

Obesidade infantil – impactos psicossociais

Childhood obesity – psychosocial impacts

Vinicius Lins Costa Melo¹, Paula Januzzi Serra¹, Cristiane de Freitas Cunha²

RESUMO

A obesidade infantil tem sido considerada epidemia mundial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 15 milhões de crianças e jovens no Brasil apresentam peso corporal em excesso.¹ Esse número reflete as mudanças que têm ocorrido nos padrões de alimentação e atividade física, próprios da sociedade capitalista contemporânea (elevada oferta e consumo de produtos).² Conceituada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como doença crônica progressiva e recorrente - caracterizada pelo aumento excessivo de tecido adiposo - a obesidade na infância adquire relevância não apenas em virtude das comorbidades associadas (como diabetes mellitus tipo II, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer), mas também devido às consequências psicossociais.³ Alguns trabalhos descrevem^{3,4,5} que contextos como cultura, família, escola, convívio social e espaços de saúde estão envolvidos na estigmatização, vitimização e preconceito em relação à criança obesa, o que gera impactos psicossociais (baixa autoestima, depressão, ansiedade, isolamento, culpa, entre outros).^{5,6} Ao considerar que esses impactos se estendem à adolescência e vida adulta, torna-se relevante abordar a obesidade de modo preventivo na infância, ressaltando-se a necessidade do tratamento interdisciplinar da criança obesa como forma de cuidado integral ao paciente.⁷

Palavras-chave: Saúde da Criança; Obesidade; Criança; Discriminação (Psicologia); Impacto Psicossocial; Saúde Pública.

ABSTRACT

Childhood obesity has been considered a worldwide epidemic. According to the World Health Organization (WHO), 15 million children and young people in Brazil are overweight.¹ This number reflects the changes in diet patterns and physical activities, characteristics of the contemporary capitalist society (high supply and consumption of products).² Conceptualized by the Pan American Health Organization (PAHO) as a chronic progressive and recurrent disease - characterized by the excessive expansion of adipose tissue - childhood obesity becomes relevant not only because of comorbidities (such as type II diabetes mellitus, cardiovascular disease, some cancers), but also due to the psychosocial consequences.³ Some papers describe^{3,4,5} that contexts such as culture, family, school, social environment and health areas are involved in the stigmatization, victimization and prejudice against the obese child, which generates psychosocial impacts (low self-esteem, depression, anxiety, isolation, guilt, etc.).^{5,6} Considering that these impacts extend to adolescence and adulthood, it becomes relevant to tackle obesity in children in a preventive way, emphasizing the need for interdisciplinary treatment of the obese child as a form of comprehensive patient care.⁷

Key words: Child Health (Public Health); Obesity; Child; Discrimination (Psychology); Psychosocial Impact.

¹ Acadêmicos do 5º período do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Profa. Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 21/05/2009

Aprovado em: 07/07/2009

Instituição:

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil.

Endereço para correspondência:

Paula Januzzi Serra
Rua: Odilon Braga, 780/601
Bairro: Anchieta
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30.310-390
E-mail: paula_januzzi@yahoo.com.br

O QUE É A OBESIDADE?

A obesidade pode ser definida como doença crônica progressiva e recorrente – caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal – resultante da ingestão excessiva de calorias, que supera o gasto energético do organismo.¹ Índices como o IMC (índice de massa corporal), correlacionados com outras medidas antropométricas, são parâmetros utilizados para definir o grau de adiposidade e, desta forma, constituem um meio de classificar indivíduos com sobrepeso e obesidade.²

A obesidade envolve não apenas fatores referentes à alteração de composição corporal, mas também traz significativas consequências psicossociais.³

POR QUE FALAR DE OBESIDADE?

A obesidade tem sido considerada uma epidemia global. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), há mais de um bilhão de adultos no mundo com excesso de peso. Destes, pelo menos 300 milhões são obesos.¹ Em escala infanto-juvenil, a obesidade tem aumentado dramaticamente em todos os países industrializados.⁴ No Brasil, 15 milhões de crianças e jovens pesam mais que o ideal.⁵

Esse aumento no número de indivíduos com sobrepeso e obesidade - que hoje já supera o número de subnutridos - faz parte do processo denominado *transição nutricional*, caracterizado por mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida.⁶ As alterações incluem o deslocamento generalizado da preferência alimentar para produtos com alta densidade energética - como bebidas adoçadas e processados - bem como o aumento do consumo de nutrientes de origem animal. Acrescenta-se ainda a adoção de hábitos mais sedentários, como mais tempo diante da televisão e de computadores e menos uso de bicicletas ou caminhadas.⁶ É importante ressaltar que a globalização é a grande força impulsora da transição nutricional, na medida em que proporciona a oferta de diversos tipos de alimentos a preços acessíveis.⁶

Abordar o tema obesidade é de extrema importância, pois essa doença está relacionada a diversas comorbidades, entre elas: diabetes *mellitus* tipo II, cardiopatias, hipertensão, acidentes vasculares cerebrais, certos tipos de câncer, problemas respiratórios, musculares e esqueléticos crônicos.¹

QUAL A IMPORTÂNCIA DE SE ABORDAR A OBESIDADE INFANTIL?

A obesidade na infância assume aspecto mais delicado, pois nessa fase da vida (entre 5-7 anos, especificamente) ocorrem picos de hiperplasia do tecido adiposo.⁷ Quando a criança é superalimentada e torna-se obesa, o que se observa é a elevação excessiva no número de adipócitos que permanecem durante toda a vida, contribuindo para aumentada tendência à obesidade na adolescência e vida adulta.^{8,9} Essa é uma das grandes razões que justificam a intervenção ainda na infância, de modo a não permitir que essa doença se estabeleça.⁸

Além da questão fisiológica, a obesidade na infância relaciona-se à estruturação do aparelho psíquico. Desde o período da amamentação, ao interagir com a criança a mãe transforma-se de fonte provedora de alimento para objeto amado, sendo essa relação alimento-cuidado, organizadora na estruturação e no desenvolvimento físico e psíquico da criança. Quando o alimento é oferecido de forma indiscriminada - a exemplo de pais ansiosos ou superprotetores que não conseguem reconhecer as necessidades do bebê e, ao mínimo sinal de alerta, oferecem comida -, a criança passa a associar qualquer situação de mal-estar à ingestão de alimentos. Dessa forma, o infante passa a reconfortar suas angústias, medos e frustrações num contínuo compensatório alimentar no qual a família como um todo está envolvida.⁹

OBESIDADE INFANTIL E SAÚDE MENTAL – IMPACTOS PSICOSSOCIAIS

A obesidade infantil pode trazer significativas consequências psicossociais. Crianças e adolescentes obesos deparam-se com o preconceito e a discriminação que se iniciam na tenra infância.³ Existe ainda extensa e crescente literatura sobre crianças obesas como alvo da estigmatização social.¹⁰

Estudos realizados com crianças de diferentes faixas etárias evidenciam as atitudes negativas contra as crianças obesas. Foi verificado que pré-escolares entre três e cinco anos preferem relacionar-se com colegas de peso normal a obesos. As crianças entre quatro e 11 anos associam a obesidade a feiura, egoísmo, preguiça, estupidez, desonestidade, isolamento social.¹¹ Uma outra pesquisa mostra que a maioria das crianças acredita que a obesidade é algo

que está sob controle da pessoa, o que reforça a associação da doença com estereótipos negativos.^{10,12} Ainda no âmbito escolar, observou-se que entre os professores da escola primária associaram em 59% das vezes a obesidade à falta de auto-controle e 57% a problemas psicológicos.¹³

Foi também examinado o papel das diferenças culturais no que se refere ao comportamento discriminatório em relação à criança obesa. Em estudo comparando as crianças americanas e japonesas da quinta série escolar, verificou-se que as japonesas apresentavam-se mais dispostas a incluir as crianças obesas em grupos de atividades do que as americanas.¹⁴

No âmbito familiar, pesquisas avaliaram a influência dos pais quanto à estigmatização que sofrem as crianças obesas. Um dos estudos mostrou que a comunicação entre pais e filhos pode endossar os estereótipos negativos associados à obesidade. Aos pais foram mostradas três fotos de crianças – uma com peso normal, uma obesa e uma com deficiência – e foi pedido que eles contassem uma história a seus filhos sobre cada foto apresentada. Os pais se reportaram à criança obesa como aquela que possui a mais baixa autoestima e atribuíram a ela a mínima chance de sucesso ao fim da história.¹⁵

É importante mencionar que os pais de crianças obesas estão diante de um complexo desafio. Primeiro, porque eles devem oferecer suporte e ajudar a proteger a autoestima de seus filhos perante a crescente estigmatização social. Segundo, eles precisam auxiliar as crianças quanto à escolha de alimentos saudáveis sem que isso seja entendido como punição.¹⁰

Um último aspecto refere-se às atitudes discriminatórias dos profissionais de saúde em relação ao paciente obeso. Apurou-se, em relato de 318 médicos de família pesquisados, que em dois terços deles os seus pacientes obesos apresentavam falta de controle pessoal e 39% associaram obesidade à preguiça.¹⁶ Outro estudo feito com enfermeiros investigou as crenças desses profissionais em relação à obesidade e encontrou que 63% deles acreditavam que podia ser prevenida pelo autocontrole. Além disso, 48% dos enfermeiros afirmaram que se sentiam desconfortáveis em atender pacientes obesos e 31% preferiam não cuidar desse tipo de paciente. Faz-se necessário ressaltar que essas atitudes estigmatizantes podem afetar os julgamentos clínicos e, além disso, contribuir para manter o paciente obeso afastado dos cuidados com a saúde.¹²

IMPACTOS EMOCIONAIS

Vários são os estudos que relatam os impactos emocionais desenvolvidos por indivíduos obesos, entre eles: angústia, culpa, depressão, baixa autoestima, vergonha, timidez, ansiedade, isolamento e fracasso.

A autoestima de crianças obesas parece ser inversamente proporcional à idade, quando comparada a crianças de peso normal.¹⁷⁻²⁰ Verifica-se também que a baixa autoestima de crianças obesas relaciona-se às expressões de insatisfação dos pais com o peso da criança.²¹

No que se refere à depressão e à ansiedade, estudos têm relatado níveis crescentes de sintomas depressivos entre crianças com sobrepeso e obesidade, sendo tais observações mais frequentes nas mulheres.^{22,23}

É interessante salientar os trabalhos em que a ansiedade e a depressão, assim como a culpa, solidão ou frustração, estão associadas a acentuada procura pelo alimento como gratificação ou como forma de compensação e entorpecimento das emoções.⁹

QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DA OBESIDADE INFANTIL A MÉDIO E LONGO PRAZOS?

Os adultos obesos desde a infância apresentam mais dificuldade no convívio social, no relacionamento amoroso e sexual, na vida profissional e nos cuidados com a saúde.

Verificou-se que adolescentes obesas têm menos relacionamentos amorosos e são mais insatisfeitas com eles, quando comparadas às adolescentes eutróficas.²⁴ Registra-se também que as mulheres americanas obesas na adolescência tinham baixa remuneração salarial, altas taxas de pobreza e menos satisfação conjugal comparadas às mulheres magras.²⁵

Trabalhos similares apontam que jovens obesos sofrem maior discriminação no processo de admissão em universidades americanas.^{26,27}

É interessante relatar os resultados de trabalhos em que mulheres obesas apresentam mais recusa a se submeter a procedimentos médicos que exigem exposição corporal, como exames ginecológicos e de mama.¹²

CONCLUSÕES

As perspectivas referentes à prevalência da obesidade são pessimistas, tendo em vista que os hábi-

tos alimentares deletérios e a inatividade física têm se consolidado na vida moderna. Esse fato justifica uma intervenção preventiva na infância, de modo a estruturar hábitos mais saudáveis e, assim, evitar tendência à obesidade na vida adulta.

O caráter multifatorial da obesidade demanda intervenção interdisciplinar no tratamento da doença, o que inclui a participação de médicos, nutricionistas, psicoterapeutas, educadores físicos, enfermeiros.

As estratégias de atuação terapêutica buscam trabalhar os fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores da obesidade, o que permite abordagem integral do sujeito.

Por fim, é importante mencionar que o paciente obeso deve ser conscientizado de que é parte ativa do tratamento e, junto com seus cuidadores, deve se esforçar para garantir a efetividade do mesmo.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia Mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: OPAS; 2003.
2. Luiz AA. Body mass index as a tool in the nutritional assessment of adults: a review. *Rev Saúde Pública*. 1992; 26(6):431-6.
3. Loke NK. Consequences of childhood and adolescent obesity. *Asian Pacific J Clin Nutr*. 2002; 11(3): 702-4.
4. Luiz AMAG, Gorayeb R, Liberatore Junior RDR, Domingos NAM. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Est Psicol*. 2005; 10(3):371-5.
5. Ferriani MG, Dias TS. Auto-imagem corporal de adolescentes obesos atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao paciente obeso. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005; 5(1):27-33.
6. Popkin BM. O mundo é redondo. *Scientific Am Brasil*. 2007; 6(85):58-65.
7. Coutinho W. Consenso latino-americano de obesidade. 1998. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 1999; 43: 21-67.
8. Medeiros G. O gordo absolvido. 2ª ed. São Paulo: Atx; 2002.
9. Kanashiro LC, Sarubbi JR. Tratamento psicológico. *Psicoterapia*. In: *Obesidade na criança e no adolescente: buscando caminhos desde o nascimento*. São Paulo: Roca; 2007.
10. Schwartz MB, Puhl R. Childhood Obesity: A societal problem to solve. *International Association for the Study of Obesity: Obesity Reviews*. 2003; 4: 57-71.
11. Wardle J, Volz C, Golding C. Social variation in attitudes to obesity in children. *Int J Obesity*. 1995; 19: 562-9.
12. Puhl R, Brownell KD. Bias discrimination and obesity. *Obes Res*. 2001 Dec; 9(12):788-805.
13. Price JH, Desmond SM, Stelzer CM. Elementary school principals perceptions of childhood obesity. *J Sch Health*. 1987; 57:367-70.
14. Crystal DS, Watanabe H, Chen RS. Reactions to morphological deviance - A comparison of Japanese and American children and adolescents. *Soc Dev*. 2000; 9:40-61.
15. Adams GR, Hicken M, Salehi M. Socialization of the physical attractiveness stereotype: Parental expectations and verbal behaviors. *Int J Psychol*. 1988; 23: 137-49.
16. Price JH, Desmond SM, Krol RA, Snyder FF, O'Connell JK. Family practice physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding obesity. *Am J Prev Med*. 1987; 3:339-45.
17. French SA, Story M, Perry CL. Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obes Res*. 1995; 3:479-90.
18. Strauss RS. Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*. 2000; 105:115.
19. French SA, Perry, CL, Leon GR, Fulkerson JA. Self-esteem and change in body mass index over 3 years in a cohort of adolescents. *Obes Res*. 1996; 4: 27-33.
20. Pesa JA, Syre, TR, Jones E. Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: The importance of body image. *J Adolesc Health*. 2000; 26: 330-7.
21. Gardner RM, Sorter RG, Friedman BN. Developmental changes in children's body images. *J Soc Behav Pers*. 1997; 12:1019-36.
22. Sheslow D, Hassink W, Wallace W, DeLancey E. The relationship between self-esteem and depression in obese children. *Ann NY Acad Sci*. 1993; 699:289-91.
23. Wallace W, Sheslow D, Hassink W. Obesity in children: a risk for depression. *Ann NY Acad Sci*. 1993; 699:301-3.
24. Pearce MJ, Boergers J, Prinstein MJ. Adolescent Obesity, Overt and Relational Peer Victimization, and Romantic Relationships. *Obes Res*. 2002; 10(5):386-93.
25. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med*. 1993; 329:1008-12.
26. Canning H, Mayer J. Obesity: Its possible effect on college acceptance. *N Engl J Med*. 1966; 275: 1172-4.
27. Canning H, Mayer J. Obesity: An influence on high school performance? *Am J Clin Nutr*. 1967; 20: 352-4.