir-se mais desvalorizado em relação à aparência física, mas *esforça-se* mais noutros domínios, melhorando a percepção de competência.

A presente investigação compreendeu dois estudos independentes, sequenciais e interligados. O primeiro estudo comporta como objetivo geral: Verificar a prevalência da Obesidade Infantil no Concelho de Viana do Castelo,

determinando o IMC de crianças que frequentam o primeiro ciclo do Ensino Básico. O segundo estudo tem como objetivo compreender a relação entre a variável psicológica – autoconceito - e a obesidade infantil.

## Método

### Primeiro estudo

Foram abrangidas neste estudo nove escolas públicas do primeiro ciclo do ensino básico, localizadas no Concelho de Viana do Castelo, sendo a amostra selecionada aleatoriamente e constituída por 530 alunos - 264 do sexo masculino e 266 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os seis e os 11 anos de idade, inscritos nos quatro anos do primeiro ciclo, do ano letivo de 2007/2008. A média das idades é de 7,9 anos e o desvio padrão de 1,2 e a média dos anos de escolaridade é de 2,5 e o desvio padrão de 1,07.

Recorreu-se à avaliação antropométrica, para se determinar o IMC usando-se as seguintes medidas: o peso e a estatura. Após o cálculo,  $IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$ , a determinação do grau de obesidade foi baseada nos pontos de corte do IMC estabelecidos pela classificação da IOTF (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

O processo de recolha de dados ocorreu no período entre março e junho de 2008. Os agrupamentos de escolas e os encarregados de educação autorizaram a participação das crianças através de um formulário de consentimento informado, no qual também estava explícito que a participação era anónima e facultativa. A escolha das nove escolas do primeiro ciclo do ensino básico que integraram o estudo obedeceu a critérios de localização geográfica, de representação equitativa de idades e género e, ambiente socioeconómico (todas escolas públicas). A seleção da amostra foi totalmente aleatória, os dados foram recolhidos em quatro turmas por escola.

### Segundo estudo

A amostra é constituída por 60 crianças residentes do Concelho de Viana do Castelo, pertencentes à faixa etária dos seis aos 12 anos ( $M = 8,90$ ,  $DP = 1,68$ ), sendo 48,3% ( $n=29$ ) do sexo masculino e 51,7% ( $n=31$ ) do sexo feminino. Constituíram-se dois grupos distintos: O grupo das crianças obesas (grupo de estudo) composto por 30 crianças, 16 do sexo feminino e 14 do sexo masculino, que apresenta excesso de peso e obesidade, e frequenta pela primeira vez a consulta externa de nutrição da unidade de pediatria do Centro Hospitalar de Viana do Castelo; e, o grupo não obeso (grupo comparativo) constituído por 30 crianças, 15 raparigas e 15 rapazes, que evidencia um peso normal e frequenta a consulta externa de pediatria do mesmo Centro Hospitalar, como rotina. Foram considerados como critérios de exclusão do grupo de crianças não obesas – a existência de doença física. Do grupo de crianças obesas – a existência de outra doença e o acompanhamento em consultas de nutrição e psicologia do Centro Hospitalar, por forma a evitar o viés dos resultados.

O instrumento utilizado neste estudo foi a escala de Autoconceito: Piers-Harris Children's Self Concept Scale (PHCSCS-2), recentemente revista e publicada em versão reduzida (Piers & Hertzberg, 2002, citado por Veiga, 2006). Esta nova versão é adaptada para a população portuguesa (Veiga, 2006), está reduzida a 60 itens, para os quais a criança deve assinalar sim ou não. Este instrumento abrange seis fatores: Aspeto comportamental (AC), ansiedade (AN), estatuto intelectual e escolar (EI), popularidade (PO), aparência e atributos físicos (AF) e satisfação e felicidade (SF).

Os dados foram recolhidos no âmbito da consulta externa de pediatria entre agosto e outubro de 2008. Para a realização deste estudo foi previamente solicitada a autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Alto Minho. Tendo sido respeitada a declaração de Helsínquia na recolha e tratamento dos dados e cumprido o consentimento informado, existindo sempre o cuidado de explicitar a cada encarregado de educação o objetivo e natureza desta investigação, assegurando a confidencialidade do mesmo.

## Resultados

Na amostra participante do primeiro estudo verifica-se um total de 42,7% de crianças com excesso ponderal, das quais 23,4% tem excesso de peso e 19,3% tem obesidade. A restante amostra demonstra uma percentagem de 41,5% com peso normal e 15,8% com peso abaixo do considerado normal. Observando as prevalências de excesso de peso e obesidade por sexo, encontra-se um total de 46,8% no sexo feminino bastante superior à do sexo masculino (39,4%), sendo a prevalência de excesso de peso superior nas raparigas (25,2% vs 21,6%) e na obesidade também (sexo feminino 20,7% e sexo masculino 17,8%).

No que concerne ao fator idade observa-se que aos oito anos de idade existe uma prevalência de excesso de peso superior ( $n=36$ ) e aos sete anos uma prevalência mais elevada de obesidade ( $n=34$ ). Quanto à distribuição por anos de escolaridade, verifica-se que a incidência de crianças com excesso de peso e obesidade é superior no segundo ano de escolaridade ( $n=36$  e  $n=32$ , respetivamente).

Comparativamente com as investigações já realizadas neste âmbito observa-se que o presente estudo demonstra uma prevalência muito elevada (42,6%) de excesso de peso (23,4%) e obesidade (19,2%), relativamente a todos os estudos regionais citados e, inclusivamente, sobre o estudo nacional (31,6%) de Padez et al. (2004).

**Quadro 1:**

*Comparação dos diferentes estudos realizados sobre a Prevalência do Excesso de peso e Obesidade realizados em Portugal*

Local, ano	Faixa etária	Classificação	Excesso de peso (%)	Obesidade (%)	Excesso de peso + Obesidade
Viana do Castelo, 2008	6 – 11 anos	Cole et al. (2000)	23,4%	19,2%	42,6%
Ribeira Grande, 2006	6 – 13,5 anos	Cole et al. (2000)	18,6%	10,3%	28,9%
Sintra, 2004	6 – 10 anos	Cole et al. (2000)	23%	12,6%	35,6%
Região Autónoma dos Açores, 2002	6 – 10 anos	Cole et al. (2000)	15%	12%	27%
Região Autónoma da Madeira, 2002	6 – 9 anos	Cole et al. (2000)	16,9%	9,3%	26,2%
Portugal, 2004	7 – 9 anos	Cole et al. (2000)	20,3%	11,3%	31,6%

No que diz respeito ao segundo estudo, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, as crianças obesas apresentam um autoconceito inferior relativamente às não obesas.

**Quadro 2**

*Comparação do Autoconceito global de crianças obesas e não obesas*

	Crianças obesas n=30		Crianças não obesas n=30		t	p
	M	SD	M	SD		
Autoconceito Global	40,23	11,47	45,60	7,75	2,12	0,03

$p < 0,05$ .

Relativamente aos domínios específicos da escala de autoconceito utilizada, observa-se que existem diferenças significativas entre os dois grupos quanto à *popularidade*, *estatuto intelectual e escolar* e *satisfação e felicidade*, em que as crianças obesas demonstram valores médios significativamente mais baixos. Quanto aos fatores *aspeto comportamental*, *aparência e atributos físicos* e, *ansiedade* não se evidenciam diferenças entre os grupos. Constata-se que o grupo das crianças obesas apresenta em todos os fatores analisados valores inferiores comparativamente com o grupo das não obesas.

**Quadro 3**

*Diferenças de Médias dos fatores que constituem o Autoconceito relativamente ao grupo de estudo e grupo comparativo*

Sub-escala	Crianças obesas n=30		Crianças não obesas n=30		t	p
	M	SD	M	SD		
Aspeto Comportamental	10,37	3,04	10,67	2,92	0,38	ns
Aparência e Atributos físicos	3,90	2,05	4,73	1,55	1,77	ns
Popularidade	6,30	2,40	7,80	1,64	2,81	<0,001
Estatuto intelectual e escolar	8,43	3,46	10,13	2,56	2,16	0,03
Ansiedade	4,67	2,26	4,97	1,47	0,60	ns
Satisfação e Felicidade	6,57	1,30	7,30	0,98	2,45	0,01

ns = não significativo =  $p > 0,05$ .

Analisando os valores das médias dos fatores dentro de cada grupo verifica-se que as crianças obesas manifestam valores mais altos no *aspecto comportamental* e no *estatuto intelectual e escolar* e uma incidência mais baixa na *aparência e atributos físicos*. O grupo não obeso demonstra exatamente o mesmo cenário de resultados.

## Discussão

Começando pela análise da prevalência da obesidade encontrada no Concelho de Viana do Castelo, verifica-se que esta é extremamente elevada, ocupando o topo da tabela como a região que possui maior taxa de crianças com excesso de peso e obesidade. Estes resultados vão intrinsecamente de encontro à análise efetuada pela equipa investigadora de Carmo et al. (2007), uma vez que a população adulta portuguesa demonstra uma prevalência de 53,6% de excesso de peso e obesidade. De acordo com Fernández e Ros (2003), o contexto familiar assume uma extrema importância no desenvolvimento da obesidade, já que os pais exercem uma direta influência nas crianças, modelando as suas atitudes e comportamentos, de acordo com o estilo de vida adotado. Esta associação ainda se pode verificar mais, se um dos progenitores for obeso. Os filhos de pais obesos correm um risco duas a três vezes superior de serem obesos quando adultos. Não só a hereditariedade pode influir como fator etiológico, mas também, a aprendizagem por observação. As crianças têm o hábito de observar um determinado comportamento e imitá-lo, adotando-o muitas vezes, especialmente, se essa ação for aprendida no seu contexto familiar. Por exemplo, na situação de um pai obeso que frequentemente come por resposta a estímulos emocionais ou ambientais, não estando diretamente associados à sensação de fome, desta forma, a criança pode aprender este tipo de comportamento por observação (Fernández & Ros, 2003).

Segundo Varo et al. (2003, citado por Padez et al., 2004), Portugal é um dos países da Europa com maior percentagem de adultos com estilo de vida sedentário. Em contexto urbano, constata-se uma redução abrupta da atividade física, conjugando o avanço da tecnologia com a diminuição do dispêndio de energia com as tarefas do quotidiano.

Segundo Padez (2002) uma fonte potencial de atividade física é a viagem diária para e do local de trabalho ou escola. Atualmente, o que mais se verifica nas cidades é o uso do transporte próprio, não só pela distância entre instituições, como pela falta de tempo e preocupação com a segurança das crianças, enquanto no passado iam para a escola a pé e brincavam mais com os seus pares na rua, substituindo a adoção de atividades sedentárias hoje mais frequentes, a saber o uso do computador, o ver televisão, os jogos eletrónicos. O tempo despendido nesse tipo de atividades é suficiente para diminuir o consumo calórico e, conseqüentemente, a gênese da obesidade.

Neste âmbito, verifica-se uma concordância dos resultados obtidos relativamente à variável sexo. Tal como alguns investigadores (Stunkard & Sorensen, 1994; Gerald et al., 1994, citado por Viana, 2000) referiram, o sexo feminino frequentemente apresenta uma maior prevalência de excesso de peso e obesidade. O que pode suportar estes resultados é o facto de as raparigas possuírem mais hábitos sedentários que o sexo masculino, não se envolvendo muito na prática de exercício físico especialmente com os seus pares, devido ao sentimento de inferioridade que podem nutrir relativamente à sua habilidade e aparência físicas, não se querendo expor.

Os hábitos alimentares também podem sustentar esta alta incidência. O que se justifica pelo tipo de gastronomia que caracteriza esta região e pela acessibilidade a alimentos densamente calóricos e em quantidades substanciais. O Concelho de Viana do Castelo pertence a uma região em que persiste uma gastronomia típica e rica em gorduras saturadas (carnes, enchidos) e hidratos de carbono (doces típicos regionais). Efetivamente, esta área geográfica dispõe não só de condições ambientais, físicas e culturais que promovem a produção deste tipo de gastronomia, como também, de uma grande oferta comercial e hoteleira que incita ao consumo. Conseqüentemente, o comportamento alimentar adotado pelas famílias é influenciado pela *pressão* social e cultural a que estão sujeitas, bem como, pelo facilitismo da sociedade no consumo excessivo de energia, convidativo à alimentação fora de casa.

Assim, observando-se este nível de prevalência tão preocupante seria urgente olhar atentamente ao estilo de vida das crianças vianenses que precisa de sofrer alterações, tanto no recurso a uma alimentação mais saudável (mais rica em legumes, fruta, gorduras vegetais) como à atividade física, que contribui para o bem-estar físico e psicológico, facilitando o lidar com as adversidades da dinâmica de um contexto urbano.

No que concerne à relação entre o autoconceito global e a obesidade, verifica-se que o grupo das crianças obesas, que iam iniciar pela primeira vez um tratamento específico ao nível da nutrição, apresenta um autoconceito comprometido relativamente às não obesas, o que demonstra que se sentem insatisfeitas com elas próprias, exibindo percepções de carácter negativo.

Analisando os fatores que compõem a variável psicológica – autoconceito, observa-se que a *popularidade* é um domínio que as crianças obesas manifestam em baixo nível. De facto, a evidência empírica tem revelado que a obesidade abrange uma panóplia de implicações a nível social, originárias de problemas de isolamento e relacionamento com os seus pares, que, igualmente, se refletem na formação do conceito de si próprio. Este grupo demonstra que pode ser alvo de uma discriminação social entre os seus pares, sociedade e até mesmo família. Tal como os investigadores Dechen, Cano e Ribeiro (2000, citado por Carvalho et al., 2005) observaram, as crianças que foram à primeira consulta de obesidade e que demonstravam uma percepção negativa de si mesmas, lamentavam-se de ser alvo de troça por parte dos colegas. O resultado encontrado neste fator pode ser apoiado, também, pelo facto das crianças obesas ao sofrerem este tipo de atribuições, poderem sentir-se desajustadas e não se envolverem muito nas atividades sociais com os seus pares.

Este fator reflete uma ligação com o domínio *satisfação e felicidade*, em que o grupo de estudo (obesos) evidenciou, também, valores significativamente inferiores. Pressupõe-se que este resultado traduz a presença de sentimentos de inferioridade (baixa autoestima), solidão e desvalorização das suas capacidades (baixa autoeficácia), não só como consequência do pouco envolvimento e participação em atividades sociais, como também, pela forte pressão

que a sociedade exerce pela procura do *corpo perfeito*. Tal como Veloso (2006) salienta, os indivíduos são lembrados constantemente através dos meios de comunicação da necessidade de uma imagem corporal perfeita. Desde cedo, a criança recebe *feedback* sobre a sua condição física, o que resulta na produção gradual de críticas em relação a si mesmos. A criança desde logo interioriza que o excesso de peso tem uma conotação negativa, considerando-se uma fonte de vergonha, o que resulta em sentimentos de insatisfação e infelicidade (tal como o grupo de estudo demonstra).

Quanto à significativa desvalorização que as crianças obesas evidenciam relativamente ao *estatuto intelectual e escolar*, sugere-se que este grupo tende a avaliar o seu aproveitamento com base na dificuldade que tem de se comparar positivamente às outras crianças (não obesas). A dificuldade de se perceberem positivamente pode resultar num estado de apatia, contribuindo para uma expressão de desinteresse e isolamento, embora, na grande maioria, as suas capacidades intelectuais sejam tão boas ou até superiores em relação às outras.

No que diz respeito aos restantes fatores, *ansiedade, aspeto comportamental e aparência e atributos físicos*, as diferenças encontradas não são expressivas, o que significa que existem autoperceções específicas por parte das crianças obesas que não são totalmente negativas. Relativamente à *ansiedade*, o resultado vai de encontro ao que a literatura refere, as crianças obesas não manifestam um nível de ansiedade superior ao das não obesas (Carvalho et al., 2001). De qualquer forma, é importante referenciar a necessidade de realização de estudos nesta área, uma vez que o comportamento alimentar pode resultar como mecanismo de adaptação perante a presença de ansiedade.

No *aspeto comportamental* não se observaram diferenças, no entanto, foi o fator que apresentou o valor mais elevado dentro do grupo dos obesos, subentendendo-se que este possa ser um domínio construtor de um autoconceito positivo.

Outro domínio que não demonstrou uma clara evidência foi a *aparência e atributos físicos*, em que tanto os obesos como os não obesos demonstraram pouca valorização. Resultado que mostra a insatisfação com a imagem corporal nos dois grupos, o que se admite como consequência da sociedade que cultiva um ideal de magreza. A literatura sobre o desenvolvimento aponta que na pré-adolescência existe uma tendência para autoavaliações negativas, tornando-se mais críticos em relação a si mesmos, e em especial em relação à sua imagem corporal (Harter, 1990, citado por Carvalho et al., 2005). Um dos domínios que mais contribui para a formação do autoconceito é o domínio físico, mais especificamente, a aparência física. Desde muito cedo, se assiste à influência que este fator exerce no ajustamento psicossocial do indivíduo, e neste sentido, se justificam os resultados encontrados. Assim, supõe-se que o grupo de estudo valoriza muito pouco a sua imagem corporal, não só pela cultura em que está inserida, pelas discriminações sociais que sofre, como também, pelas comparações que estabelece entre a sua aparência física e a dos seus pares. Relativamente ao grupo dos não obesos, embora um pouco menos preocupado que o obeso, admite-se que estas crianças sejam demasiado influenciadas pela pressão sociocultural sobre a valorização da aparência física. Estes resultados corroboram o estudo efetuado por Carvalho et al. (2005), e de acordo com os autores, é importante considerar a avaliação de outros aspetos que podem constituir o contraponto com as insatisfações apresentadas, ajudando a criança a estruturar positivamente o seu autoconceito, bem como, é necessário estar atento à pressão que a sociedade exerce sobre o ideal de beleza.

## Conclusão

É uma constatação mundial que a obesidade infantil é um dos problemas mais preocupantes e de difícil solução na nossa sociedade. Perante o cenário tão alarmante que se encontrou neste Concelho, as estratégias de intervenção sobre esta problemática devem incidir não só nos comportamentos das crianças, como também no ambiente familiar, fomentando adequados padrões de atividade física e ingestão nutricional, de forma a influenciar as crianças a reduzir o risco de obesidade na idade adulta. Cumpre, assim, compreender a trilogia dos fatores biológicos, sociais e psicológicos. De facto, só ao serviço de um modelo biopsicossocial, que integre o biológico, o psicológico e as necessidades sociais do indivíduo, é que a Psicologia da Saúde poderá atuar por forma a promover um funcionamento psicológico e psicossocial congruente com a pessoa, na sua relação com a *saúde e a doença*.

A respeito de sugestões para replicação de novas investigações nesta área, seria interessante fazer um estudo mais abrangente, que analisasse os diferentes estilos de vida praticados pelas crianças obesas. Assim, com a finalidade de identificar e caracterizar os comportamentos alimentares e de atividade física relacionados com a obesidade infantil, sugere-se a aplicação de um diário de atividades, no qual a criança descreve todas as atividades que realiza durante o dia, com quem efetua e o local, incluindo os momentos das refeições, em que se poderá observar o tipo de alimentação que tem em casa e na escola. No auxílio da identificação de fatores de risco poder-se-ia, também, administrar um questionário aos pais das crianças, com o objetivo de compreender a relação entre o estilo educativo parental e a obesidade infantil.

O mais importante é não esquecer de acionar todos os mecanismos de investigação e intervenção nesta área, de modo a evitar o crescimento da prevalência deste fenómeno e, o consequente agravamento da saúde física e psíquica da criança. Esta investigação pode, assim, servir como ponto de partida para uma monitorização futura do excesso de peso e obesidade nesta população. Propõe-se, desta forma, que se constitua um plano estratégico de prevenção e promoção ajustado à realidade social da população infantil vianense, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida individual e coletiva, tal como é vinculado no Projeto Viana do Castelo Cidade Saudável.

## Bibliografia

- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J., & Galvão-Teles, A. (2007). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005. *Obesity Reviews*, 9, 11-19.

- Carvalho, A., Netto, J., Bugliani, M., Borges, C., Mariano, F., Brancaloni, A., & Gorayeb, R. (2001). Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. *Paidéia: Cadernos Psicologia Educacional*, 20, 39-47.
- Carvalho, A., Cataneo, C., Galindo, E., & Malfará, C. (2005). Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia: Cad. Psicol. Educ.*, 15, 131-139.
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medicine Journal*, 320, 1240–1243.
- Diniz, T. (2004). *A prevalência da Obesidade Infantil no Concelho de Faro*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade Autónoma de Barcelona.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do autoconceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4, 361-371.
- Fernández, C., & Rós, E. (2003). La obesidade infantil. In I. Vázquez, C. Rodríguez, & M. Alvarez, *Manual de Psicología de la Salud com niños, adolescentes y familia*, (pp. 113-133). Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Ferreira, R. (2004). *Avaliação Nutricional dos Alunos do 1º ciclo do Concelho de Sintra*. Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.
- International Obesity Task Force (2005). EU Platform on Diet, Physical Activity and Health. *EU Platform Briefing Paper* prepared in collaboration with the European Association for the Study of Obesity.
- Luiz, A., Gorayeb, R., Liberatore, R., & Domingos, N. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10, 35-39.
- Mannell, R., & Kleiber, D. (1997). *A Social Psychology of Leisure*. EUA: Venture Publishing.
- Neto, F. (1998). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Padez, C. (2002). Atividade física, obesidade e saúde: uma perspetiva evolutiva. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20, 11–19.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year old Portuguese children. Trends in body mass index from 1972 to 2002. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rito, A. (2004). *Estado Nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar do município de Coimbra*. Tese de Doutoramento. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Simões, D., & Meneses, R. (2007). Auto-Conceito Com e Sem Obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 246-251.
- Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS-2). *Revista de Educação e Psicologia* 5, 1, 39 - 48.
- Veloso, S. (2006). Alimentação e Atividade Física. *Psicologia Atual*, 8, 57-59.
- Viana, V. (2000). *Psicologia, saúde e nutrição : estudo do comportamento alimentar no estado de nutrição e de alguns fatores psicossociais associados num grupo de adolescentes*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4, 611-624.
- WHO(1998). *The world health report 1998 - Life in 21st Century. A vision for all*. Report of the Director General. Geneva: World Health Organization.