

OBESIDADE E ESTRESSE EM CRIANÇAS NA IDADE ESCOLAR

Juliana Bertoletti¹
Seille Cristine Garcia-Santos²

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo avaliar o nível de estresse em crianças obesas na idade escolar. Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, transversal, com um grupo de 19 crianças obesas ou com sobrepeso, entre 6 e 12 anos, que frequentam o Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, para avaliações e acompanhamento clínico. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Stress Infantil (ESI), de Lipp e Lucarelli, e uma Ficha de Dados Sócio-Demográficos (FDSD). Destaca-se que nesta amostra 15 crianças apresentaram índices para obesidade e quatro para sobrepeso, e somente as crianças obesas obtiveram índices indicativos de estresse (sete crianças, sendo cinco meninas e dois meninos). Os resultados reforçam a expectativa de aumento do estresse e obesidade entre crianças do mundo atual, em função das alterações no estilo de vida, o que parece estar fortemente relacionado aos números relativos à prevalência e ao crescimento da obesidade infantil nos últimos anos.

Palavras-chave: Obesidade infantil, estresse infantil, idade escolar.

OBESITY AND STRESS IN SCHOOL AGE CHILDREN

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the stress level of obese children during school age. It is a descriptive, quantitative and cross-sectional study with a group of 19 overweight or obese children from 6 to 12 years old, which attend Instituto de Cardiologia, in Porto Alegre, for evaluation and clinical exams. The instruments used were Escala de Stress Infantil (ESI), of Lipp and Lucarelli, and a Socio-Demographic Record to obtain additional information about the children. The sample was composed by 15 children with obesity and four with overweight, and only the obese children presented significant symptoms of stress (7 children, being five girls and two boys). The results reinforce the expectancy for the increase of stress and obesity among children today, due to the changes in life style, which appears to be strongly linked to the numbers of prevalence and raise of childhood obesity during the last years.

Key-words: Childhood obesity, childhood stress, school age.

¹ Psicóloga. Especialista em psicologia Clínica. Instituto Fernando Pessoa.

² Psicóloga. Doutora em Psicologia (PUCRS), Mestre em Psicologia Social e da Personalidade (PUCRS), Especialista Abordagem Centrada na Pessoa (UniLaSalle), Professora nos Cursos de Pós-Graduação do Instituto Fernando Pessoa e ESADE.

Introdução

A obesidade vem sendo considerada uma epidemia que atinge grande parte da população em muitos países, que se constitui em uma doença grave, crônica, de causas múltiplas e que pode se manifestar na infância, na adolescência e na vida adulta. Os fatores genéticos, fisiológicos e metabólicos estão implicados na gênese da obesidade, entretanto, o que parece estar relacionado ao crescente aumento do número de indivíduos obesos são aqueles decorrentes, principalmente, das mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares (Oliveira & Fisberg, 2003).

As mudanças nos hábitos alimentares decorrem da forma de vida adotada por grande parte das pessoas das grandes cidades, do mundo globalizado, que necessitam alimentar-se de forma prática e rápida. Foi nesse cenário que surgiram os *fast food* para todos os gostos, os semiprontos e os embalados de todos os tipos que ocupam as prateleiras dos hipermercados, habitam residências, e nem sempre se caracterizam por alimento nutricionalmente adequado e saudável para a manutenção de um indivíduo adulto, ou para o desenvolvimento apropriado de crianças e adolescentes.

O novo estilo de vida e as novas práticas alimentares alteraram drasticamente os alimentos e as formas de alimentação, provocando sobrepeso ou obesidade especialmente nas crianças, que sem a capacidade de ajuizar, aderiram àquilo que lhe é oferecido ou está disponível. Além disso, vive-se na época do “mínimo esforço”, em que as atividades físicas são substituídas ou minimizadas por máquinas e equipamentos motorizados, que, sem dúvida, facilitam a vida humana, porém acabam por conduzir pessoas de todas as faixas etárias ao sedentarismo.

Em termos de dados epidemiológicos brasileiros sobre a obesidade infantil, observa-se uma mudança nas três últimas décadas, pois até então havia a preocupação somente com a desnutrição infantil como um problema de saúde pública. Atualmente, contrariando a posição anterior e acompanhando os acontecimentos dos países desenvolvidos, pesquisa-se no Brasil o aumento da prevalência de sobrepeso ou obesidade em crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, sendo que os índices para a obesidade oscilam entre 15 e 30%, a depender da região do país pesquisada (Oliveira & Fisberg, 2003). Em estudo realizado por Abrantes, Lamounier e Colosimo (2002) com 7.260 crianças e adolescentes, provenientes das regiões sudeste e nordeste do país, 10,3% das meninas eram obesas e 9,2% dos meninos obtiveram índices para obesidade, contrastando significativamente com as informações registradas em 1975, quando havia a prevalência de obesidade infantil de 1% no nordeste e 2,5% no sudeste brasileiro (Monteiro, Conde & Popkin, 2002).

Outro estudo realizado com crianças escolares, entre sete e dez anos, de alto nível socioeconômico em Londrina, Paraná, revelou que 14% das crianças nessa faixa etária eram obesas, e que 19% delas estavam com sobrepeso (Ronque et al., 2005). Na cidade de Santos, estado de São Paulo, um estudo semelhante foi realizado com mais de 10.800 crianças, de escolas públicas e privadas, na mesma faixa etária. As prevalências da obesidade e do sobrepeso foram, respectivamente, de 18% e 15,7% da amostra (Costa, Cintra & Fisberg, 2006). Esses resultados são considerados altos quando comparados com a prevalência da obesidade e do sobrepeso em outras regiões brasileiras.

Informações epidemiológicas adicionais (Mello, Luft & Meyer, 2004; Machado, Pellanda, Vigueras & Ruschel, 2005) creditam à obesidade a responsabilidade pelo risco de doenças coronarianas, dislipidemias, diabetes melito, entre outras, que podem ter

início na infância, progredir até a idade adulta, e trazer complicações mais graves. O estresse também vem sendo considerado um fator contribuinte para o desenvolvimento de doenças coronarianas, não somente por ação direta, mas pela sua contribuição na etiologia da própria obesidade e em várias outras morbidades, como a depressão (Lipp et al., 2006), por exemplo.

O estresse é entendido como um conjunto de reações orgânicas de adaptação às situações novas que se apresentam aos indivíduos. Os acontecimentos promotores de estresse podem ser de ordem física ou psicológica e tem a capacidade de quebrar a homeostase provocando desequilíbrio interno (Lipp, 1996).

O estresse na criança ocorre de forma semelhante ao do adulto, ou seja, desenvolve-se em fases progressivas: primeiramente o corpo responde com uma reação de alarme, tentando se proteger do perigo percebido decorrente de fatores internos ou externos; a seguir vem a fase de resistência associada ao acúmulo de tensão e ansiedade, e, finalmente, a fase de exaustão, na qual o organismo se torna exposto para uma série de sintomas físicos e psicológicos (Sbaraini & Schermann, 2008).

Nas crianças, alguns dos sintomas de estresse mais comuns são: agressividade, retraimento ou desobediência recorrente, dificuldades de interagir com colegas, de concentrar-se na escola, insônia e/ou pesadelos, falta ou excesso de apetite, ou seja, comportamentos que demonstram alterações disfuncionais nos hábitos da criança e que não faziam parte de seu comportamento em geral. Dentre as queixas físicas relacionadas ao estresse estão os problemas dermatológicos, respiratórios, gástricos e intestinais; dores abdominais e de cabeça; hiperatividade e tiques nervosos; além da obesidade (Lipp, Arantes, Buriti & Witzig, 2002).

De acordo com Marturano (2008), a transição para a fase escolar é considerada um período de incertezas e imprevisibilidades, pois exige da criança um trabalho de adaptação às regras e comportamentos esperados nesse novo contexto, ocasionando um aumento do estresse e da ansiedade. A intensidade dos sintomas de estresse depende do modo como a criança interpreta e reage às situações do ambiente, ou seja, depende das habilidades da criança em lidar com situações novas que exigem enfrentamento (Lipp & Lucarelli, 1999).

Esclarecem Lipp et al. (2002), que o baixo rendimento escolar é comum em crianças estressadas, e que os níveis de estresse são mais altos no primeiro ano escolar do que nos subsequentes. Assim, a cobrança de pais, cuidadores e/ou professores, em situações em que a criança já se encontra fragilizada pelo estresse, podem levar a uma piora do quadro, pois acaba por ser mais uma fonte de pressão e de consequente estresse para a criança.

O aumento de estresse nas crianças pode ocorrer nos primeiros anos escolares, em função das mudanças ambientais e comportamentais decorrentes de sua inserção na escola; também é esse o momento de maior vulnerabilidade para ganharem peso extra, entre cinco e sete anos. Nessa faixa etária, o índice de massa corporal aumenta rapidamente após uma etapa de reduzida adiposidade da idade pré-escolar (Luiz, Gorayeb, Liberatore & Domingos, 2005), em uma circunstância em que a criança irá colocar à prova seu repertório de adaptação em situações de confronto e de divergência, o que pode aumentar seu nível de estresse. Além disso, nesse período, a criança se encontra imersa na influência dos hábitos dos seus pais e familiares em todas as instâncias (alimentação, exercícios físicos, higiene, entre outras), o que vai definir sua prática alimentar durante a vida.

O ambiente familiar, portanto, apresenta forte influência sobre a condição de sobrepeso na infância, visto que a criança passa por um processo de aprendizagem de um padrão de alimentação, em que os pais servem como modelos a serem observados e

seguidos; um pai ou uma mãe que come compulsivamente para lidar com a tensão gerada por alguma situação estressante estará ensinando a criança a se utilizar desse mesmo recurso para aliviar sua própria ansiedade (Bignotto, 1997). A obesidade pode estender-se por gerações de famílias tanto pelos aspectos comportamentais quanto pelos fatores genéticos e hereditários: quando ambos os pais são obesos, a criança tem 80% de chance de desenvolver obesidade, caindo para 40% se apenas um dos pais for obeso, e para 7% se nenhum dos pais apresentarem a enfermidade (Soares & Petroski, 2003).

A partir desse enfoque e com a preocupação de ampliar o entendimento científico sobre o tema, objetivou-se com esse estudo avaliar o nível de estresse em crianças obesas na idade escolar, já que para o planejamento de intervenções, seja em nível clínico, institucional, escolar e/ou familiar, faz-se necessário a avaliação dos fatores intervenientes da obesidade. Foi levado em conta que, entre as crianças em idade escolar, algumas situações do dia-a-dia podem ser fontes de estresse, devido às importantes adaptações que são levadas a fazer durante essa etapa do seu desenvolvimento, envolvendo ampliação do repertório para suprir as demandas de aprendizagem por um lado e de relacionamento social por outro (Dell'Aglio & Hutz, 2002).

Método

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal, com um grupo de crianças obesas ou com sobrepeso, que frequentam o Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, para avaliações e acompanhamento clínico. Nesse ambulatório são atendidos pacientes da comunidade portadores de fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Após os trâmites junto à Instituição e o seu Comitê de Ética em Pesquisa, foram convidadas a participar 19 crianças que compareceram ao Ambulatório de Cardiologia Pediátrica por ocasião de sua consulta mensal. Os critérios de inclusão na amostra foram: crianças na faixa etária dos 6 aos 12 anos, com estado nutricional indicando obesidade ou sobrepeso, do sexo masculino e do feminino, avaliadas quanto ao estado nutricional pela equipe de nutricionistas do ambulatório de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC peso/estatura^2), considerando-se as tabelas normativas conforme o sexo e a idade da criança. A amostra ficou constituída por 10 meninas e 9 meninos.

O instrumento utilizado para avaliar o nível de estresse nas crianças foi a Escala de Stress Infantil de Marilda Lipp (ESI) de Lipp e Lucarelli (2005), que possibilita verificar sintomas de estresse em crianças, a partir de quatro fatores relacionados aos tipos de reações mais frequentes: físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas. A ESI é composta de 35 itens, cada qual contendo uma frase que descreve um sintoma. As respostas aos itens são dadas, através de uma escala tipo Likert de cinco pontos. Cada item possui um círculo dividido em quatro partes, que serão pintados pela criança de acordo com a intensidade do sintoma apresentado: nunca, um pouco, às vezes, quase sempre e sempre. A apuração das respostas, seguindo a orientação das autoras, é feita por meio da contagem de pontos atribuídos a cada item, onde cada quarto de círculo equivale a um ponto.

Lipp e Lucarelli (2005), há presença de sinais indicativos de estresse na criança quando: 1) aparecem círculos completamente cheios em sete ou mais itens da escala total; 2) a nota obtida nos fatores reações físicas e reações psicológicas for igual ou maior que 22 pontos; 3) a nota obtida nos fatores reações psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas for igual ou maior que 21 pontos; e 4) a nota total da escala for maior que 86 pontos.

Além deste instrumento, uma Ficha de Dados Sócio-Demográficos (FDSO) foi utilizada para verificar algumas informações sobre a criança, como: idade, série escolar, atividades extra-escolares, tempo de tratamento no ambulatório, escolaridade dos pais e ocorrência de obesidade na família. A FDSO foi preenchida pela pesquisadora extraindo os dados do Cadastro de Paciente do ambulatório, com a devida autorização do Serviço de Cardiologia Pediátrica da referida instituição. A coleta dos dados foi feita por ocasião da consulta da criança no ambulatório e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável da criança. A ESI foi aplicada individualmente em cada criança pela pesquisadora, em uma sala reservada para essa finalidade e com condições adequadas à tarefa.

Resultados

Em relação aos dados sócio-demográficos, observou-se que as 19 crianças avaliadas são provenientes de Porto Alegre e Grande Porto Alegre, caracterizando uma amostra de perfil sócio-econômico baixo, na qual os índices de obesidade vêm aumentando nos últimos anos. Percebe-se que mais da metade da amostra encontra-se na faixa etária entre 11 e 12 anos, caracterizando a entrada na puberdade, quando a criança começa a experimentar as primeiras mudanças corporais que culminam na adolescência.

Já em relação à série escolar, há uma maior concentração na amostra entre a quarta e quinta série, sendo essas em número total de 10 crianças. O item escolaridade materna indica que apenas cinco entre as 19 mães concluíram o ensino médio, demonstrando um nível de escolaridade baixo.

Em relação ao tempo de tratamento, observou-se que grande parte das crianças está em acompanhamento no ambulatório por no mínimo um mês e no máximo quatro anos e 11 meses. O estado nutricional indica o número de 15 crianças com obesidade e apenas quatro com sobrepeso. Os dados sobre obesidade familiar mostram que todas as crianças possuem algum familiar obeso ou com sobrepeso, podendo ser o pai, avós, tios ou irmãos.

As atividades extra-escolares são escassas e limitam-se a andar de bicicleta, sendo esse o exercício físico praticado pela maior parte das crianças do estudo, o que parece traduzir uma realidade condizente com as características sócio-econômicas do grupo, já que o acesso a esportes ou clubes particulares é mais limitado pelos custos que acarretam (ver Tabela 1).

Tabela 1. Características da amostra quanto aos dados sócio-demográficos

Indicadores	n (19)
Sexo	
Masculino	9
Feminino	10
Idade	
8	3
9	3
10	2
11	5
12	6
Série escolar	
2	4
3	2
4	5
5	5
6	3
Escolaridade da mãe	
Fundamental incompleto	5
Fundamental completo	5
Médio incompleto	4
Médio completo	5
Tempo de tratamento	
Até 0,5 ano	2
0,5-1 ano	11
1-2 anos	3
Mais de 2 anos	3
Estado Nutricional	
Sobrepeso	4
Obesidade	15
Obesidade na família	
Sim	19
Não	0
Atividades físicas	
Bicicleta	7
Esportes	6
Caminhada	2
Dança	1
Nenhuma atividade	3

Os resultados da ESI mostram que sete entre as 19 crianças apresentaram níveis indicativos de estresse, ou seja, 37% da amostra, sendo que cinco crianças são do sexo feminino e duas do sexo masculino. Das 12 crianças sem níveis indicativos de estresse, cinco foram do sexo feminino e sete do sexo masculino.

A caracterização do grupo de crianças avaliadas com sinais indicativos de estresse e a pontuação obtida na ESI encontram-se na Tabela 2.

⊕ Tabela 2. Caracterização do grupo de crianças avaliadas com sinais indicativos de estresse na ESI

Grupo com indicativos de estresse	Sexo	Idade (anos)	Série escolar	Estado nutricional	Resultados na ESI
Criança 1	F	8	2	Obesidade	Reações psicológicas (27) *
Criança 2	M	9	3	Obesidade	Oito círculos pintados cheios †
Criança 3	F	12	5	Obesidade	Reações psicológicas (23) * ; Reações psicológicas com componente depressivo (23) ‡
Criança 4	F	10	2	Obesidade	Nota total da escala (91) §
Criança 5	F	9	4	Obesidade	Reações psicológicas (27) *
Criança 6	M	10	2	Obesidade	11 círculos pintados cheios †
Criança 7	F	11	4	Obesidade	Reações psicológicas (24)

* estresse quando a pontuação é igual ou maior que 22

† estresse quando há sete ou mais círculo cheios

‡ estresse quando a pontuação é igual ou maior que 21

§ estresse quando a pontuação total é maior que 86

Discussão

Os dados obtidos sobre o estado nutricional das crianças mostram a alta prevalência de obesidade na amostra, o que pode ser creditado ao que vários estudiosos do tema (Gama, Carvalho & Chaves, 2007; Mello et al., 2004; Machado et al., 2005) observam como decorrência das mudanças do estilo de vida, com aumento do consumo de alimentos altamente calóricos e baixo gasto de energia. Essa mudança nos costumes afeta as crianças cada vez mais cedo, já que elas são diretamente influenciadas pela forma de viver de sua família, o que nas grandes cidades tem se caracterizado pela restrição das áreas de recreação ao ar livre e maior número de horas em frente à televisão e ao computador, levando ao sedentarismo. O estudo de Oliveira e Fisberg (2003) refere a maior prevalência de obesidade em escolas particulares, onde o acesso a alimentos ricos em gorduras e aos aparelhos tecnológicos poderia explicar o ganho excessivo de peso; entretanto, atualmente, a obesidade vem se tornando um problema de saúde que abrange todas as classes econômicas, o que se apresenta nesta pesquisa, pois todas as crianças são provenientes de famílias de baixa renda, corroborando a idéia de ser a obesidade o principal distúrbio nutricional dos países industrializados (Cordas & Azevedo, 2007).

Desse modo, mostra-se necessário estabelecer estratégias preventivas que direcionem a população de baixa renda para comportamentos alimentares mais saudáveis. Essa necessidade também foi apontada por Gama et al. (2007) a partir de um estudo com 356 crianças de 5 a 9 anos, atendidas em uma unidade básica de saúde da

Região Metropolitana do Rio de Janeiro, onde encontraram níveis alterados no perfil lipídico e padrão alimentar inadequado.

Em outro trabalho, com crianças ingressantes na primeira série do ensino público fundamental, em um município do estado de São Paulo, Mondini et al. (2007), encontraram a obesidade materna como principal fator independente associado ao risco de sobrepeso em seus filhos, além de a frequência elevada de consumo de alimentos “não saudáveis”, assistir à televisão por mais de quatro horas/dia, e a disponibilidade diária domiciliar *per capita* de óleo de cozinha superior a três colheres de sopa. Nesse sentido, as informações obtidas nesta pesquisa sobre a obesidade familiar, corroboram os estudos anteriores e confirmam que a influência do meio é de fundamental importância para a obesidade na criança, já que todas as crianças avaliadas possuem algum familiar com histórico de obesidade.

Em pesquisa que teve por objetivo verificar a influência da família no processo de tratamento da obesidade infantil, Santos (2003) afirma que a obesidade é um problema complexo, pois vivemos em uma cultura e momento histórico onde a oferta incansável de produtos alimentícios dificulta a necessidade das famílias em impor limites para seus filhos. Neste estudo, realizado no Programa de Reeducação Alimentar de Obesidade Infantil da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, destacaram-se alguns aspectos que enfatizam as dificuldades em relação à obesidade infantil, entre eles a alta ansiedade dos pais e pouca exposição do afeto com os filhos, bem como sentimentos contraditórios por estarem privando a criança do prazer proporcionado pela comida. Parece que a lógica da compulsão se estabelece como forma de compensar as frustrações e equilibrar sentimentos diante das transformações contemporâneas, tornando a obesidade um sintoma social que se perpetua a partir do núcleo familiar.

Os resultados da ESI mostram que as crianças da amostra apresentam sinais de estresse, embora não seja possível afirmar que o nível de estresse seja um fator preponderante. Poucos estudos são realizados nesta área pela dificuldade de sistematizar a relação causa-efeito no desenvolvimento do estresse infantil, entretanto, há evidências do aumento da incidência de crianças com sintomas físicos, psicológicos e comportamentais ligados ao estresse (Lipp & Lucarelli, 1999). As crianças avaliadas são provenientes de um ambulatório especializado em tratar fatores de risco para doenças cardiovasculares, como dislipidemias, hipertensão arterial, diabetes e obesidade, sendo todos esses fatores também associados à presença de quadros de estresse.

Destaca-se que a amostra é composta por 15 crianças com obesidade e quatro com sobrepeso, e que somente as crianças obesas apresentaram sinais indicativos de estresse. Pode-se concluir que entre o grupo de 15 crianças obesas o nível de estresse se mostra relevante, visto que quase a metade, 46,6% delas, obteve pontuação indicativa para nível de estresse na ESI. Os resultados sugerem alguma relação entre obesidade e estresse, sinalizando na direção de um aumento do estresse entre crianças obesas que pode ser comparado aos números relativos à prevalência e ao crescimento da obesidade infantil nos últimos anos.

Esses dados fornecem indicadores relacionados a um estilo de vida rápido e ansioso atingindo crianças cada vez mais cedo, o que reforça os resultados da pesquisa realizada por Bignotto (1997), que objetivou investigar a relação entre estresse e a ontogênese e manutenção da obesidade infantil, em uma amostra de vinte crianças obesas entre sete e 12 anos de idade. A incidência de estresse, na amostra avaliada pela autora, foi de 75%, destacando-se a presença de um número significativo de fatores internos de estresse nas crianças, como ansiedade, baixa auto-estima, timidez e medos excessivos. Informações sobre a história pregressa das crianças, obtidas através de

entrevistas com as mães, mostram que a maior parte delas começou a engordar por volta dos seis anos de idade, o que na visão materna está relacionado com algum acontecimento marcante na vida da criança que coincidiu com o início da obesidade. Foi constatado também, que as crianças com maior nível de obesidade apresentaram mais sintomas de estresse excessivo, o que a autora coloca como um ciclo vicioso da obesidade, já que ela pode ser desencadeada por situações estressantes e ao mesmo tempo ser um fator estressante para a criança, que sofre os sentimentos de rejeição, culpa e ansiedade por ser obesa.

A pontuação obtida pelas crianças na ESI mostra que as meninas apresentam maior predominância de respostas no fator reações psicológicas, enquanto os meninos apresentam pontuação mais homogênea entre os quatro fatores, não havendo nenhum fator em destaque sobre os demais. Os itens do fator reações psicológicas, mais pontuado pelas meninas, descreve sintomas como a preocupação com o futuro, nervosismo, tristeza, medo, dificuldades de sono e falta de apetite. Esses dados confirmam os já encontrados por Lipp et al. (2002) em seu estudo com escolares, onde foi observado um número maior de meninas do que de meninos com estresse. Também encorpam resultados encontrados por Keller e Stevens (1996) com adolescentes obesas que relatam insatisfação com a imagem corporal, sentindo-se diferentes da maioria das adolescentes, e apresentam menor escolaridade, menor incidência de casamentos e renda familiar baixa, quando comparadas com adolescentes não obesas. Por fim, os dados corroboram ainda o estudo de Erickson, Robinson, Haydel e Killen (2000) com pré-adolescentes, onde foi verificado um aumento significativo de sintomas de depressão apenas entre as meninas, o que parece estar relacionado a uma maior preocupação feminina com o excesso de peso.

Apesar de não haver consenso na literatura sobre a relação entre depressão e obesidade, há evidências que apontam para uma maior proporção de sintomas depressivos em crianças obesas quando comparadas com as de peso normal (Luiz et al., 2005). Sabe-se que os aspectos psíquicos são mantenedores do quadro de obesidade, como por exemplo, a má integração de si mesmo, baixa auto-estima, angústia de separação, angústia generalizada, fobia social, depressão, distímia e transtorno de pânico (Spada, 2005). Somado a esses fatores, sintomas de ansiedade e depressão são considerados causas internas que predispõe o aparecimento de um quadro de estresse em crianças, principalmente se estiverem associados à estressores ambientais, decorrentes de mudanças significativas, separações e perdas na família e escola (Lipp, 2003). A maior ou menor vulnerabilidade ao estresse na infância será influenciada diretamente pelas diversas formas de apoio social que a criança recebe, principalmente dos pais, e pelas habilidades que ela possui em seu repertório para lidar com agentes estressores (Lipp & Lucarelli, 1999). Dessa forma, considera-se importante, em pesquisas futuras, seguir avaliando o contexto familiar e ambiental da criança, bem como verificar as diversidades nas reações entre os gêneros, já que meninas parecem reagir ao estresse e à obesidade de modo diferente, para melhor compreender os fatores desencadeantes do estresse na infância, como medidas de diagnóstico, prevenção e tratamento.

Referências Bibliográficas

- Abrantes, M. M., Lamounier, J. A., & Colosimo, E. A. (2002). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. *Jornal de Pediatria*, 78 (4), 335-340.
- Bignotto, M. M. (1997). *Stress e suas fontes na ontogênese e manutenção da obesidade infantil*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Cordas, T. A., & Azevedo, A. P. (2007). Estigmas da balança. *Revista Mente e Cérebro*, 11, 60-65.
- Costa, R. F., Cintra, I. P., & Fisberg, M. (2006). Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da cidade de Santos SP. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 50 (1), 60-67.
- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2002). Estratégias de coping e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 5-13.
- Erickson, S. J., Robinson, T. N., Haydel, K. F., & Killen, J.D. (2000). Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154 (9), 931-935.
- Gama, S. R., Carvalho, M. S., & Chaves, C. R. (2007). Prevalência em crianças de fatores de risco para as doenças cardiovasculares. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (9), 2239-2245.
- Keller, C., & Stevens, K. R. (1996). Assessment, etiology, and intervention in obesity in children. *Nurse Practitioner*, 21 (9), 31-42.
- Lipp, M. (1996). Stress: Conceitos Básicos. In M. E. N. Lipp (Org.). *Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco*. (pp. 17-31). São Paulo: Papyrus.
- Lipp, M. N. (2003). *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções*. Campinas: Editora Papyrus.
- Lipp, M. N., & Lucarelli, M. D. (1999). Validação do Inventário de sintomas de stress infantil – ISS. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (1), 71-88.
- Lipp, M. N., Arantes, J. P., Buriti, M. S., & Witzig, T. (2002). O estresse em escolares. *Psicologia Escolar e Educacional*, 6 (1), 51-56.
- Lipp, M. E. N., & Lucarelli, M. D. M. (2005) *Escala de Stress Infantil - ESI: manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lipp, M. E. N., Saraiva, J. F. K., Afiune, N. A., Diament, J., Rivera, I. R., & Silva, M. A. M. (2006). Aspectos psicológicos na prevenção da aterosclerose na infância e adolescência. *Revista de Ciências Médicas*, 15 (6), 515-524.
- Luiz, A. G., Gorayeb, R., Liberatore, R. R., & Domingos, N. M. (2005). Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10 (3), 371-75.
- Machado, R. L., Pellanda, L. C., Vigueras, E. R. S., & Ruschel, P. P. (2005). Obesidade infantil e prevenção de cardiopatia isquêmica: contribuições da intervenção psicológica em um ambulatório de referência no sul do Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8 (2), 25-49.
- Marturano, E. M. (2008). Tensões cotidianas na transição da primeira série: um enfoque de desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 13 (1), 79-89.
- Mello, E. D., Luft, V. C., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, 80 (3), 173-182.
- Mondini, L., Levy, R. B., Saldiva, S. R. D. M., Venâncio, S. I., Aguiar, J. A., & Stefanini, M. L. R. (2007). Prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (8), 1825-1834.
- Monteiro, C. A., Conde, W. L., & Popkin, B. M. (2002). Is obesity replacing or adding to undernutrition? Evidence from different social classes in Brazil. *Public Health Nutrition*, 5 (1), 105-112.
- Oliveira, C. L., & Fisberg, M. (2003). Obesidade na infância e adolescência – uma verdadeira epidemia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 47 (2), 107-108.
- Ronque, E. R. V., Cyrino, E. S., Dórea, V. R., Serassuelo, J. H., Galdi, E. H. G., & Arruda, M. (2005). Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de alto nível socioeconômico em Londrina, Paraná, Brasil. *Revista de Nutrição*, 18 (6), 709-717.
- Santos, A. M. (2003). *Obesidade infantil: a família com excesso de peso*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Sbaraini, C. R., & Schermann, L. B. (2008). Prevalência de estresse infantil e fatores associados: um estudo com escolares em uma cidade do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (5), 1082-1088.
- Soares, L. D., & Petroski, E. L. (2003). Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 5 (1), 63-74.
- Spada, P. V. (2005). *Obesidade infantil – aspectos emocionais e vínculo mãe/filho*. Rio de Janeiro: Editora Revinter.

Endereço para contato:

Juliana Bertoletti

Rua Carlos Trein Filho, 550/602 - Bairro Auxiliadora

CEP: 90450/120 Porto Alegre/RS

Email: juliana_bertoletti@hotmail.com

Recebido em 12/01/2010.

Aceito para publicação em 25/05/2010.