



UC/FPCE\_2009

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Ira e agressividade em crianças com excesso de peso e  
obesidade**

Ana Luísa Pessoa Tavares Roque Póvoa  
(email:ana\_pessoa\_86@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, sub-  
especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a  
orientação de Professor Doutor Eduardo Sá

### **Ira e agressividade em crianças com excesso de peso e obesidade**

A obesidade é uma doença crónica cuja prevalência tem aumentado nos países desenvolvidos (Devlin, Yanowski & Wilson, 2000; WHO, 2000). Para além da complexa etiologia e das implicações na saúde que pressupõe, compromete o funcionamento psicossocial e a qualidade de vida dos pacientes. Na população infantil, o aumento do número de casos de obesidade começam a preocupar as instituições de saúde, tornando-se crucial apurar os factores para tal incremento.

O comportamento alimentar tem bases biológicas e sociais e, associado à obesidade, torna-se um processo complexo pelos aspectos psicológicos envolvidos (Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005). É cada vez mais evidente que a comida afecta o estado de humor e as emoções, produzindo um bem-estar e emoções positivas (Barthomeuf, Droit-Volet & Rousset, 2009), aquietando tensões emocionais e frustrações. Segundo o *Modelo Psicossomático da Obesidade*, os indivíduos consomem mais alimentos em situações de stress emocional, recorrendo à comida como mecanismo compensatório de emoções negativas como ira, ansiedade, depressão e tristeza (Faith, Allison & Geliebter, 1997).

Como a ira é uma emoção básica, que se pode manifestar através da agressividade, pretendemos, com este estudo, explorar, classificando e comparando, o tipo de ira e de comportamentos agressivos, manifestados entre três grupos de crianças, com diferentes classificações de peso: peso normal, excesso de peso e obesidade.

A amostra total, constituída por 108 crianças, dos 8 aos 12 anos, foi recolhida em várias escolas do país, nas consultas de Nutrição do Hospital Pediátrico de Coimbra e através do projecto nacional *Plataforma Contra a Obesidade*. As dimensões da ira e dos comportamentos agressivos foram avaliadas através do Inventário de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (*STAXI-NA*) e da Children Agression Scale (*CAS*), respectivamente, previamente traduzidos.

Com os resultados apurámos a presença de diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente ao nível dos sentimentos de ira [ $F(2,104) = 3.429, p = .036$ ], sendo os valores mais elevados pertencentes ao grupo das crianças obesas. No entanto, no que se refere aos comportamentos agressivos, não se verificaram diferenças entre os grupos. Acresce ainda a influência e a correlação significativas que factores como o número de irmãos e o índice de massa corporal dos pais têm sobre o peso da criança.

**Palavras-chave:** Obesidade infantil, emoções, ira, agressividade.

### **Anger and aggressiveness in overweight and obese children**

Obesity is a chronic disease with a high prevalence in developed countries (Devlin, Yanowski & Wilson, 2000; WHO, 2000). Besides the complex etiology and its implications in health, it compromises the psychosocial functioning and quality of life of the patients. The increase of cases in childhood population is alarming health institutions and the investigation of its factors is crucial.

Eating behavior has biological as well as social bases and, associated to obesity, it becomes an even more complex process since it is accompanied by psychological aspects (Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2000). It is increasingly evident that food affects mood and emotions, producing well-being and positive emotions (Barthomeuf, Droit-Volet & Rousset, 2009), calming emotional tensions and frustrations. According to the *Psychosomatic Model of Obesity*, people consume more food in emotional stressful situations such as anger, anxiety, depression and sadness (Faith, Allison & Geliebter, 1997).

Once anger is an inner emotion, which can be expressed through aggressiveness, it is our purpose, in this review, to explore, by classifying and comparing, the type of anger and aggressive behaviors manifested between three groups of children, with different weight classifications: normal weight, overweight and obesity.

The total sample, consisting of 108 children from 8 to 12 years of age, was collected in several schools of the country, in nutrition consultations at the Hospital Pediátrico of Coimbra and through a national project called *Plataforma Contra a Obesidade*. The dimensions of anger and aggressive behaviors were assessed with Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes (*STAXI-NA*) and Children Aggression Scale (*CAS*), respectively. Those scales were previously translated.

Our results assessed the presence of statistically significant differences, particularly in terms of feelings of anger [ $F(2,104) = 3.429$ ,  $p = .036$ ], values being higher in the group of obese children. However, with regard to aggressive behavior, there were no differences between groups. There was also a significant correlation and the influence that factors such as number of siblings and BMI of the parents have on the child's weight.

**Key Words:** Childhood obesity, emotions, anger, aggressiveness.

## **Agradecimentos**

Aproxima-se, a passos largos, o final de uma etapa que decorreu com a presença e companhia de pessoas muito importantes e sem as quais este percurso teria sido mais difícil. Aqui deixo o meu grato e profundo agradecimento.

Aos meus pais, pela força quando a minha fragilidade parecia dominar, pelo incessante apoio, compreensão, orgulho e expectativas que fortaleceram a segurança e confiança no meu trabalho. À minha mãe, pela perseverança e valiosas sugestões. Ao meu pai pelo ânimo e preocupação.

À minha irmã, Mariana, pela paciência, força e por me fazer acreditar, mesmo nos momentos mais difíceis, que tudo é possível.

Ao Manel, por acreditar, pela força e ânimo, pela paciência e compreensão.

Às minhas tias, Mizé e Paula, pela revisão e tradução. Aos meus restantes tios, tias, primos, primas e avós pela constante preocupação e apoio.

À memória da minha Avó Li... [secretamente presente]

Às minhas colegas da área, Joana, Teresa, Sofia, Maria, Inês e Joana, por termos crescido juntas neste período, pela amizade, partilha, apoio e confiança incondicionais.

Aos meus amigos de Psicologia, Mariana, Raquel, Sara e João, pela amizade, apoio, frontalidade e incentivo.

Aos meus amigos, Sofia, Catarina, Rafa, Filipa e Jajão, pela forte amizade, apoio e preocupação. A todos os restantes amigos, que sempre me apoiaram e confiaram neste percurso.

Às directoras das escolas pela gentileza, ao Dr. Sérgio Velho pela pronta disponibilidade e ao Dr. João Breda pela cooperação e apoio; à Dr<sup>a</sup> Cláudia Figueiredo pela ajuda na estatística; à Dr<sup>a</sup> Cristina Padez.

A todas as crianças e respectivos pais que participaram e tornaram possível este projecto.

Ao Professor Doutor Eduardo Sá, pela orientação, investimento, revisão, sugestões e autonomização.

## Índice

<b>Introdução</b>	1
<b>I. Enquadramento teórico</b>	1
1. Obesidade Infantil	1
1.1. Evolução histórica	1
1.2. Definição do conceito	2
1.3. Classificações da obesidade segundo as directrizes internacionais	3
1.4. Avaliação do estado nutricional da criança	4
1.5. Prevalência da obesidade na população infantil	5
1.6. Etiologia e factores de risco da obesidade	5
1.7. Comorbilidades da obesidade	9
2. Obesidade e emoções	9
3. Da Frustração à Ira	12
3.1. Frustração	12
3.2. Ira	13
3.3. Agressividade	13
<b>II. Objectivos</b>	16
<b>III. Metodologia</b>	17
1. Caracterização da amostra	17
2. Instrumentos	19
3. Procedimentos de investigação	22
4. Procedimentos estatísticos	23
<b>IV. Resultados</b>	24
<b>V. Discussão</b>	29
<b>VI. Conclusões</b>	34
<b>VIII. Bibliografia</b>	36
<b>Anexos</b>	42

### **Lista de Abreviaturas**

OMS – Organização Mundial de Saúde

CDC – Centers of Disease Control and Prevention

IOTF – International Obesity Task Force

NCHS – National Center of Health Statistics

IMC – Índice de Massa Corporal

STAXI-NA – Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo – Niños y adolescentes

CAS – Children's Agression Scale

DP – Desvio-padrão

M – Média

N – Nº de sujeitos

$p$  – Nível de significância

R – Coeficiente de correlação de Pearson

## **Introdução**

A obesidade e o excesso de peso constituem uma séria epidemia que tem tomado proporções preocupantes em todo o mundo, sendo um cenário que, infelizmente, se vai tornando cada vez mais habitual. Pelo menos, 250 milhões de pessoas, cerca de 7% da população mundial, são obesas (Speiser *et al.*, 2005).

Para além dos graves problemas que acarreta na população adulta, esta doença começa a causar danos significativos na população infantil e juvenil (Pediatrics, 2000; Flegal, Tabak & Ogden, 2006), de tal forma que foi considerada, pelo *Journal of Pediatrics* (2000), como a doença crónica mais comum na infância.

A obesidade infantil prediz uma obesidade adulta e uma extensão de sequelas de saúde e emocionais sérias (Pediatrics, 2000). Apesar das perigosas consequências físicas negativas a que esta doença conduz, não menos importantes são as questões psicológicas que lhe estão associadas. Os vários estudos nesta área, que tem vindo a ganhar relevância, destacam o papel da auto-estima, do auto-conceito, da depressão e ansiedade. A agressividade, a raiva e baixa tolerância à frustração aparecem de forma ténue ao longo dos vários estudos; no entanto, o seu valor não é descurado e o seu estudo é premente.

Ao falar destas emoções no âmbito da obesidade infantil, pretendemos perceber até que ponto contribuem para a causa, manutenção ou cessação do problema. Serão as crianças obesas menos tolerantes? Já existem estudos que o comprovam, mas será que essa intolerância provém de sentimentos intrínsecos relacionados com a raiva? Será a obesidade um sintoma de conflitos e sofrimento interno que tende a manifestar-se como sinal de uma raiva que não encontra via expiatória?

É por questões como estas que este trabalho tem como objectivo perceber se numa população de crianças obesas, os sentimentos de raiva e os comportamentos agressivos se destacam em comparação com uma população de crianças com peso normal.

## **I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)**

### **1. Obesidade Infantil**

#### **1.1 – Evolução histórica**

Antigamente, uma criança gorda era sinónimo de saúde e o conceito de “quanto maior melhor” foi amplamente aceite por pediatras e cuidadores. Nos últimos anos, contudo, esta percepção mudou drasticamente, dado que nos apercebemos que a obesidade na infância causa algumas complicações sérias e aumenta o risco de doença prematura e morte posterior (Onis, 2004; Rego *et al.*, 2005; Flegal *et al.*, 2006;).

A obesidade pediátrica é um grave problema de saúde e a sua

prevalência na população infantil tem aumentado extraordinariamente. O aumento recente dos níveis de excesso de peso e obesidade infantil estão largamente atribuídos a forças sociais e ambientais, que não estão sob o controlo das crianças e as quais, por seu turno, influenciam os seus comportamentos alimentares e de actividade física. Nas últimas duas décadas, importantes mudanças sociais têm afectado os padrões alimentares das famílias. Da mesma forma, a actividade física das crianças tem diminuído pelo aumento da utilização de transportes, do tempo dispendido a ver televisão, dos jogos sedentários e da diminuição de oportunidades para o exercício físico.

De um modo geral os cientistas concordam que é o ambiente, e não a genética, o principal responsável por esta epidemia. A ausência de sinais que demonstrem que o crescimento rápido desta epidemia, a que assistimos nos últimos vinte anos, esteja a diminuir, está a criar grandes preocupações com a saúde pública. Com o objectivo de combater esta crise de saúde pública emergente, é absolutamente necessário uma mudança no ambiente social e nos estilos de vida familiares (Onis, 2004).

### 1.2 Definição do conceito

A obesidade surge quando existe um desequilíbrio energético entre o que se ingere e o que se consome (Oliveira, Cerqueira, Souza & Oliveira, 2003). Desta forma, quando o consumo energético excede o dispêndio, a massa gorda aumenta e surge o excesso de peso (Santos *et al.*, cit. in., Pires, 2007). A manutenção de um equilíbrio energético adequado estabelece-se através de um mecanismo complexo que actua fundamentalmente ao nível do sistema digestivo, tecido adiposo<sup>1</sup> e sistema nervoso (Lamas *et al.*, cit. in., Pires, 2007).

A fisiopatologia da obesidade ainda não está totalmente esclarecida e as pesquisas sugerem duas linhas de abordagem complementares: a linha fisiológica-bioquímica, onde são estudadas as variações e as causas do equilíbrio energético e outra, a linha de biologia molecular, onde são isolados os genes específicos que controlam os diferentes factores que determinam o equilíbrio energético (Bueno & Fisberg, 2006).

Na infância é difícil avaliar a obesidade devido à intensa modificação da estrutura corporal durante o crescimento, existindo alterações que estão associadas ao ganho do peso corporal. O principal problema reside na determinação do conteúdo e da distribuição da gordura corporal que constitui risco para a saúde (Westrate & Deurenberg, 1989; Brambilla *et al.*, 1994; Cintra, 2000), pelo que as tendências populacionais são difíceis de quantificar e comparar internacionalmente. Verifica-se uma grande diversidade de definições de obesidade infantil e nenhum padrão decretado (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000) e não existe um sistema de classificação de obesidade infantil universal, sendo que a terminologia utilizada nos diversos estudos varia consideravelmente, apesar da sua

---

<sup>1</sup> Órgão que desempenha várias funções, nomeadamente endócrinas, sendo fundamental na regulação energética (Lamas *et al.*, citado em Pires, 2007).



maioria ser baseada no peso e não na gordura *per se* (Neovius, Linné, Barkeling & Rossner, 2004; Flegal *et al.*, 2006). Na verdade, o índice de massa corporal na infância modifica-se com a idade, pelo que a interpretação das medidas antropométricas exige o uso de padrões de referência e de pontos de corte precisos, que permitam identificar casos de obesidade ou de excesso de peso infantil (Cole *et al.*, 2000; Soares, 2003).

Apesar da ausência de critérios estabelecidos que definam a obesidade infantil, a OMS descreve-a como “uma acumulação anormal ou excessiva de gordura corporal que representa um risco para a saúde”, tanto mais que, uma vez instalada, tende a autoperpetuar-se, constituindo-se como uma verdadeira doença crónica.

### **1.3. Classificações de obesidade e excesso de peso, segundo as diretrizes internacionais**

As classificações de obesidade e de excesso de peso têm sofrido alterações ao longo do tempo. Segundo Barbosa (2009), o excesso de peso refere-se àqueles valores de massa corporal que se encontram entre a massa tida como normal e a obesa, podendo ocorrer em função do excesso de gordura corporal ou de valores elevados de massa magra. As pessoas que têm excesso de peso não são, necessariamente, obesas (Field, 2008). A obesidade ocorre quando o indivíduo apresenta uma quantidade excessiva de gordura corporal.

As classificações mais utilizadas são as recomendadas pelo CDC, pela IOTF e pela OMS.

#### **CDC**

Em 2000, o CDC publicou uma revisão das curvas recomendadas pelo NCHS, onde se destacou o desenvolvimento de um novo índice – IMC – por idade, com maior sensibilidade e especificidade para detectar excesso de peso em crianças a partir dos 2 anos (Kuczmarski, Ogden & Grummer-Strawn, 2000; Bueno & Fisberg, 2006; Krebs *et al.*, 2007).

#### **IOTF**

Também em 2000, Cole *et al* (2000) divulgaram curvas de IMC, por sexo e idade, que foram definidas através da intercepção, aos 18 anos de idade, com os pontos de IMC já utilizados para classificação de sobrepeso (25 a 30 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (> 30kg/m<sup>2</sup>) em adultos e, a partir desses valores, foram construídas curvas para uma faixa etária dos 2 aos 18 anos (Bueno & Fisberg, 2006).

#### **OMS**

O diagnóstico de sobrepeso e obesidade em crianças, recomendado pela OMS, baseia-se na distribuição do resultado-Z de peso para altura<sup>23</sup>

<sup>2</sup> O resultado Z significa, em termos práticos, o número de desvios-padrão que o dado obtido está afastado da sua mediana de referência (Sigulem, Devicenzi & Lessa, 2000)

<sup>3</sup> Vide anexos 1 e 2

(superior a um desvio-padrão ou superior a dois desvios-padrão, respectivamente) que é a relação entre o peso encontrado e o peso ideal para a altura em função da idade da criança (Bueno & Fisberg, 2006).

Apesar da ausência de terminologias e definições precisas, o impacto na saúde devido ao permanente aumento de excesso de peso nas crianças e adolescentes é, claramente, um motivo de preocupação (Flegal et al, 2006).

Tendo em consideração as críticas relativas aos sistemas de classificação do IOTF e do CDC (Reilly 2000), este estudo baseou-se nos referenciais da OMS (OMS, 2008) para classificar o estado nutricional de cada criança.

#### **1.4 – Avaliação do estado nutricional da criança**

É importante quantificar os diferentes componentes corporais na verdade, quando avaliados nos primeiros anos de vida são um bom indicador do crescimento intra-uterino (Catalano, Thomas, Avallone & Amini, 1995; Pinto, Oliveira, Alencastre & Lopes, 2005), permitem a compreensão das alterações que ocorrem com o desenvolvimento e o crescimento (Pinto *et al.*, 2005) e permitem monitorizar o crescimento (Onis, 2004), por comparação com valores de referência em função de características como o sexo ou a idade. Ao monitorizarmos o crescimento podemos detectar indivíduos com proporções e/ou distribuições anormais dos componentes corporais, permitindo a implementação de medidas de prevenção secundárias.

Existem diversas maneiras de classificar e diagnosticar a obesidade. O ideal seria medir ou avaliar a percentagem de gordura corporal através da prega cutânea, circunferência da cintura, composição corporal, bioimpedância ou técnicas laboratoriais (Cintra, 2000; Sigulem *et al.*, 2000; Pinto *et al.*, 2005; Rego & Peças, 2007; Hu, 2008, Barbosa, 2009). Na ausência destas ferramentas, são utilizados o peso e a altura. A combinação entre as medidas que avaliam o peso para a estatura e a gordura corporal, fornecem um maior suporte no diagnóstico clínico da obesidade (Onis, 2004; Flegal *et al.*, 2006; Williams, Wake & Hesketh, 2005).

#### **IMC**

É calculado dividindo o peso (kg) pelo quadrado da altura (m). É usado para definição de situações de magreza, normalidade, excesso de peso ou obesidade.

Apesar da utilização do IMC ser considerada inexacta para as crianças em função das rápidas alterações ocorridas na forma e composição corporal durante o seu desenvolvimento, é uma medida clinicamente importante. Na verdade, a estatura apresenta alguma influência sobre a gordura corporal, podendo ser utilizado para monitorizar o desenvolvimento da obesidade bem como as modificações apresentadas pelas crianças e adolescentes que estejam em tratamento (Hammer et al., 1991 cit. in., Cintra, 2000; Onis, 2004).

A Organização Mundial de Saúde preconiza a utilização destas

curvas na avaliação antropométrica do estado nutricional de recém-nascidos, crianças e adolescentes (0-18 anos), em função do sexo e da idade, independentemente do seu país de origem, assumindo, assim, a inexistência de diferenças no potencial relativo de crescimento físico entre crianças de diferentes etnias. Nas crianças o IMC varia consideravelmente consoante a idade; sendo assim, o IMC de uma criança é comparado com o mesmo índice de uma população de referência de crianças da mesma idade e sexo (Onis, 2004; Flegal et al., 2006; Reilly, 2006).

A criança encontra-se em situação de excesso de peso ou obesidade se ultrapassar determinados pontos-de-corte, previamente estabelecidos. No entanto, o facto de apresentar um nível de IMC superior aos referidos limites, não significa que sofra, necessariamente, de complicações clínicas ou risco de saúde relacionados com o excesso de gordura (Onis, 2004; Flegal et al., 2006).

### **1.5 – Prevalência da obesidade e excesso de peso na população infantil**

Relativamente ao aumento da obesidade e excesso de peso entre crianças e adolescentes, nas últimas décadas, há estimativas que mostram que, em todo o mundo, 22 milhões de crianças, com menos de 5 anos, são obesas. Nos EUA, a percentagem de crianças e adolescentes com excesso de peso ou obesidade é 16%. Na Europa, a *IOTF* estima que a prevalência de crianças com excesso de peso seja de 24%. Estes dados levam a considerações relativas à necessidade de desenvolver programas de prevenção contra a obesidade (Tabacchi, Giammanco, La Guardiã & Giammanco, 2007).

Em Portugal, observa-se uma prevalência elevada de excesso de peso e obesidade na população infantil (31.6%) em comparação com outros países europeus. Portugal segue a tendência de outros países mediterrâneos, tais como Espanha (30%), Grécia (31%) e Itália (36%). As prevalências mais elevadas de excesso de peso foram encontradas nos Estados Unidos, Irlanda, Grécia e Portugal (Lissau et al., cit. in., Padez, Mourão, Moreira & Rosado, 2005).

Na população infantil portuguesa, tal como noutros países, as variáveis relacionadas com o comportamento familiar são as mais importantes na etiologia da obesidade infantil (Padez *et al.*, 2005).

### **1.6– Etiologia e factores de risco da obesidade**

De acordo com Fisberg (cit. in., Silva, Costa & Ribeiro, 2008), a obesidade pode ser classificada de duas formas: 1) endógena ou primária, que deriva de problemas endócrinos; 2) exógena ou secundária, que é multicausal, resultante do desequilíbrio entre a ingestão alimentar e o gasto energético. Conforme referido por Oliveira e cols. (2004), a obesidade causada por factores genéticos representa apenas 5% da obesidade e, relativamente à obesidade infantil, as síndromes genéticas e/ou endócrinas que constituem os fenótipos de obesidade do tipo orgânico ou endógena

representam 1% da obesidade infantil, sendo os restantes 99% atribuídos à obesidade nutricional, simples ou exógena.

A obesidade é uma patologia que tem uma etiologia multifactorial. Apesar dos efeitos que os factores genéticos possam ter, aumentando a susceptibilidade para o ganho de gordura, não estão directamente relacionados com a obesidade (Maffeis, 2000). O aumento das taxas de prevalência entre as populações geneticamente estáveis sugere que os factores ambientais – ambiente obesogénico (Lobstein, 2004) – são decisivos no incremento da epidemia da obesidade infantil.

De forma a instaurar programas de prevenção da obesidade, é necessário um conhecimento profundo dos factores que a promovem. Existe uma vasta literatura que providencia informação importante relativa aos principais determinantes da obesidade. Dado que muitos deles são preventivos ou modificáveis, é importante considerar a idade infantil, que representa a fase onde ainda é possível intervir de forma a evitar a instituição desta patologia.

O estudo dos efeitos dos diferentes factores envolvidos é complicado e difícil. Alguns dos factores têm evidência convincente de uma relação positiva com a obesidade, outros são apenas factores prováveis, sendo o seu efeito afectado por outras variáveis.

### **1.6.1- Factores intra-uterinos e perinatais**

A ligação metabólica entre a mãe e o bebé começa na vida fetal e influencia o estabelecimento da obesidade na infância (Vickers *et al.*; Bellinger *et al.*, cit. in., Tabacchi *et al.*, 2007).

Tal influência pode estar relacionada com o ambiente intra-uterino, em si mesmo, uma vez que as respostas adaptativas do bebé são determinadas pelo ambiente pós-natal esperado e por aquele que é encontrado (Tabacchi *et al.*, 2007), pela sobrenutrição da mãe durante a gravidez, que está positivamente correlacionada com o peso à nascença e com a composição corporal neonatal (Li, Goran, Kaur, Nollen & Ahluwalia, 2007; Moreira, Padez, Mourão-Carvalho & Rosado, 2007; Ding & Hu, 2008).

Os factores anteriormente enumerados são os que explicam, de forma mais segura e significativa, os riscos que existem, desde a gravidez, no desenvolvimento da obesidade. Existem, no entanto, muitos outros factores estudados, designadamente o risco que representa a grávida que fuma, dado que a obesidade infantil está associada ao consumo de tabaco por parte da mãe entre a 28<sup>a</sup> e 32<sup>a</sup> semana de gestação (Bergmann *et al.*, cit. in., Tabacchi *et al.*, 2007). A diabetes gestacional (Oken & Gillman, 2003), também consiste num importante factor de risco, pois os bebés de mães com diabetes gestacional têm uma massa gorda superior comparada com bebés de mulheres com uma tolerância normal à glucose, aumento esse que predispõe o bebé a um posterior desenvolvimento de obesidade (Ding & Hu, 2008; Simmons, 2008). O peso do bebé à nascença é um factor controverso, existindo estudos que demonstram uma relação positiva entre o elevado peso à nascença e a obesidade infantil (Persons *et al.*, 2008; Simmons, R., 2008).

### 1.6.2- Factores Familiares

O ambiente familiar é um dos factores que mais influencia as escolhas e os comportamentos alimentares das crianças (Hursti et al; Nicklas et al; Golan & Crow, cit. in., Tabacchi *et al.*, 2007). Segundo Padez e cols. (2005), num estudo efectuado na população portuguesa, as variáveis relacionadas com o comportamento familiar são as mais importantes na etiologia da obesidade.

Ao contrário do nível de educação parental, que parece ser um agente ambivalente no desenvolvimento da obesidade na criança (Tabachi *et al.*, 2007), a obesidade parental é um factor de grande importância no surgimento da obesidade e do excesso de peso (Padez *et al.*, 2005; Moreira, 2007) devido à combinação entre os factores genéticos e comportamentais (Maffei, 2000; Onis, 2004; Lobstein, 2004; Padez *et al.*, 2005; Krebs *et al.*, 2007; Tabacchi *et al.*, 2007; Ding & Hu, 2008). Considerando os factores comportamentais, os pais podem influenciar o peso das suas crianças com os seus próprios comportamentos, que levaram ao seu próprio peso. Segundo os estudos de Reilly *e cols.* (2005), Padez *e cols.* (2005), Moreira (2007), Tabacchi e cols. (2007) e Simmons (2008), esta relação é mais forte quando se trata da obesidade materna, do que da obesidade paterna.

A prevalência da obesidade infantil também é dependente da área de residência, aumentando quando a criança vive num meio rural (Tabacchi *et al.*, 2007).

Ainda neste campo, podemos salientar: a amamentação, que tem sido considerada como um factor protector da obesidade infantil, tendo Arenz et al., 2004 (cit. in., Padez *et al.*, 2005) concluído que existe um pequeno mas consistente efeito contra a obesidade infantil, uma vez que os lactentes alimentados por leite materno têm uma maior capacidade para se auto-regularem relativamente à sua alimentação, fazendo intervalos mais regulares. Desta forma, quanto maior for a duração do aleitamento materno exclusivo, menor é a prevalência de excesso de peso e obesidade encontrada em crianças (Vieira, Silva, Vieira, Almeida & Cabral, 2004; Rego et al., 2005); o aleitamento artificial, que constitui um factor de risco importante para o aparecimento da obesidade, devido à quantidade de gordura existente e ao efeito protector do leite materno, que não existe nestes leites (Moreira et al., 2007). Muito importantes são, mais tarde, os hábitos alimentares, que nas últimas décadas têm vindo a sofrer alterações significativas. Um elevado aporte calórico, fornecido sobretudo através de um elevado suprimento em proteínas e gorduras características das sociedades desenvolvidas, origina um desequilíbrio entre as necessidades e o gasto necessário, originando um incremento da massa gorda corporal total (Rego & Peças, 2007; Tabacchi *et al.*, 2007).

Relativamente aos factores que não estão directamente relacionados com o comportamento nutricional, destacam-se as mudanças na estrutura familiar, pois existem acontecimentos importantes na vida da criança como a mudança de casa, a separação dos pais, o nascimento de um irmão, a morte de um familiar, que podem desencadear um aumento de peso significativo (Fricker *et al.*, cit. in., Pires, 2007). Também na estrutura familiar, resultados indicam que a presença de 1 ou 2 irmãos aumenta o risco de obesidade e

excesso de peso (Tabacchi *et al.*, 2007), o que contrasta com os resultados obtidos por Oliveira e cols. (2003) e Padez e cols. (2005), onde se refere que ser filho único consiste num factor de risco. A duração do sono tem sido uma variável cada vez mais estudada, estando provado que níveis mais reduzidos de obesidade em crianças estão associados a um maior número de horas de sono (Padez *et al.*, 2005; Eisenmann, Panteleimon & Holmes, 2006; Padez, Mourão, Moreira & Rosado, 2009).

### 1.6.3 - Factores comportamentais

Desde a altura da amamentação, as perturbações psicológicas exercem um importante papel no desenvolvimento da obesidade infantil. A mãe, em particular, exerce um importante papel na família, exercendo um controlo natural sobre a criança, muitas vezes dificultando o processo de autonomização, estimulando a alimentação excessiva. Existem outros factores que podem promover o desenvolvimento e persistência da obesidade através da alteração do desenvolvimento emocional (Tabacchi *et al.*, 2007).

A ingestão alimentar, um comportamento complexo que envolve aspectos biopsicossociais, é uma das bases do desenvolvimento das representações psíquicas, elementos constituintes do mundo simbólico, do pensamento, que permitirá a percepção da realidade e o alívio das tensões psíquicas. A compulsão alimentar, quadro derivado de falhas no desenvolvimento do mundo representativo, é vulgarmente associada à obesidade e às dislipidemias<sup>4</sup> (Perez & Romano, 2004). Sujeitos obesos têm um controlo reduzido no que respeita ao apetite, porque as condições incómodas de solidão, ansiedade e depressão levam a um excessivo consumo de gorduras como compensação. Além disso, segundo Bruch (1969), a principal perturbação da obesidade é a inactividade, o que pode também ser entendida como aborrecimento/enfado em vez de depressão, solidão e sentimento de vazio.

Sublinhando a importância da sedentariedade, Drenoski (cit in Tabacchi *et al.*, 2007) refere que a inactividade é um dos principais factores no incremento da obesidade infantil. Inúmeras pesquisas demonstram a correlação positiva entre actividade reduzida e a obesidade na criança e no adolescente (Rees *et al.*, 2006; Tabacchi *et al.*, 2007). Também Reilly (2006) e Carvalhal e cols (2006) fazem referência aos comportamentos sedentários. O aumento da actividade física e a diminuição dos comportamentos sedentários são condutas protectoras contra o ganho de peso na infância e na adolescência.

A personalidade desempenha um importante papel no desenvolvimento e manutenção da obesidade infantil. As pessoas obesas pontuam mais alto em questionários que medem os traços impulsivos e também enveredam por comportamentos impulsivos, como o uso de substâncias (Braet, Mevilde & Vandereycken, 1997).

---

<sup>4</sup> Dislipidemias são alterações metabólicas lipídicas decorrentes de distúrbios em qualquer fase do metabolismo lipídico, que ocasionem repercussão nos níveis séricos de lipoproteínas.

### 1.7 – Comorbilidades da obesidade

As crianças que desenvolvem uma situação de sobrepeso ou obesidade apresentam, ao longo da vida, um risco elevado de vir a manifestar algumas doenças crónicas anteriormente observadas somente em adultos. Algumas destas consequências negativas para a saúde relacionadas com o excesso de gordura corporal podem observar-se já durante a idade pediátrica: diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial, apneia do sono, síndrome metabólica<sup>5</sup>, aceleração metabólica, complicações ortopédicas e síndrome de hipoventilação (Pediatrics, 2000; Lobstein, 2004; Barlow, 2007).

## 2. Obesidade e emoções

O comportamento alimentar é extremamente complexo e transcende a ingestão de alimentos. Compreende dois aspectos: a fome e o apetite. A fome é a expressão biológica da necessidade de regular o balanço energético e obedece a uma necessidade fisiológica. O apetite está ligado à componente psíquica, sendo regido pela necessidade de prazer. Enquanto a fome procura alimento e energia, o apetite procura prazer e satisfação. Assim, a ingestão alimentar na espécie humana não está necessariamente vinculada à fome. Este comportamento é exclusivo do ser humano, que tem uma vida psíquica simbólica. Perez & Romano (2004) concluem referindo que a ingestão alimentar cumpre duas funções muito importantes para o equilíbrio geral do ser humano: fonte de energia e prazer, função tanto biológica como psicológica.

De acordo com a fase oral descrita por Freud, é incontestável que a primeira forma de prazer do bebé acontece através da boca. A interacção da mãe com o bebé e, posteriormente, da família com a alimentação da criança, pode constituir-se como um factor fundamental do surgimento de alguns casos de obesidade. Muitas vezes, a alimentação é recompensada e elogiada de forma acentuada, criando na criança uma sensação de bem-estar e afectividade associada ao alimento.

De acordo com a teoria de Bruch (1973), a experiência de “fome” não é inata, mas sim aprendida. No caso das pessoas obesas, algo correu mal no processo experimental e de interpretação envolvido na satisfação das necessidades nutricionais. Sendo assim, segundo Canetti, Bachar e Berry, (2002) uma pessoa tende a comer em demasia em resposta a tensões emocionais e sensações e sentimentos desconfortáveis.

As emoções detêm diferentes funções motivacionais e contribuem para o controlo dos comportamentos básicos. Sabe-se que todos os seres humanos possuem necessidades emocionais que incluem a necessidade de amor, confiança, autonomia, identidade, auto-estima, reconhecimento e segurança, ou como denominou Schultz, (cit. in., Zottis & Labronici, 2003), de necessidades interpessoais de inclusão, controlo e afeição. Quando estas não são preenchidas desencadeiam no ser humano sentimentos e comportamentos indesejados, como ansiedade, raiva e dúvida de si. Quando

---

<sup>5</sup> Síndrome de resistência à insulina e às células gordurosas

a pessoa não tem o afecto desejado, pode procurar esse afecto através do alimento, fazendo, desta forma, um processo de “compensação” (Perez & Romano, 2004; Keppe, 2005).

Salientando a defesa que a criança encontra na comida, Marcelli (2005) destaca a vivência depressiva característica da criança obesa, e da qual se tenta proteger: “*o vazio, a falta e a ausência são sentidos com acuidade*”.

Uma vez que a percentagem de casos de obesidade causados por patologias endócrinas ou genéticas bem definidas é reduzido (Cataneo, Carvalho & Galindo, 2005), o estudo dos aspectos psicológicos tem ganho alguma importância no seio científico, embora, segundo Marcelli (2005), seja, por vezes, difícil distinguir a dimensão reaccional ou causal das perturbações observadas.

Segundo Fassino, Leombruni, Pierò, Abbate-Daga e Rovera (2003), apesar de não ser considerada como uma perturbação alimentar, a obesidade compreende características psicológicas comuns às perturbações alimentares, como é o caso da impulsividade, baixa auto-estima, insatisfação com o corpo, atitude perfeccionista e desinibição.

Existe uma convicção corrente de que os indivíduos com excesso de peso ou obesidade experienciam maiores perturbações emocionais do que os indivíduos magros. Muito teóricos argumentam que as pessoas obesas têm maior probabilidade de comer em excesso durante situações de stress emocional do que as pessoas com peso normal. De acordo com a teoria psicodinâmica, que defende um *Modelo Psicossomático da Obesidade*, esta doença resulta da utilização da comida como defesa emocional em resposta a emoções negativas como ansiedade, aborrecimento, raiva e depressão (Kaplan e Kaplan, cit. in., Geliebter & Aversa, 2003; Barthomeuf, Droi-Volet & Rousset, 2008).

Vários estudos se têm focalizado na relação entre a alimentação emocional e o peso corporal (Faith, Allison & Geliebter, 1997; Geliebter & Aversa, 2003), concluindo-se que um sub-grupo de pessoas obesas propenso à alimentação emocional é o de compulsão alimentar. A compulsão alimentar relaciona-se de forma positiva com o peso corporal nas pessoas obesas e está provado que os obesos que sofrem de compulsão alimentar apresentam maiores perturbações psicopatológicas do que os que não sofrem de compulsão alimentar. Diversos estudos indicam que os afectos negativos, como raiva, ansiedade e depressão (Macht & Simons, 2000; Macht, 2008), estão presentes antes e depois da compulsão, mas ausentes durante o decorrer da mesma (Faith et al., 1997). Segundo Macht e Simons (2000), um dos estudos menciona que, quando experienciam emoções negativasm, como a ira, os sujeitos comem de forma mais impulsiva, isto é, mais rápida e irregular e tendem a comer para regular o estado emocional.

Lang e cols. (cit. in., Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004) referem que a compulsão para comer é uma das alterações comportamentais mais perturbadoras da obesidade, sendo o ritual alimentar acompanhado, na maioria destes doentes, por reacções emocionais de irritabilidade, desinibição e raiva



A presença de sentimentos de ira (raiva) e de comportamentos agressivos em pessoas obesas tem sido alvo de vários estudos, que tentam encontrar uma relação entre os factores, analisando a sua dinâmica.

Passos (s/d), num estudo onde pretendia analisar a presença e psicodinâmica dos estados depressivos em mulheres obesas com transtorno de compulsão alimentar periódica, verificou a presença de uma sobrecarga interna de estados desagradáveis ligados à depressão, como excesso de auto-avaliação negativa, sentimentos crónicos de raiva e ressentimento, bem como ambivalência afectiva.

Kathalian (cit. in., Cataeno *et al.*, 2005), considera que o acto de comer para os obesos, é tido como tranquilizador, como uma forma de localizar a ansiedade e a angústia no corpo, sendo apresentadas também dificuldades em lidar com a frustração e com os limites.

Campos (cit. in., Cataeno *et al.*, 2005), refere que, no que diz respeito às crianças obesas, elas são mais regredidas e infantilizadas; tendo dificuldades em lidar com as suas experiências de forma simbólica, de adiar as satisfações e obter prazer nas relações sociais, de lidar com a sexualidade, além de uma baixa auto-estima e dependência materna.

No mesmo artigo de Cataeno e cols. (2005) é referido um estudo, levado a cabo por Azevedo (2000) em que, com base no desenho da figura humana, se compararam 30 crianças obesas e 30 crianças não obesas, tendo-se concluído que as primeiras apresentaram mais indicadores emocionais, verificando-se, entre outros, transtornos no esquema corporal, ansiedade, segurança e sinais de agressividade.

Também pondo em evidência a presença de agressividade nas crianças com excesso de peso, temos o estudo levado a cabo por Costa e Biaggio (1998), que, propondo-se investigar as relações entre obesidade e os sentimentos de agressividade e raiva, numa amostra de 60 sujeitos obesos e 60 sujeitos não-obesos, verificaram a existência de relações significativas entre obesidade e as variáveis ansiedade-estado, ansiedade-traço e raiva voltada para dentro.

Num estudo recente de Marmostein e cols. (cit. in., Miotto, Pollini, Restaneo, Faveretto & Preti, 2008), concluiu-se que os comportamentos externalizantes em crianças com 11 anos predizem o aumento de preocupações com o peso, insatisfação corporal e uso inapropriado de comportamentos compensatórios durante a adolescência. Neste estudo, não foi excluída a probabilidade das dificuldades em lidar com temperamentos agressivos favorecerem o desenvolvimento de perturbações alimentares, como forma de ultrapassar o tumulto de emoções criado por tais dificuldades. Miotto e cols (2008) referem também que existe alguma evidência da capacidade de predição da raiva no estabelecimento de compulsão alimentar [...], servindo os episódios de compulsão alimentar como alívio dos sentimentos de raiva.

Enfatizando o papel da raiva no desenvolvimento e (possível) perpetuação da obesidade, referimos, por fim, um estudo efectuado por Macht (1999), onde se conclui que a influência da raiva na alimentação compulsiva é mais fortemente pontuada do que a influência de sentimentos como medo e tristeza. As diferenças nos padrões de respostas fisiológicas

gerados pela raiva, medo, tristeza e alegria podem contribuir nos mecanismos pelos quais a fome é afectada. Os efeitos relativamente fortes da raiva na alimentação impulsiva podem ser causa deste tipo de comportamentos. Concluindo, a raiva, em comparação com outras emoções negativas, poderá ter um papel muito importante no desenvolvimento da compulsão alimentar.

Podemos considerar que a gordura excessiva, nas pessoas obesas, surge como indício de retenção de emoções negativas, como mágoas, raiva, rancor e medos, mas, ao mesmo tempo, como camada protectora e tranquilizadora de todas as ameaças. A literatura refere que as carências afectivas, traumas e frustrações de que o obeso padece, podem ter origem nas experiências precoces da sua infância (Bruch, 1973). Como tal, e após esta exposição, podemos, com razoável fundamento teórico, conjecturar sobre a existência de uma relação entre raiva e agressividade e o aparecimento de situações de obesidade nas crianças.

### 3. Da Frustração à Ira

#### 3.1. Frustração

A teoria da agressão mais popular nas ciências sociais defende que as pessoas são levadas a atacar outras quando se sentem frustradas, quando estão impedidas de alcançar os seus objectivos ou não obtêm as recompensas que estavam à espera.

Segundo a **teoria da frustração-agressão** (1939), tal como a agressão, a frustração tem diferentes significados: para alguns, o termo refere-se a uma barreira externa que impede a pessoa de alcançar um objectivo, para outros é uma reacção emocional interna, mais propriamente, uma “resposta natural, primária e afectiva a uma barreira percebida” (Knaus, 2006). No entanto, nem todas as frustrações geram comportamentos agressivos e, segundo Miller (cit. in., Knaus, 2006), as pessoas podem optar por alternativas.

Apesar das alternativas de resposta, é sabido que os sentimentos negativos são instigadores de inclinações agressivas e de raiva e que “somos maus quando nos sentimos mal”.

Knaus (2006) refere que a baixa tolerância à frustração é uma resposta mal-adaptativa à frustração, tomando diversas formas entre as crianças na idade escolar, nomeadamente alimentação compulsiva e violência, entre outros. Existem vários outros processos negativos que co-existem com as perturbações da frustração. Estas condições incluem o perfeccionismo, mentiras, inibição doentia, auto-conceito negativo, depressão, ansiedade ou abuso de substâncias. As perturbações oriundas da baixa tolerância à frustração são, frequentemente, a base de alguns problemas tais como problemas alimentares, perturbações do impulso, perturbações compulsivas, entre outros.

### 3.2. Ira

A ira (ou raiva) é um estado interno de agitação que regula a interação com o meio e que resulta de condições sociais que envolvem frustrações ou ameaças (Averill, cit in Kerr & Schneider, 2008). É uma forma transitória e reactiva com a situação presente – Ira Estado – ou uma disposição que se torna numa emoção frequente e intensa – Ira Traço. Esta distinção tem sido alvo de muitos anos de pesquisa, inicialmente por Cattell (1965) e, posteriormente, por Spielberger (1980).

A expressão da raiva pode ser direccionada para o interior ou para o exterior do self. A raiva dirigida para o interior envolve uma tentativa de suprimir ou negar os afectos, que são internalizados. A raiva dirigida para o exterior pode envolver palavras, expressões faciais, gestos ou movimentos agressivos. Contudo, o estado de raiva pode levar a tentativas de resolução dos conflitos ou frustrações de forma menos impulsiva (Kerr & Schneider, 2008).

Segundo Spielberger, Jacobs, Russel e Crane (cit. in., del Barrio, Aluja & Spielberger, 2004), e de acordo com a teoria da Ira-Hostilidade-Agressão, a ira é uma emoção básica identificada num primeiro estágio do desenvolvimento da hostilidade e da agressividade. Estas mesmas emoções têm sido observadas em crianças, embora os seus estados emocionais tendam a ser mais frequentes, intensos e diversos, devido à sua baixa maturação cognitiva (Barrio *et al.*, 2004).

Os comportamentos emocionais das crianças têm sido classificados como internalizados ou externalizados, sendo que a ira pode ter ambas as conotações. Num nível de intensidade superior, a ira pode causar desadaptações ou perturbações do comportamento (Averill, cit. in., Barrio, Aluja *et al.*, 2004).

De uma forma geral, as crianças mais novas tendem a expressar mais facilmente a sua irritação do que as crianças mais velhas que, pelo contrário, a reprimem. Isto acontece porque, com a idade, a expressão da irritação passa a ser inaceitável, especialmente com os que não são do seu grupo (Shipman *et al.*, cit. in., Kerr & Schneider, 2008).

Elevados níveis de raiva têm sido associados a uma saúde pobre e problemas de adaptação em crianças e adolescentes. A raiva, na infância, está, também, associada a depressão, agressão, problemas comportamentais e estados de saúde débeis, podendo estes resultar em situações de doença crónica (Phipps & Steele, cit. in., Kerr & Schneider, 2008). Ainda referindo-nos ao estado de saúde que um elevado nível de raiva predispõe, é de referir que, segundo Mueller *et al.* (cit in Kerr & Schneider, 2008), um controlo pobre da raiva é preditor de elevadas percentagens de gordura nas raparigas.

### 3.3. Agressividade

A agressividade é considerada, por muitos autores, como um comportamento de segurança, inato e indispensável à sobrevivência do homem. Pode, também, ser considerada como o culminar de tensões e emoções negativas, sendo a expressão de conflitos internos que tendem a

destabilizar e a contaminar o equilíbrio do indivíduo. As teorias etiológicas descrevem a agressividade como uma reacção impulsiva e inata, considerada como inconsciente e fisiológica (Geen, 2001, Domangue, s/d).

Segundo Berkowitz, a agressividade refere-se à “prontidão relativamente persistente para se tornar agressivo, numa variedade de situações, (...), podendo ser definida como uma forma de conduta com o objectivo de ferir alguém física ou psicologicamente” (1993).

Para Schareftter, 1997 (cit. in., Neto, 2003), agressão é sinónimo de comportamento agressivo e significa “ataque verbal ou efectivo a seres ou coisas”, abrangendo este fenómeno as manifestações de auto e hetero-agressão, ataques verbais e físicos dirigidos contra pessoas e objectos, que colocam em causa a integridade física e psicológica dos indivíduos.

Bertão (2004, cit. in., Sousa, s/d) refere que a agressividade é essencial na sobrevivência, desenvolvimento, defesa e adaptação dos indivíduos. Considera-a, inclusivamente, como um elemento protector que possibilita a construção de um espaço interno, promovendo a diferenciação entre o Eu e o Outro.

Nos humanos foram identificadas duas formas de agressão: impulsiva-reactiva-hostil-afectiva (*impulsiva*) e controlada-reactiva-instrumental-predatória (*controlada*), sendo qualitativamente diferentes. (Vitiello & Stoff, 1997). A agressão impulsiva (afectiva) tem as suas raízes no modelo da frustração-agressão, que a caracteriza como uma resposta defensiva de raiva a uma ameaça, frustração ou provocação (Berkowitz 1993; Connor et al., 2004). Contrastando, a agressão proactiva é originária da teoria da aprendizagem social de Bandura (cit. in. Connor, Steingard & Cunningham, 2004), que a caracteriza como sendo um comportamento deliberado e utilizado para alcançar determinados objectivos.

Ainda segundo os mesmos autores, actualmente não é clara a distinção entre estes dois tipos de agressividade na população infantil; no entanto, os casos de psiquiatria infantil com problemas de comportamentos agressivos demonstram mais frequentemente agressões impulsivas do que controladas.

Crianças com problemas externalizantes, por vezes, experienciam problemas de regulação da raiva e outras emoções. (Eisenberg *et al.*, cit in Kolko, Baumann, Bukstein & Brown, 2007). Alguns estudos laboratoriais demonstraram que a agressão, em particular, está associada a uma emocionalidade negativa, como é o caso da raiva, e competências emocionais limitadas.

A agressão afectiva é frequentemente acompanhada de fortes estados emocionais negativos. E, segundo Berkowitz (1993), ao contrário do que a maioria das pessoas pensa, a tristeza e a depressão, aparentemente conseguem produzir sentimentos de raiva, ideias hostis e tendências agressivas. Dentro das razões para a existência desta relação positiva, podemos referir que, se as tendências agressivas sentidas pelo indivíduo são muito fortes, então todas as formas de agressão – incluindo a agressão dirigida para os outros e a auto-dirigida – também são elevadas. Desta forma, Berkowitz (1993) defende que as disposições para a agressão e para a

depressão podem co-existir numa criança, apesar de, numa altura particular, a criança poder reagir ou agressivamente ou de forma depressiva. Berkowitz (cit. in. Fesbach & Zagrodzka, 1997) propôs que estados nocivos são antecedentes de agressão; tais estados nocivos incluíam a depressão, tal como frustração e dor.

Existe uma alusão à existência de uma relação entre o excesso de peso nas crianças e o aumento de problemas comportamentais. No entanto, essa relação ainda não foi completamente estudada (Lumeng, Gannon, Cabral, Frank & Zuckerman, 2003).

Após esta breve explanação, podemos sintetizar a relação entre estas variáveis e considerar que uma situação ou acontecimento frustrantes podem suscitar uma variedade de emoções, de entre as quais a raiva. A raiva é uma emoção básica que, quando não é suprimida, é traduzida em agressividade e hostilidade

Transpondo esta relação para a temática da obesidade, neste caso obesidade infantil, podemos sintetizar vários aspectos que parecem estar a favor da existência de uma relação entre raiva, e conseqüente agressividade, e obesidade. Em primeiro lugar, é de salientar os estudos que referem que uma das características psicológicas dos obesos é a baixa tolerância à frustração. Desta forma, existindo uma baixa tolerância à frustração, aumentam as emoções negativas, nomeadamente a ira (ou raiva).

Segundo Bruch (1973), a experiência de fome não é inata, mas sim aprendida. No caso das pessoas obesas, algo correu mal no processo experimental e de interpretação envolvido na satisfação das necessidades nutricionais e a pessoa tende a comer em demasia em resposta a tensões emocionais e sensações e sentimentos desconfortáveis. O excesso de comida e a sequente obesidade servem, assim, para apaziguar frustrações e carências, aliviando as tensões.

O papel das emoções tem, então, vindo a ser valorizado no que respeita ao comportamento alimentar na obesidade, existindo uma diversidade modesta de estudos e teorias que defendem e comprovam esta relação (Costa & Biaggio, 1998; Macht, 1999; Canetti *et al.*, 2002; Geliebter & Aversa, 2003; Perez & Romano, 2004; Cataneo *et al.*, 2005; Keppe, 2005; Macht, 2008; Barthomeuf *et al.*, 2009; Silva, s/d; Passos, s/d).

De acordo com Barthomeuf e cols. (2008), o efeito emocional da comida no comportamento alimentar é superior em obesos relativamente às pessoas com peso normal, sendo que nas pessoas obesas os afectos negativos, como raiva, tédio, ansiedade, stress, depressão e solidão, tendem a aumentar o consumo de comida, levando a uma alimentação excessiva (Macht & Simons, 2000; Macht, 2008).

Enfatizando o papel da raiva no desenvolvimento e perpetuação da obesidade, referimos, também, um estudo efectuado por Macht (1999), onde se conclui que a influência da raiva na alimentação compulsiva é mais fortemente pontuada do que a influência de sentimentos como medo e tristeza. Os efeitos relativamente fortes da raiva na alimentação impulsiva podem ser causa deste tipo de comportamentos, exercendo um papel muito importante no desenvolvimento da compulsão alimentar. A compulsão

alimentar é, muito frequentemente, associada à obesidade, por gerar uma ingestão alimentar que ultrapassa as necessidades calóricas que surge de uma necessidade psíquica e não do desequilíbrio do balanço energético (Perez & Romano, 2004).

Sintetizando, podemos, então, pressupor que na origem da obesidade poderão estar causas emocionais relacionadas com a raiva, que se exprime em manifestações agressivas. Sendo assim, a obesidade e os comportamentos agressivos seriam como que um sintoma da baixa tolerância à frustração e raiva sentidas pelas crianças, que seriam consequência de carências afectivas, de necessidades insatisfeitas e incompreendidas e de experiências traumáticas ocorridas na infância. A criança recorrerá à comida como escape, como defesa contra as emoções e sentimentos negativos; a gordura serviria de camada protectora e de retenção de todas as ameaças.

É aqui que assenta o principal objectivo deste estudo: a verificação da existência (ou não) de índices de agressividade e de raiva superiores em crianças obesas, quando comparadas com crianças com peso normal.

## II – Objectivos

O presente estudo tem como **objectivo geral** averiguar a existência de diferenças ao nível da ira e dos comportamentos agressivos em função do peso da criança. Estará, ou não, a raiva associada à obesidade? Terão as crianças com excesso de peso e obesidade maiores índices de agressividade? Como **objectivos específicos**, pretendemos:

1. Caracterizar e comparar os grupos em relação aos índices de ira e suas respectivas dimensões.
2. Estudar as associações entre o IMC e as dimensões da ira.
3. Caracterizar e comparar os grupos em relação aos índices de comportamentos agressivos.
4. Estudar as associações entre o IMC e os comportamentos agressivos.
5. Analisar a influência de variáveis sócio-demográficas na classificação do peso da criança, nomeadamente, o número de irmãos e o IMC dos pais.
6. Estudar as associações entre o IMC e as diversas variáveis consideradas como sendo de influência, nomeadamente o número de irmãos e o IMC dos pais.

A revisão da literatura e os resultados das investigações previamente revistas permitem-nos colocar algumas **hipóteses de trabalho**:

- H1.** Existirão diferenças, quanto ao nível da ira entre os três grupos, nomeadamente entre os grupos de crianças obesas e de peso normal.
- H2.** Existirá uma relação positiva e significativa entre as dimensões da

ira e o IMC.

**H3.** Existirão diferenças, quanto aos comportamentos agressivos, entre os três grupos de classificação de peso.

**H4.** Existirá uma relação positiva e significativa entre os comportamentos agressivos e o IMC.

**H5.** Existirão diferenças estatisticamente significativas relativamente ao nível das variáveis “*nº de irmãos*”, “*imc do pai*” e “*imc da mãe*” na classificação do peso da criança.

**H6.** Existirá uma relação significativa entre as variáveis “*imc do pai*”, “*imc da mãe*” e “*número de irmãos*”, quando associadas à variável “índice de massa corporal” da criança.

### III – Metodologia

Nesta secção são caracterizados a amostra do estudo, os instrumentos e os procedimentos de investigação e estatísticos utilizados para a concretização deste trabalho.

#### 1. Caracterização da amostra

Para a realização da presente investigação foram constituídos três grupos de crianças dos 8 aos 12 anos divididas por: peso normal, excesso de peso ou obesidade.

Como critério de exclusão para o presente estudo delineou-se a obesidade endógena, isto é, as crianças que sofriam de obesidade endócrina ou genética, não eram incluídas na amostra da investigação.

No Quadro 1 é apresentada a caracterização da amostra total e dos três grupos no que respeita às variáveis sociodemográficas. Para o presente estudo iremos considerar a idade, o género, a escolaridade e a localidade.

A amostra total é composta por 108 crianças, sendo que 65 (60.2%) são do sexo feminino e 43 (39.8%) do sexo masculino. A média de idades é de 9.26 anos e os anos de escolaridade variam do 1º (31.5%) ao 6º ano (8.3%).

Em relação aos grupos, com excepção do grupo Obesidade, as idades variam dos 8 aos 12 anos. A média de idades no grupo de Peso normal é de 9.19, sendo constituído por 32 meninas (55.2%) e 26 meninos (44.8%), completando um total de 58 crianças. O grupo de crianças com excesso de peso é composto por 16 crianças do sexo feminino (69.6%) e 7 do sexo masculino (30.4%), apresentando uma média de idades de 9.41. Por último, o grupo de crianças obesas é composto por 27 crianças, das quais 17 são do sexo feminino (63%) e 10 do sexo masculino (37%).

**Quadro 1. Características sociodemográficas da amostra (N=108)**

Variáveis sociodemográficas	Amostra	Peso	Excesso de	Obesidade
	Total	Normal	Peso	(n=27)
	(N=108) N (%)	(n=58) n (%)	(n=23) n (%)	n (%)
<b>Idade</b>				
8	31 (28.7)	16 (27.6)	7 (30.4)	8 (29.6)
9	36 (33.3)	23 (39.7)	4 (17.4)	9 (33.3)
10	27 (25)	13 (22.4)	8 (34.8)	6 (22.2)
11	10 (9.3)	4 (6.9)	2 (8.7)	4 (14.8)
12	4 (3.7)	2 (3.4)	2 (8.7)	---
Total	108 (100)	58 (53.7)	23(21.3)	27(25)
<b>Idade</b>	M= 9.26;	M= 9.19;	M= 9.48;	M= 9.22;
	DP=1.088;	DP=1.034;	DP= 1.275;	DP=1.050;
	Mín= 8;	Mín= 8;	Mín=8;	Mín=8;
	Max=12	Max=12	Max=12	Max=12
<b>Género</b>				
Feminino	65 (60.2)	32 (55.2)	16 (69.6)	17 (63)
Masculino	43 (39.8)	26 (44.8)	7 (30.4)	10 (37)
<b>Escolaridade</b>				
1º	34 (31.5)	22 (37.9)	6 (26.1)	6 (22.2)
2º	39 (36.1)	23 (39.7)	4 (17.4)	12 (44.4)
3º	24 (22.2)	9 (15.5)	9 (39.1)	6 (22.2)
4º	1 (. 9)	---	1 (4.3)	---
5º	1 (. 9)	---	---	1 (3.7)
6º	9 (8.3)	4 (6.9)	3 (13)	2 (7.4)

No Quadro 2 é apresentado o IMC, variável clínica do estudo. Na amostra total podemos observar que a média deste índice é de 19.36, no entanto, na amostra de crianças com excesso de peso aumenta para 20.5, sendo o valor mais elevado referente ao grupo de obesidade (média=25.17).

**Quadro 2. Características clínicas da amostra (N=108)**

Variável Clínica	Amostra	Peso	Excesso de	Obesidade
	Total	Normal	Peso	(N=27)
	(N=108) N (%)	(N=58) N (%)	(N=23) N (%)	N (%)
<b>IMC criança</b>	M= 19.36;	M= 16.19;	M= 20.49;	M= 25.16;
	DP=4.304;	DP=1.687;	DP=1.509;	DP=3.100;
	Mín=9.30;	Mín=9.30;	Mín =17.98;	Mín=20.71;
	Max=31.08	Max=20	Max=24.58	Max=31.08



No Quadro 3 é apresentada informação relativa às variáveis consideradas pelos estudos como sendo influenciadoras do valor do IMC.

No que respeita ao *número de irmãos*, podemos verificar que aumenta quando a criança tem um peso normal, enquanto que no grupo das crianças obesas, a maioria – 15 (55.6%) –, não tem irmãos.

O valor do *IMC dos pais* é um índice muito importante na propensão para o desenvolvimento da obesidade nas crianças. Desta forma, podemos verificar que, quanto ao *IMC do pai*, os valores mais elevados se encontram nos grupos de crianças com excesso de peso ( $M=28.11$ ;  $DP=3.407$ ) e obesidade ( $M=28.21$ ;  $DP=4.8$ ). Relativamente ao *IMC da mãe*, também se verifica a presença de valores mais elevados nos grupos de crianças com excesso de peso e obesidade, em comparação com as crianças com peso normal. No entanto, os valores do grupo de obesidade destacam-se em comparação com os restantes ( $M=26.5$ ;  $DP=4.5$ ).

**Quadro 3. Variáveis de influência no Índice de Obesidade e Excesso de Peso**

Variáveis	Amostra	Peso	Excesso de	Obesidade
	Total	Normal	Peso	(N=27)
	(N=108)	(N=58)	(N=23)	N (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Nº de irmãos</b>				
0	39 (36.1)	14 (24.1)	10 (43.5)	15 (55.6)
1	50 (46.3)	29 (50)	10 (43.5)	11 (40.7)
2	17 (15.7)	13 (22.4)	3 (13)	1 (3.7)
3	2 (1.9)	2 (3.4)	---	---
<b>IMC pai</b>	M= 26.36;	M= 25.10;	M= 28.11;	M= 28.21;
	DP=4.073	DP=3.561;	DP=3.407;	DP=4.787;
	Mín=15.6;	Mín=15.6;	Mín =24.7;	Mín =22.8;
	Max=39.8	Max=38.1	Max=36.2	Max=39.8
<b>IMC mãe</b>	M= 23.78;	M= 22.43;	M= 24.6;	M= 26.52;
	DP=4.021;	DP=3.217;	DP=4;	DP=4.494;
	Mín =18;	Mín =18;	Mín =20.3;	Mín =20.3;
	Max=39.8	Max=38	Max=35.5	Max=39.8

## 2. Instrumentos

O protocolo de avaliação incluiu um questionário de dados sociodemográficos e dois instrumentos que passamos a descrever em seguida.

- **Questionário de dados sociodemográficos**, onde, entre outra informação, requeríamos a altura e o peso da criança, bem como do restante agregado familiar, permitindo assim o cálculo do IMC.

- **State-Trait Anger Expression Inventory – versão crianças e adolescentes (STAXI-NA)<sup>6</sup>** (Del Barrio, Aluja & Spielberger, 2004):

O presente instrumento resulta da transformação do *STAXI*

<sup>6</sup> Vide Anexo 3

(Spielberger, 1988) para adultos, numa forma cuja aplicação fosse adequada para crianças e adolescentes, dos 8 aos 17 anos. A primeira formulação deste instrumento ocorreu nos EUA, em inglês e em espanhol (Del Barrio, Spielberger & Moscoso, 1998), suprimindo-se os itens da forma adulta, que eram considerados inadequados para as crianças. Os elementos seleccionados foram traduzidos para espanhol, com o intuito de criar um instrumento que fosse utilizável em todos os países de língua espanhola.

A prova que aqui se encontra é o resultado de duas fases de depuração, tendo resultado numa versão definitiva composta por 32 itens. Para o presente estudo, procedeu-se à sua tradução para português<sup>7</sup>.

É uma prova de administração escrita, podendo a sua aplicação ser individual ou colectiva. Para este estudo, foi levada a cabo uma aplicação individual.

No presente estudo, uma das variáveis a estudar é a agressividade. Como tal, e devido à escassez de testes psicométricos que permitam avaliar este constructo nas crianças, considerámos adequado avaliar a emoção que a antecede: a ira. Esta é uma emoção primária e anterior à agressividade e à hostilidade. Segundo Spielberger (1990), o controlo e manipulação da agressividade e da hostilidade deveria iniciar-se com o estudo da ira.

A prova é constituída por três partes, sendo todas compostas de conjuntos de afirmações que servem para a criança se descrever a si mesma, podendo o total de pontuações oscilar entre os 32 e os 96 pontos. Na primeira parte, que serve para avaliar a “*Ira-Estado*” e suas sub-escalas “*Sentimentos*” e “*Expressão física e verbal*”, as 8 frases fazem referência à forma como a criança se descreve “naquele momento”, completando uma escala de tipo Likert com 3 pontos: “*Pouco*”, “*Bastante*” e “*Muito*”. Para avaliar a “*Ira-Traço*” (e sub-escalas “*Temperamento*” e “*Reacção*”) e as diferentes formas de *Expressão (Externa e Interna)* e *Controlo (Externo e Interno) da ira*, a criança completou uma escala de frequência, que varia entre “*Quase Nunca*”, “*Às vezes*” e “*Quase Sempre*”.

Foram calculados os valores de consistência interna<sup>8</sup> destas dimensões para as respostas dos sujeitos da nossa amostra total. Verificou-se que o índice de *ira-estado* apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha=.87$ ), bem como as suas sub-escalas: *sentimentos* ( $\alpha=.72$ ) e *expressão física e verbal* ( $\alpha=.91$ ). Quanto ao índice de *ira-traço*, as respostas também revelaram uma boa consistência interna ( $\alpha=.76$ ), tal como nas sub-escalas *temperamento* ( $\alpha=.72$ ) e *reacção* ( $\alpha=.64$ ).

Na análise da consistência interna das sub-escalas que compõem a dimensão *expressão da ira*, observámos fracas consistências internas, quer na escala *expressão interna da ira* ( $\alpha=.53$ ), quer na *expressão externa da ira*

<sup>7</sup> Vide Anexo 4

<sup>8</sup> No sentido de avaliar o índice de consistência interna, recorreremos aos valores estipulados por Pestana e Gageiro (2003), os quais consideram que a consistência interna é inadmissível quando o alfa é inferior a .60, fraca quando o alfa se situa entre .60 e .70, razoável quando o alfa é compreendido entre .70 e .80, boa quando alfa pertence ao intervalo .80 e .90 e muito boa quando o alfa é superior a .90.

( $\alpha=.33$ ), como tal optámos por excluí-las da análise dos resultados. Por último, e relativamente às sub-escalas que compõem a dimensão *controlo da ira*, encontramos boas consistências internas: *controlo interno* ( $\alpha=.83$ ) e *controlo externo* ( $\alpha=.80$ ).

**- Children's Aggression Scale – Parent Version (CAS-P)<sup>9</sup>**  
(Halperin, McKay & Newcorn, 2002):

Este instrumento, de origem americana, permite avaliar a severidade, frequência, predomínio e diversidade de comportamentos agressivos, não-agressivos e disruptivos em crianças dos 7 aos 18 anos.

Esta versão é dirigida aos pais, sendo de aplicação individual e, para o presente estudo, procedeu-se à sua tradução para português.<sup>10</sup> Foram seleccionadas cinco áreas como representativas dos domínios nos quais os comportamentos agressivos são, maioritariamente, manifestados. Os 33 itens que constituem o instrumento avaliam a frequência de actos agressivos em cinco áreas diferentes: *agressão verbal*, *agressão perante objectos e animais*, *agressão física provocada*, *agressão física iniciada* e *utilização de armas*.

Estes itens foram seleccionados com a intenção de distinguir actos menos de actos mais severos de agressão. A distinção entre agressão perante adultos versus pares, bem como a distinção entre agressão em casa e fora, providencia informação adicional relativa ao predomínio e severidade do comportamento agressivo.

Para a maioria dos itens, os respondentes completam uma escala de Likert, de forma a avaliar a frequência de um determinado acto: nunca, uma vez por mês/menos, uma vez por semana/menos, 2-3 vezes por semana ou maioria dos dias. Para os itens que não ocorrem de forma frequente, como por exemplo, “causar danos severos a outro”, são necessárias outras medidas, para indicar o número de vezes que determinado acto ocorreu no último ano: nunca, uma vez ou duas, 3-5 vezes, 5-10 vezes e mais de 10 vezes.

Para o nosso estudo excluimos a dimensão *utilização de armas*, pois considerámos que era uma dimensão descontextualizada na nossa amostra, bem como do nosso objecto de estudo. Sendo assim, procedemos à análise da consistência interna das restantes dimensões: *agressão verbal* ( $\alpha=.64$ ), *agressão contra objectos e animais* ( $\alpha=.24$ ), *agressão física* ( $\alpha=.74$ ), *agressão física provocada* ( $\alpha=.51$ ), *agressão física iniciada* ( $\alpha=.61$ ) e *agressão total* ( $\alpha=.78$ ). Examinámos, também, a consistência das sub-escalas: *agressão contra membros da família* ( $\alpha=.67$ ), *agressão contra membros que não são da família* ( $\alpha=.65$ ), *agressão contra pares* ( $\alpha=.66$ ) e *agressão contra adultos* ( $\alpha=.33$ ). Tendo em conta os baixos valores encontrados na dimensão *agressão contra objectos e animais* ( $\alpha=.24$ ) e na sub-escala *agressão contra adultos* ( $\alpha=.33$ ), optámos por não as incluir na análise dos resultados.

<sup>9</sup> Vide Anexo 5

<sup>10</sup> Vide Anexo 6

### 3. Procedimentos de investigação

Esta investigação consiste num estudo correlacional que contempla um único momento, não ocorrendo manipulação de nenhuma variável.

De forma a obter uma amostra de crianças com peso normal, optámos por distribuir protocolos em escolas. Em Coimbra, após autorização das directoras foram distribuídos 150 protocolos por 3 escolas: Colégio Rainha Santa Isabel, de onde recebemos 38 questionários, e os 1º e 2º Jardins-Escola João de Deus, que nos devolveram 11 e 31 questionários, respectivamente. Cada protocolo foi enviado, dentro de um envelope, a cada criança para que em casa os pais pudessem responder ao questionário que lhes era destinado e a crianças ao dela. Foram solicitadas aos pais autorizações para que as crianças integrassem a amostra (Anexo7).

Com o intuito de recolher uma amostra de crianças com excesso de peso ou obesidade, optámos por distribuir protocolos no Hospital Pediátrico de Coimbra. Após autorização do Conselho de Ética (Anexo8), e graças ao apoio do Dr. Sérgio Velho e suas estagiárias de Nutrição, foram recolhidos 21 questionários (de 50 enviados). O protocolo foi aplicado a crianças e respectivos pais, que frequentavam as consultas de nutrição. Neste local, para além do pedido de autorização aos pais, foi também solicitado um pedido de autorização às crianças com idades iguais ou superiores a 10 anos (Anexo9).

Tendo em mente a ampliação da amostra de crianças com excesso de peso ou obesidade, houve a possibilidade de enviar 50 protocolos a crianças que fazem parte do Projecto Nacional *Plataforma Contra a Obesidade*. Graças ao apoio do Dr. João Breda, foi possível aplicar os protocolos às crianças e respectivos pais que fazem parte do projecto, tendo recebido 9 questionários.

Finalmente, e porque pretendíamos aumentar a nossa amostra, tivemos a possibilidade de distribuir protocolos por algumas escolas do Norte do País, nomeadamente em Paredes (17 questionários) e no Porto (2 questionários).

Num total de 526 protocolos enviados, conseguimos recolher apenas 137 (26%), sendo que apenas 108 (21%) foram considerados válidos. Podemos apontar várias razões para o insucesso na recolha dos protocolos, nomeadamente o término do período escolar e a demora na autorização dada pelo Hospital dos Covões.

Apesar da falta de êxito na recolha da amostra, obtivemos uma amostra com tamanho razoável para ser analisada, tendo os 108 questionários sido divididos em 3 grupos: 58 crianças de peso normal (53.7%), 23 crianças com excesso de peso (21.3%) e 27 crianças com obesidade (25%).

#### 4. Procedimentos estatísticos

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – versão 15.0), com o qual procedemos aos cálculos necessários para as estatísticas descritivas e inferenciais. No que concerne às **estatísticas descritivas** foram calculadas as frequências de variáveis sócio-demográficas e de variáveis clínicas do grupo que constituiu a amostra, bem como as médias e os desvios-padrão quando aquelas correspondiam a variáveis contínuas.

Em relação às **estatísticas inferenciais** para a comparação dos três grupos em variáveis dependentes medidas em escalas quantitativas, tivemos que nos certificar se a nossa amostra preenchia os requisitos dos pressupostos delineados para procedermos à análise. Apesar de dois dos grupos em análise terem menos de 30 sujeitos, com base na informação dada por Hill (citado em Pestana e Gageiro, 2003, p. 253), para uma amostra global de 105 casos, o tamanho mínimo de cada nível do factor é 21. No nosso estudo, como o tamanho da nossa amostra global é de 108 sujeitos, sendo o tamanho mais baixo de um dos níveis do factor correspondente a 23 sujeitos, optámos por utilizar a Anova One-Way. Os pressupostos deste teste, nomeadamente o pressuposto da normalidade da distribuição de valores e o pressuposto da homogeneidade das variâncias, foram analisados através dos testes de Shapiro-Wilks e teste de Levene, respectivamente. O pressuposto da normalidade da distribuição não estava satisfeito para a generalidade das variáveis, mas o segundo pressuposto estava satisfeito. Assim, decidimos optar pelos testes paramétricos, pois a generalidade dos autores refere que estes testes são mais robustos do que as suas alternativas não paramétricas, dado que “a não normalidade tem consequências mínimas na interpretação dos resultados” (Pestana & Gageiro, 2003).

Sempre que o pressuposto da homogeneidade não estava totalmente satisfeito, recorremos ao procedimento *Post-Hoc Games-Howell* para corrigir a homogeneidade das variâncias. Quando o pressuposto da homogeneidade estava satisfeito, recorremos ao procedimento *Post-Hoc Tuckey*, de forma a fazer as comparações múltiplas.

Foram também realizadas análises de consistência interna, através do Alpha de Cronbach, relativas às escalas de todos os instrumentos utilizados para avaliar a adaptação e as estratégias de coping, de forma a conhecer a capacidade paramétrica destes instrumentos. Efectuou-se, também, o cálculo de coeficientes de correlação de Pearson<sup>11</sup> para aferir a natureza da associação entre variáveis, procurando demonstrar que “os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou no sentido inverso” (Murteira, citado em Pestana & Gageiro, 2003).

---

<sup>11</sup> Na avaliação da magnitude das correlações foi utilizada a convenção indicada por Pestana e Gageiro (2003), na qual é sugerido que se considere uma associação muito baixa sempre que o coeficiente de correlação é inferior a .20; baixa entre .20 e .39; moderada entre .40 e .69; alta entre .70 e .89 e muito alta entre .90 e 1.0

## IV – Resultados

Nesta secção iremos apresentar os resultados do nosso estudo, descritos de acordo com os objectivos previamente enumerados. Numa primeira fase iremos caracterizar e comparar os três grupos de crianças no que respeita aos índices da ira e dos comportamentos agressivos. De seguida, iremos analisar a associação e possível influência que as variáveis sociodemográficas, nomeadamente, “nº de irmãos”, “imc do pai” e “imc da mãe” exercem sobre o peso da criança.

### 1. Caracterização e comparação dos três grupos no que respeita aos índices de ira – avaliados através do STAXI-NA

Os resultados apresentados no Quadro 4 são relativos ao teste *One-Way Anova*, utilizado para comparar as médias dos três grupos em análise relativamente aos índices que compõem a ira.

Os resultados referidos neste quadro demonstram que, de uma maneira geral, os grupos de crianças com excesso de peso e obesidade revelaram resultados superiores ao grupo de peso normal, no que respeita às diversas dimensões que avaliam a ira.

Ao analisarmos os níveis de significância, podemos concluir que, apesar dos valores mais altos apresentados pelos grupos de excesso de peso e obesidade, apenas existe uma diferença estatisticamente significativa em função da classificação do peso da criança na variável *sentimentos de ira* [ $F(2,104) = 3.429, p = .036$ ].

**Quadro 4. Caracterização e comparação dos três grupos relativamente ao STAXI-NA (One-Way Anova)**

	Peso Normal (n=58)		Excesso de Peso (n=23)		Obesidade (n=27)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Ira-Estado	8.29	1.510	8.04	.209	8.70	1.463	1.629	.201
Sentimentos de Ira	4.18	.848	4.04	.209	4.59	1.010	3.429	.036*
Expressão física e verbal da Ira	4.11	.679	4.00	.000	4.11	.577	.321	.726
Ira-Traço	12.28	2.882	13.52	3.013	12.96	3.966	1.349	.264
Temperamento	5.62	1.565	6.35	1.774	6.37	2.169	2.238	.103
Reacção	6.66	1.996	7.17	1.723	6.59	2.099	.687	.505
Controlo Externo da Ira	8.29	2.216	8.39	2.083	7.59	2.576	1.044	.356
Controlo Interno da Ira	8.45	2.280	8.74	2.378	7.70	2.350	1.418	.247
Controlo Total da Ira	16.74	4.042	17.13	3.684	15.30	4.250	1.591	.209

\*  $p \leq .05$

De forma a averiguar onde se encontram as diferenças estatisticamente significativas, e uma vez que a homogeneidade das variâncias não foi totalmente satisfeita, procedemos ao teste *Post-Hoc Games Howell (Anexo1)*.

Os resultados apresentados no teste *Post-Hoc* revelam que as diferenças estatisticamente significativas, relativas à variável *sentimentos de ira*, se encontram entre os grupos de excesso de peso e obesidade, sendo que o grupo de crianças obesas apresenta níveis mais elevados daquela variável, em comparação com o grupo de crianças com excesso de peso.

## 2. Relação entre as dimensões da ira e o índice de massa corporal das crianças.

Apesar de termos concluído no ponto 1.1 que existe apenas uma diferença estatisticamente significativa entre as dimensões da ira e a variável categorial “*classificação de peso*” das crianças, pensámos ser interessante averiguar se existe alguma correlação entre a variável numérica “*índice de massa corporal*” e as dimensões da ira, tendo sempre em consideração que uma relação entre variáveis não pressupõe ligação de causalidade.

No Quadro 5 apresentamos a única correlação estatisticamente significativa encontrada entre o IMC e as dimensões da ira.

Quadro 5. Correlação entre o IMC e o Temperamento da Ira (*Pearson Correlation*)

		Índice de Massa Corporal (IMC)
Temperamento	Correlação de Pearson	.236*
	<i>p</i>	.014
	<i>N</i>	108
Ira-Traço	Correlação de Pearson	.169
	<i>p</i>	.081
	<i>N</i>	108
Ira-Estado	Correlação de Pearson	.076
	<i>p</i>	.437
	<i>N</i>	106

Podemos concluir que existe uma associação positiva baixa ( $R=.236$ ,  $p=.14$ ), estatisticamente significativa entre o IMC e o Temperamento da Ira, verificando-se correlações positivas baixas entre o imc e as dimensões “ira-traço” ( $R=.169$ ,  $p>.05$ ) e “ira-estado” ( $R=.076$ ,  $p>.05$ ), mas não estatisticamente significativas.

### 3. Caracterização e comparação dos três grupos no que respeita aos índices de comportamentos agressivos – avaliado através do CAS

De forma a comparar as médias relativas às dimensões que compõem a escala de comportamentos agressivos, entre os três grupos de crianças, recorreremos ao teste *One-Way Anova*.

A realização deste teste permitiu-nos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, no que respeita às dimensões avaliadas.

### 4. Relação entre as dimensões da agressividade e o índice de massa corporal das crianças.

Não se encontraram correlações estatisticamente significativas nem com magnitude suficiente para serem consideradas.

### 5. Análise da influência das variáveis sócio-demográficas no peso da criança.

Neste tópico são apresentados os dados que se referem à influência que determinadas variáveis sócio-demográficas exercem sobre o peso da criança.

#### 5.1. Influência da variável “número de irmãos” na classificação do peso da criança

No quadro 6 estão expostos os resultados obtidos através do teste *One-Way Anova* utilizado para comparar as médias dos três grupos em análise relativamente à variável *número de irmãos*.

Quadro 6. Análise da influência da variável “nº de irmãos” na classificação do peso da criança (*One-Way Anova*)

	Peso Normal (n=58)		Excesso de Peso (n=23)		Obesidade (n=27)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Número de irmãos	1.05	7.82	.70	.703	.48	.580	6.310	.003*

Podemos verificar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a variável “número de irmãos” e os três grupos de classificação de peso.

De forma a localizar a diferença existente, e uma vez que o pressuposto da homogeneidade não foi violado, procedemos ao teste *Post-*



*Hoc de Tuckey.*

Analisando os resultados do teste, verificámos que as diferenças estatisticamente significativas ocorrem entre os grupos de crianças com peso normal e obesidade, sendo que as crianças do grupo de peso normal têm um maior número de irmãos do que as crianças com obesidade.

### 5.2. Influência das variáveis “*imc do pai*” e “*imc da mãe*” na classificação do peso da criança

O quadro 7 apresenta os resultados obtidos através do teste *One-Way Anova* utilizado para comparar as médias dos três grupos em análise relativamente às variáveis “*imc do pai*” e “*imc da mãe*”.

**Quadro 7. Análise da influência das variáveis “*imc do pai*” e “*imc da mãe*” na classificação do peso da criança (One-Way Anova)**

	Peso Normal (n=58)		Excesso de Peso (n=23)		Obesidade (n=27)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>IMC do pai</b>	25.10	3.561	28.11	3.407	28.21	4.787	6.050	.004*
<b>IMC da mãe</b>	22.43	3.217	24.59	4.044	26.52	4.494	9.178	.000**

\* p≤.05

\*\* p≤.001

Podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o imc do pai [F (2, 75)= 6.050, p=.004], o imc da mãe [F (2,91)= 9.178, p<.001] e a classificação do peso da criança. Podemos, inclusive, referir que, à medida que o imc dos pais vai aumentando, também o peso da criança aumenta, uma vez que as médias mais elevadas, respectivamente M=28.21 para o pai e M=26.52 para a mãe, correspondem ao grupo de crianças obesas.

De maneira a confirmar esta influência, recorreremos ao teste *Post-Hoc* de comparação múltipla de *Tuckey*.

Observando os dados resultantes do teste, concluímos que o imc do pai é significativamente superior nos grupos de crianças com excesso de peso e obesas, quando comparado com o grupo das crianças de peso normal. Não se verifica uma diferença estatisticamente significativa no imc do pai entre os grupos de excesso de peso e obesidade.

Relativamente ao imc da mãe, podemos referir que existe uma única diferença estatisticamente significativa entre o grupo de peso normal e o grupo de obesidade. Uma vez que a média de diferenças (Obesidade-Normal) é positiva, podemos concluir que o imc da mãe no grupo de crianças obesas é estatisticamente superior ao grupo de crianças com peso normal.

### 5.3. Diferenças entre o género da criança e o imc dos pais

A título de curiosidade, averiguámos, também, a possibilidade da existência de diferenças estatisticamente significativas entre o género da criança e o imc dos pais, isto é, a relação entre o imc da mãe e as crianças de sexo feminino, e a relação entre o imc do pai e as crianças de sexo masculino, não tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas.

## 6. Correlações

Neste tópico serão descritos alguns dados referentes às possíveis correlações existentes entre a variável numérica “índice de massa corporal” da criança e as variáveis “número de irmãos”, “imc do pai” e “imc da mãe”, de forma a aferir a natureza da sua associação, levando sempre em linha de conta que as possíveis relações encontradas entre as variáveis não pressupõem a existência de ligações de causalidade.

### 6.1. Associação entre o número de irmãos e o imc da criança

No Quadro 8 apresenta-se os resultados da correlação entre as variáveis.

Quadro 8. Correlações entre imc da criança o número de irmãos (*Pearson Correlation*)

Nº de irmãos	Índice de Massa Corporal (IMC)	
	Correlação de Pearson	-.210*
	<i>p</i>	.009
	<i>N</i>	108

\*  $p \leq .05$

Os resultados referidos no quadro demonstram que existe uma relação estatisticamente significativa entre o nº de irmãos da criança e o seu imc. Essa associação é negativa baixa, o que significa que quanto maior o número de irmãos, menor o imc da criança.

### 6.2. Associação entre o índice de massa corporal da criança e o imc dos pais

Quadro 9. Correlações entre imc da criança e imc dos pais (*Pearson Correlation*)

	Índice de Massa Corporal (IMC)		IMC do pai
		Correlação de Pearson	
IMC do pai	<i>p</i>	.010	---
	<i>N</i>	78	---
		Correlação de Pearson	.462**
IMC da mãe	<i>p</i>	.000	.000
	<i>N</i>	74	74

\*  $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$

Aqui pretendemos averiguar a existência de uma associação entre o imc dos pais e o imc da criança.

Tendo em conta os resultados encontrados, podemos referir que existem associações estatisticamente significativas entre as variáveis.

Verifica-se uma correlação positiva baixa entre o IMC do pai e o IMC da criança ( $R=.289$ ,  $p=.010$ ) e uma correlação positiva moderada entre o IMC da mãe e o IMC da criança ( $R=.462$ ,  $p<.01$ ), o que significa que, quanto maior o imc dos pais da criança, maior o seu próprio imc. A magnitude desta relação é superior para o imc da mãe, salientando a sua importância.

Para além da relação entre o IMC da criança, é também interessante considerar a relação estatisticamente significativa encontrada entre o IMC do pai e o IMC da mãe, revelando uma associação positiva moderada entre as duas variáveis ( $R=.409$ ,  $p<.01$ ).

## **V – Discussão**

Nesta secção, iremos proceder à interpretação dos resultados obtidos na nossa investigação, tomando como referência a revisão da literatura efectuada e as hipóteses de investigação colocadas. Em primeiro lugar, iremos debruçar-nos sobre os resultados relativos às dimensões da ira e a agressividade em função dos três grupos estudados. Posteriormente, iremos centrar-nos na contribuição das variáveis sociodemográficas na classificação de peso.

### **1.A obesidade e a ira**

Segundo Barthomeuf, Droï-Volet e Rousset (2008), o efeito emocional da comida no comportamento alimentar é superior em obesos do que em pessoas com peso normal, sendo que nas pessoas obesas os afectos negativos, nomeadamente a ira, tendem a aumentar o consumo de comida, levando a uma alimentação excessiva. Apesar de ténues, os resultados da presente investigação salientam a presença da ira nas crianças obesas, sendo que, em parte, corroboram a hipótese de investigação que estabelecemos (H1).

A partir da análise dos resultados verificamos que, de uma maneira geral, o grupo das crianças com excesso de peso e o grupo das crianças com obesidade revelam resultados superiores ao grupo das crianças com peso normal, no que respeita às diversas dimensões que avaliam a ira. Apesar de não serem estatisticamente significativos, é de salientar os resultados mais elevados pontuados pelas crianças obesas no que respeita à ira-estado e ao temperamento de ira. Estes resultados fazem uma alusão ao estado emocional que as crianças obesas demonstram e à forma como, frequentemente, reagem, sendo regida por sentimentos de raiva e de fúria.

As restantes dimensões que não revelam diferenças estatisticamente significativas, pontuam mais alto no grupo das crianças com excesso de peso.

Existe apenas **uma diferença estatisticamente significativa, ao nível dos sentimentos de ira**, entre os diversos grupos de crianças, sendo evidente a discrepância entre o grupo de excesso de peso e o grupo de crianças obesas. Este resultado vai de encontro à literatura onde, segundo a teoria de Bruch (1973), a pessoa tende a comer em demasia em resposta a tensões emocionais e sentimentos desagradáveis e que, nas pessoas obesas, os afectos negativos, como a ira, tendem a aumentar o consumo de comida (Macht, 2008).

Podemos assim concluir que as crianças obesas apresentam maior índice de sentimentos de ira, o que vai de encontro à teoria, que defende que a ira é uma das emoções negativas que mais impulsiona a pessoa a comer e, conseqüentemente, a aumentar o seu peso corporal. Desta forma, podemos corroborar a hipótese de que, quanto maior o sentimento de ira, maior o consumo de comida e maior o peso da pessoa.

## **2.Associação entre o IMC e as dimensões da ira**

Apesar de termos encontrado apenas uma diferença estatisticamente significativa, pensámos ser interessante estudar a relação entre a variável “*índice de massa corporal*” e as dimensões da ira (H2). Analisando os resultados da correlação, encontramos uma associação positiva baixa entre o imc e o temperamento de ira que é estatisticamente significativa. Apesar de não se poder estabelecer uma ligação de causalidade entre as duas variáveis, podemos concluir que existe uma associação positiva entre elas, isto é, que **quanto maior o valor do temperamento de ira, maior o índice de massa corporal**. Este resultado corrobora a literatura que, entre outras coisas, evidencia a capacidade de predição da raiva no estabelecimento de compulsão alimentar, servindo os episódios de compulsão alimentar como um alívio da mesma (Miotto et al., 2008).

Encontraram-se, também, correlações positivas baixas entre o índice de massa corporal e as dimensões “ira-traço” e “ira-estado”, que, apesar de não serem estatisticamente significativas, apoiam na corroboração da hipótese.

## **3.A obesidade e a agressividade**

Segundo Kerr e Schneider (2008) a raiva dirigida para o exterior pode envolver palavras, expressões faciais, gestos ou movimentos agressivos e, segundo a teoria da Ira-Hostilidade-Agressão, a ira é uma emoção básica identificada num primeiro estágio da agressividade.

Como a ira é um antecedente dos comportamentos agressivos, pensámos que faria sentido avaliar, para além das dimensões da ira, os comportamentos agressivos, pois, segundo Hammer (citado em Cataeno et al., 2005), nas crianças obesas existem, para além de transtornos do esquema corporal e ansiedade, sinais de agressividade. No entanto, os resultados da presente investigação não corroboraram esta hipótese (H2).

A análise dos resultados permite-nos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre os três grupos de crianças, no

que respeita aos comportamentos agressivos.

Segundo Shipman et al (citado em Kerr & Schneider, 2008), de uma maneira geral, as crianças mais novas tendem a expressar mais facilmente a sua irritação do que as crianças mais velhas, que, pelo contrário, a reprimem.

Seria de esperar que as crianças do grupo de obesidade, por apresentarem maior índice de sentimentos de ira, manifestassem, também, mais comportamentos agressivos. No entanto, não é isso que se verifica quando observamos os resultados da análise, o que põe em questão se, de facto, reprimirão os sentimentos e emoções negativas que sentem. Este é um assunto que poderia ser pautado para trabalhos futuros, de forma a esclarecer a relação entre a obesidade e a agressividade.

#### **4.Associação entre o IMC e a agressividade**

Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos no que respeita aos comportamentos agressivos, propusemo-nos averiguar a existência de alguma relação entre o índice de massa corporal e a agressividade (H4).

Os resultados encontrados mostram que não existem correlações estatisticamente significativas nem com magnitude suficiente para serem consideradas. Não se verifica, então, uma associação entre o índice de massa corporal e a agressividade.

#### **5.A influência do número de irmãos e do imc dos pais na classificação do peso da criança**

Uma vasta literatura refere que existem factores familiares que influenciam o peso da criança.

**5.1.** Segundo Oliveira e cols. (2003) e Padez e cols. (2005), ser filho único consiste um factor de risco no desenvolvimento da obesidade infantil. No entanto, contrastando com esta noção, surge o estudo de Tabacchi *et al* (2007), que referem que a presença de um ou de dois irmãos potencia o risco de obesidade ou excesso de peso. Os resultados da presente investigação corroboram a hipótese proposta (H5), que anota a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de classificação do peso, no que concerne ao número de irmãos da criança.

A partir da análise dos resultados verificamos, não só que o **“número de irmãos” é uma variável de influência na classificação do peso**, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, mas também que essas diferenças ocorrem entre o grupo de crianças com peso normal e o grupo de crianças obesas, sendo que o grupo das crianças de peso normal apresenta maior número de irmãos do que o grupo de crianças com obesidade.

Estes nossos resultados vão de encontro aos estudos divulgados por Oliveira e cols (2003) e Padez e cols (2005), que referem o facto de se ser filho único como factor de risco na génese da obesidade na criança.

**5.2.** Outro dos factores de risco de grande importância no surgimento do excesso de peso e obesidade é a obesidade parental (Padez et al., 2005; Moreira, 2007). Segundo os estudos de Reilly e cols (2005), Padez e cols (2005), Moreira (2007), Tabachi e cols (2007) e Simmons (2008), esta relação é mais forte quando se trata da obesidade materna, do que da obesidade paterna. Os resultados desta investigação corroboram a hipótese (H5) que aponta a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de classificação do peso, no que concerne ao índice de massa corporal dos pais.

Analisando os resultados encontrados podemos verificar que **existem, de facto, diferenças estatisticamente significativas relativas ao imc do pai e ao imc da mãe, entre os três grupos de classificação do peso da criança.**

Examinando o imc do pai, verificamos que as diferenças se encontram entre o grupo de crianças com peso normal e os restantes grupos, isto é, comparando com o grupo de crianças com excesso de peso e o grupo de crianças obesas, o grupo de crianças com peso normal apresenta sempre valores mais baixos de imc do pai.

Relativamente ao imc da mãe, verificamos que existe apenas uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de crianças com peso normal e o grupo de crianças com obesidade. Esta diferença é superior às diferenças encontradas na comparação do imc do pai com os três grupos, corroborando, assim, o pressuposto de que o imc da mãe influencia mais fortemente a classificação do peso da criança do que o imc do pai.

**5.3.** Por fim, na análise de diferenças entre o género da criança e o imc do pai de sexo respectivo, não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa, salientando-se, assim, a possível predominância do ambiente sobre a genética.

## **6. Correlações**

Por último, efectuámos correlações com o objectivo de aferir a natureza das associações entre o índice de massa corporal da criança e o número de irmãos e o imc dos pais. Como já vimos anteriormente, o tipo de estrutura familiar pode estar associado ao índice de massa corporal da criança (Tabacchi et al., 2007). Sendo assim, a nossa hipótese (H6) assenta na existência de uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

**6.1.** Os resultados permitem corroborar a hipótese que defende a existência de uma **relação estatisticamente significativa entre o número de irmãos e o imc da criança.** Analisando os resultados obtidos, encontramos uma correlação negativa baixa e estatisticamente significativa. Esta associação significa que, quanto maior for o número de irmãos, menor será o índice de massa corporal da criança.

**6.2.** Por fim, os resultados permitiram corroborar a hipótese que

advoga a existência de uma relação estatisticamente significativa entre o imc dos pais e o imc da criança. **As correlações encontradas foram positivas e estatisticamente significativas.** A única diferença encontrada foi em relação à magnitude dessas mesmas correlações, sendo que a correlação do imc da mãe com o imc da criança é positiva moderada, enquanto que a correlação entre o imc do pai e o imc da criança é positiva baixa. Estes resultados vão, mais uma vez, ao encontro dos pressupostos teóricos que referem que, apesar da existência de uma relação entre a obesidade parental e a obesidade na criança, esta relação é mais forte no caso da obesidade materna, do que na obesidade paterna.

### **7. Implicações práticas**

Os nossos dados permitiram demonstrar a importância do reconhecimento das emoções envolvidas em todo o processo da obesidade, pretendendo suscitar uma perspectiva diferente sobre a doença, não a descrevendo apenas enquanto resultado de hábitos de uma sociedade moderna e sedentária, mas também como sintoma de profundas questões emocionais. Neste sentido, salientamos a necessidade de um acompanhamento psicológico destas crianças, de forma a providenciar apoio emocional com vista à resolução do problema.

Ao longo do trabalho demos conta de uma questão que seria da alguma importância transpôr para trabalhos futuros: onde e como se inicia o ciclo raiva – obesidade? Podemos supor que a ira, que segundo a literatura é uma das emoções negativas que mais impulsiona o acto de comer, pode levar ao aumento de peso e à consequente obesidade. Mas esse aumento de peso não vai, por si só, despoletar mais raiva e outras emoções negativas? Seria interessante averiguar onde e como deter a obesidade. De acordo com a literatura, há quem aponte a infância como uma das principais causas da obesidade e esse seria o mote para uma futura investigação.

### **8. Limitações e recomendações para futuros estudos**

Ainda que reconheçamos o possível contributo do presente trabalho para a literatura científica da área, parece-nos que este contempla algumas limitações que não devem deixar de ser apontadas.

O primeiro limite é referente à falta de aferição dos instrumentos à população portuguesa. Não obstante o nosso estudo ter consistido em comparações entre os grupos constituintes das amostras e não segundo as normas, achamos que a validação dos instrumentos é necessária.

Podemos considerar o tamanho da nossa amostra como constituindo um limite do nosso estudo, pois, apesar do tamanho da amostra total ser razoável, o tamanho dos grupos de crianças com excesso de peso e crianças com obesidade poderia ter sido maior, dando maior consistência aos resultados encontrados.

Como última limitação do nosso estudo apontamos alguma informação que tenha ficado por apurar e que teria sido útil e necessária à

interpretação dos resultados, como seria o caso da história do desenvolvimento da criança e da relação mãe-filho.

Como futuros estudos, para além da validação dos instrumentos já referida, consideramos que seria interessante a construção e validação de um instrumento de alimentação emocional para a população infantil portuguesa.

A análise, de forma mais detalhada e exaustiva, do tipo de ira e da sua expressão e controlo nas crianças obesas seria importante, uma vez que no nosso estudo surge uma ira aparentemente suprimida devido à ausência de comportamentos agressivos.

## **VI – Conclusões**

A temática da obesidade infantil tem assumido um papel cada vez mais relevante e preocupante na nossa sociedade, sendo fundamental a aproximação psicológica do problema.

O objectivo principal do presente estudo consistia em caracterizar e comparar a ira e a agressividade em crianças com diferentes classificações de peso, nomeadamente, crianças com peso normal, crianças com excesso de peso e crianças obesas.

Como aponta a literatura, esta é uma área ainda pouco estudada, pouco referenciada e pouco apreciada que se encontra estritamente relacionada com os primórdios do problema. No entanto, é já assente a importância das emoções no desenvolvimento da obesidade, nomeadamente as emoções negativas. Como uma vez o Dr. Sérgio Velho disse “as pessoas têm o estereótipo da criança gordinha e feliz. Mas eu já trabalho há muitos anos com crianças obesas e já percebi que não é bem assim. Existem muitos traumas e muitas experiências negativas”.

Posto isto, a investigação na área tem distinguido a ira como a emoção negativa que mais influencia a alimentação, logo, foi por aí que delineámos o nosso objectivo. Sofrerão as crianças obesas (ou com excesso de peso) de mais sentimentos de ira? Será que esses sentimentos se exprimem através de comportamentos mais agressivos?

Com o presente estudo constatámos que, de facto, os sentimentos de ira estão mais presentes nas crianças obesas do que nas restantes crianças, mas que, ao contrário do que era esperado, não são expressos em mais comportamentos agressivos.

Neste estudo aproveitámos, também, para reforçar o papel da estrutura familiar no peso da criança, alertando para eventuais factores de risco, como é o caso do número de irmãos reduzido (ou inexistente) e o próprio peso dos pais, principalmente o peso da mãe.

Como nota final, salientamos a importância da procura da origem do problema, sendo que, normalmente, se encontra na infância. Com este trabalho pretendemos alertar para o papel da comida enquanto elemento apaziguador, compensador e protector de carências, privações, perdas, mágoas e rancor. Acreditamos que o obeso engole as suas carências e



frustrações, pois foi assim que aprendeu a resolver os problemas, materializando na comida o elemento condutor e assimilador dos seus medos, inseguranças e angústias.

Assim sendo, parece-nos importante que a criança obesa, para além do acompanhamento nutricional e médico, receba um acompanhamento psicoterapêutico que lhe possibilite analisar o seu mundo interior, a fim de providenciar todo o suporte emocional e, acima de tudo, descobrir a natureza da sua relação com a comida.

## Bibliografia

- Barbosa, V.L. (2009). *Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência*. São Paulo: Editora Manole Ltda.
- Barrio, V., Aluja, A. & Spielberger, C. (2004). Anger assessment with the STAXI-CA: psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37, 227-244. Retirado de Elsevier
- Barrio, V., Spielberger, C.D. & Aluja, A. (2005). *STAXI-NA – Inventario de Expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescents – Manual*. Madrid: Tea Publicaciones.
- Barlow, S.E. (2007). Expert Committee Recommendations regarding the prevention, assessment and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report [Versão electrónica]. *Pediatrics*, 120, 164-192.
- Barthomeuf, L., Droit-Volet, S. & Rousset, S. (2008). Obesity and emotions: differentiation in emotions felt towards food between obese, overweight and normal-weight adolescents [Versão electrónica]. *Food Quality and Preference*, 20, 62-68.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression – its causes, consequences and control*. USA: McGraw-Hill
- Bernardi, F., Cichelero, C. & Vitolo, M. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidad [Versão electrónica]. *Revista de Nutrição*, 18(1), 85-93.
- Braet, C., Mervielde, I. & Vandereycken, W. (1997). Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample [Versão electrónica]. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(1), 59-71.
- Brambilla, P., Manzoni, P., Sironi, S., Simone, P., Del Maschio, A., Di Natale, B., Chiumello, G. (1994). Peripheral and abdominal adiposity in childhood obesity [Abstract]. *International Journal of Obesity*, 18 (12): 795-800.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. EUA: Basic Books.
- Bueno, M.B. & Fisberg, R.M. (2006, Outubro/Dezembro). Comparação de três critérios de classificação de sobrepeso e obesidade entre pré-escolares. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 6 (4), 411-417. Retirado em 18 Novembro, 2008, de <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/08.pdf>
- Cannetti, L., Bachar, E. & Berry, E. (2002). Food and emotion [Versão electrónica]. *Behavioural Processes*, 60, 157-164.
- Carvalho, M., Padez, C., Moreira, P. & Rosado, V. (2006). Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7-9 years [Versão electrónica]. *European Journal of Public Health*, 17 (1), 42-46.

- Catalano, P.M., Thomas, A.J., Avallone, D.A. & Amini, S.B. (1995). Anthropometric estimation of neonatal body composition [Abstract]. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173, 1176-81.
- Cataneo, C., Carvalho, A. & Galindo, E. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controlo e ansiedade [Versão electrónica]. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 18(1), 39-46.
- Cintra, Isa (2000). Avaliação da composição corporal e gasto energético. Obesidade e anemia carencial na adolescência. *Instituto Danone*, 133-146.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. & Dietz, W.H. (2000, 6 Maio). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey [Versão electrónica]. *BMJ* 320, 1-6.
- Connor, D., Steingard, R. & Cunningham, J. (2004). Proactive and reactive aggression in referred children and adolescents [Versão electrónica]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74 (2), 129-136.
- Costa, Janine & Biaggio, Ângela. (1998). Aspectos emocionais da obesidade: ansiedade e raiva [Abstract]. *Arquivo brasileiro de psicologia*, 50(3): 30-50.
- Ding, E. & Hu, F. (2008). Determining origins and causes of childhood obesity via Mendelian randomization analysis [Versão electrónica]. *Plos Medicine*, 5: 353-355.
- Domangue, I. (s/d). A agressividade – pontos de vista psicanalítico e etológico. In Golse, B. (2005). *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança* (pp. 239-242). Lisboa: Climepsi Editores.
- Eisenmann, J., Panteleimon, E. & Holmes, M. (2006). Sleep duration and overweight among Australian children and adolescents [Versão electrónica]. *Acta Pediátrica*, 95: 956-963.
- Faith, M., Allison, D. & Geliebter, A. Emotional Eating and Obesity: theoretical considerations and practical recommendations. (1997) In Dalton, S. *Overweight and weight management – the health professional's guide to understanding and practice*, Cap 17, 439-465. EUA: Aspen Publishers.
- Fassino, S., Leombruni, P., Pierò, A., Abbate-Daga, G. & Rovera, G. (2003). Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder [Versão electrónica]. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 559-566.
- Feshbach, S. & Zagrodzka, J. eds (1997). *Aggression: biological, developmental, and social perspectives*. New York: Plenum Press
- Field, A. (2008). Predictors and consequences of childhood obesity. In Hu, Frank (Eds.). *Obesity – epidemiology*, pp416-436. Oxford: University Press
- Flegal, K.M., Tabak, C.J. & Ogden, C.L. (2006). Overweight in children: definitions and interpretation [Versão electrónica]. *Health Education Research – Theory & Practice*, 21 (6), 755-760.
- Geen, R. (2001). *Human aggression*, 2<sup>nd</sup> ed. Buckingham: Open University Press.

- Geliebter, A & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight and underweight individuals [Versão electrónica]. *Eating Behaviors*, 3, 341-347.
- Golse, Bernard (2005). *O desenvolvimento afectivo e intelectual da criança*. Climepsi Editores.
- Halperin, J. M., McKay, K. E. & Newcorn, J. H. (2002). Development, reliability and validity of the children's aggression scale-parent version [Versão electrónica]. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:3, 245-252.
- Halperin, J. M. & McKay, K. E. (2008). *CAS: Children's Aggression Scale – Professional Manual*. EUA: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Hu, Frank (2008). *Obesity – epidemiology*. Oxford: University Press.
- Jegard, S. & Walters, R. (1960). A study of some determinants of aggression in young children [Versão electrónica] *Child development*, 31, 739-747.
- Krebs, N.F., Himes, J.H., Jacobson, D., Nicklas, T.A., Guilday, P. & Styne, D. (2007). Assessment of Child and Adolescent Overweight and Obesity [Versão electrónica]. *Pediatrics*, 120, 193-228.
- Kerr, M. & Schneider, B. (2008). Anger expression in children and adolescents: a review of the empirical literature [Versão electrónica] *Clinical Psychology Review*, 28, 559-577.
- Keppe, M. (2005). Acompanhamento psicanalítico do paciente com sobrepeso, obesidade e obesidade mórbida [Versão electrónica]. *Revista de Transpsicanálise*, 1-12.
- Knaus, W. (2006). Frustration Tolerance Training for Children. In Ellis, A. & Bernard, M. (Eds). *Rational Emotive Behavioral Approaches to childhood disorders – Theory, practice and research*, 133-155. EUA: Springer.
- Kolko, D., Baumann, B., Bukstein, O. & Brown, E. (2007). Internalizing symptoms and affective reactivity in relation to the severity of aggression in clinically referred, behavior-disordered children [Versão electrónica]. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 745-759.
- Kuczumarski RJ, Ogden C, Grummer-Strawn L, et al.(2000). CDC Growth Charts: United States. Advance Data, Vital and Health Statistics of the Centers for Disease Control and Prevention. *National Center for Health Statistics* 314, 1-28. Retirado em Novembro de 2009, de <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/109/1/45>
- Li, C., Goran, M., Kaur, H., Nollen, N & Ahluwalia, J. (2007). Developmental trajectories of overweight during childhood: role of early life factors [Versão electrónica]. *Obesity*, 15 (3), 760-771.
- Lobstein, T. (2004). Can we prevent child obesity? [Versão electrónica] *Adolescence: Pediatric and Adolescent Medicine*, 9, 219-228.
- Lumeng, J., Gannon, K., Cabral, H., Frank, D. & Zuckerman, B. (2003). Association between clinically meaningful behavior problems and overweight in children. *Pediatrics*, 112, 1138-1145. Retirado em Novembro, de <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/112/5/1138>.

- Maffeis, C. (2000). Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents [Versão electrónica]. *European Journal of Pediatrics*, 159, 35-44.
- Macht, M. (1999). Characteristics of Eating in Anger, Fear, Sadness and Joy [Versão electrónica]. *Appetite*, 33, 129-139.
- Macht, M. & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life [Versão electrónica]. *Appetite*, 35, 65-71.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model [Versão electrónica]. *Appetite*, 50, 1-11.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi editores
- Miotto, P., Pollini, B., Restaneo, A., Faveretto, G. & Preti, A. (2008). Aggressiveness, anger, and hostility in eating disorders [Versão electrónica]. *Comprehensive Psychiatry*, 49, pp. 364-373.
- Moreira, P. (2005). *Obesidade – Muito peso, várias medidas* (2ª ed). Porto: Ambar.
- Moreira, P., Padez, C., Mourão-Carvalho, I. & Rosado, V. (2007). Maternal weight gain during pregnancy and overweight in Portuguese children [Versão electrónica]. *International Journal of Obesity*, 31, 608-614.
- Moreira, P. (2007). Overweight and obesity in Portuguese children and adolescents [Versão electrónica]. *Journal of Public Health*, 15, 155-161.
- Neto, A. (2003). *A mentalização dos afectos ou o agir das emoções – um contributo para o estudo da agressividade e da psicopatologia do pensamento*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação: Universidade de Coimbra.
- Neovius, M., Linné, Y., Barkeling, B. & Rossner, S. (2004). Discrepancies between classification systems of childhood obesity [Versão electrónica]. *Obesity reviews*, 5, 105-114.
- Oken, E. & Gillman, M. (2003). Fetal origins of obesity [Versão electrónica]. *Obesity Research*, 11 (4), 496-506.
- Oliveira, A., Cerqueira, E., Souza, J. & Oliveira, A. (2003). *Sobrepeso e Obesidade Infantil: Influência de Factores Biológicos e Ambientais em Feira de Santana, BA* [Versão electrónica]. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabólica*, 47 (2), 144-150.
- Onis, M. (2004). The use of anthropometry in the prevention of childhood overweight and obesity [Versão electrónica]. *International Journal on Obesity*, 28: 81-85.
- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children [Versão electrónica]. *Acta pediátrica*, 94, 1550-1557.
- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2009). Long sleep duration and childhood overweight/obesity and body fat [Versão electrónica]. *American Journal of Human Biology*, 21: 371-376.
- Passos, Teresa.(s/d). *Psicodinâmica depressiva em obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica: estudo com o método de rorschach* [Abstract]. Manuscrito não publicado, Universidade de São Paulo, São Paulo.

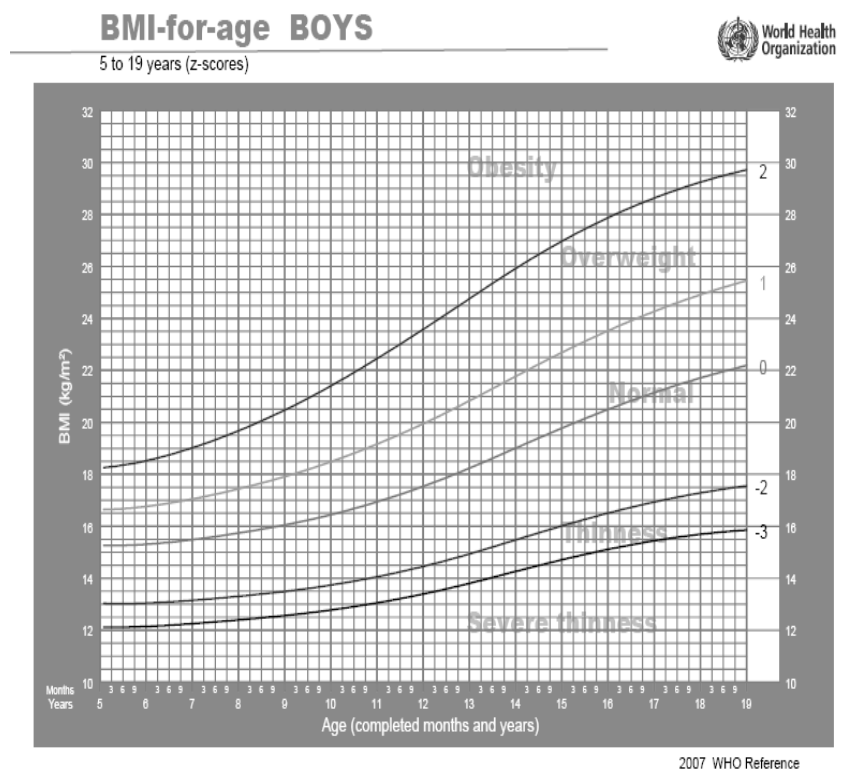
- Perez, G. & Romano, B. (2004). Comportamento alimenta e síndrome metabólica: aspectos psicológicos [Versão electrónica]. *Rev Soc Cardiologia Estado de São Paulo*, 4, 544-550.
- Pinto, E., Oliveira, A.R., Alencastre, H. & Lopes, C. (2005). Avaliação da composição corporal na criança por métodos não invasivos [Versão electrónica]. *Arquivos Médicos*, 19 (1-2), 47-54.
- Pires, I.C. (2007). *Obesidade na infância e na adolescência: um estudo sobre a consulta de adolescência e obesidade infantil do hospital Sousa Martins-Guarda*. Tese de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Educação: Universidade da Beira Interior.
- Rees, R., Kavanagh, J., Harde, A., Shepherd, J., Brunton, G., Oliver, S. & Oakley, A. (2006). Young people and physical activity: a systematic review matching their views to effective interventions [Versão electrónica]. *Health Education Research*, 21 (6): 806-825.
- Rego, C., Silva, D., Guerra, A., Fontoura, M., Mota, J., Maia, J., Fonseca & Gaspar de Matos (2005). Obesidade pediátrica: a doença que ainda não teve direito a ser reconhecida. A propósito do 1º simpósio português sobre obesidade pediátrica. *Alimentação Humana*, 11 (2).
- Rego, C. & Peças. M.A. (2007). *Crescer para cima*. Lisboa: Obras em curso & 101 Noites.
- Reilly JJ, Dorosty AR, Emmett PM. (2000). Identification of the obese child: adequacy of the body mass index for clinical practice and epidemiology [Versão electrónica]. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24: 1623-7.
- Reilly, J.J., Armstrong, J., Dorosty, A.R., Emmett, P., Ness, A., Rogers, I., Steer, C. & Sheriff, A. (2005, Maio). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study [Versão electrónica]. *BMJ*, 1-7.
- Reilly, J.J. (2006). Obesity in childhood and adolescence: evidence base clinical and public health perspectives. *Postgrad Med J*, 82, 429-437.
- Rosenzweig, S. (1978). *Aggressive behaviour and the Rosenzweig Picture-Frustration Study*. New York.
- Salim, C. & Bicalho, R. (2004). Obesidade infantil – aspectos psicológicos envolvidos na causa e suas conseqüências. *Univ. Ci. Saúde*, vol. 2(1), p. 1-151. Brasília.
- Simmons, R. (2008). Perinatal programming obesity [Versão electrónica]. *Seminars in perinatology*, 32: 371-374.
- Sigulem, D.M., Devincenzi, M.U. & Lessa, A. C. (2000). Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente [Versão electrónica]. *Jornal de Pediatria*, 76 (3), 275-284.
- Silva, Y., Costa, R. & Ribeiro, R. (2008). Obesidade infantil: uma revisão bibliográfica [Versão electrónica]. *Saúde e Ambiente em Revista*, 3(1), 1-15.
- Soares, N.T. (2003, Janeiro/Março). Um novo referencial antropométrico de crescimento: significados e implicações [Versão electrónica]. *Revista Nutrição*, 16 (1), 93-104.
- Sousa, P. (s/d). Agressividade em contexto escolar. Retirado em Novembro de 2009, de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0261.pdf>

- Speiser, P.W., Rudolf, M.C.J., Anhal, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A. et al (2005). Consensus Statement: Childhood obesity [Versão electrónica]. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90 (3), 1871-1887.
- Tabacchi, G., Giammanco, S., La Guardia, M. & Giammanco, M. (2007). A review of the literature and a new classification of the early determinants of childhood obesity: from pregnancy to the first years of life [Versão electrónica]. *Nutrition Research*, 27, 587-604.
- Teles, A.G., Reis, J.L. & Dias, T. (2008). *Obesidade – prevenção e terapêutica*. Lisboa: Editorial Presença.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C. & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica [Versão electrónica]. *Análise Psicológica*, 3 (XXII): 533-550.
- Vieira, G., Silva, L., Vieira, T., Almeida, J. & Cabral, V. (2004) Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas [Versão electrónica]. *Jornal de Pediatria*, 80: 411-416.
- Vittello, B. & Stoff, D. (1997). Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry [Versão electrónica]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 307-315.
- Weststrate, J.A.; Deurenberg, P. (1989). Body composition in children: proposal for a method for calculating body fat percentage from total body density or skinfold-thickness measurements [Versão electrónica]. *American Journal of Clinical Nutrition*, 50 (5): 1104-15.
- WHO (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva,. *WHO Technical Report Series*, 854.
- WHO (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. *WHO Technical Report Series*, 894.
- WHO (Março, 2008). Child Growth Charts in the Northern Territory – Considerations of the 2008 WHO growth services. *World Health Organization*, 3-21. Retirado em Janeiro de 2009, de [http://www.health.nt.gov.au/library/scripts/objectifyMedia.aspx?file=pdf/22/13.pdf&siteID=1&str\\_title=Child%20Growth%20Charts%20in%20the%20Northern%20Territory%202008%20Discussion%20Paper%20.pdf](http://www.health.nt.gov.au/library/scripts/objectifyMedia.aspx?file=pdf/22/13.pdf&siteID=1&str_title=Child%20Growth%20Charts%20in%20the%20Northern%20Territory%202008%20Discussion%20Paper%20.pdf)
- Williams, J., Wake, M. & Hesketh, K. et al (2005). Health-Related Quality of life of overweight and obese children. *The Journal of the American Medical Association*, 293(1), 70-76, January 5, 2005. Retirado em Novembro de 2009, de <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/293/1/70>.

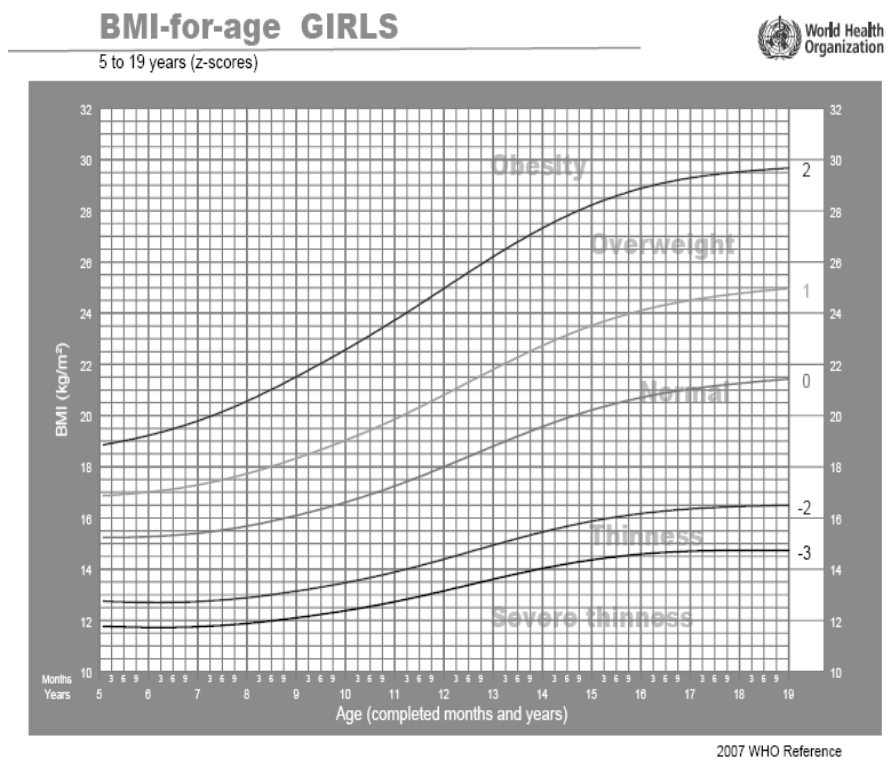
## **Anexos**



**Anexo1.** Pontos-de-corte do IMC para crianças do sexo masculino, dos 5 aos 19 anos, segundo a OMS



**Anexo 2.** Pontos-de-corte do IMC para crianças do sexo feminino, dos 5 aos 19 anos, segundo a OMS



**Anexo 3.** Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en Niños y Adolescentes – STAXI-NA

## PARTE 1

- » Traslade las puntuaciones de cada fila a su **RECUADRO** correspondiente.
- » Luego **SUME** las puntuaciones de cada columna para obtener la puntuación de cada escala.
- » Sume ahora las puntuaciones de las dos escalas para hallar la **PUNTUACIÓN ESTADO TOTAL**.
- » Traslade las puntuaciones de cada escala al **PERFIL** y consulte los baremos para hallar qué nivel le corresponde.

				ESTADO	
	1	2	3	SENT.	EXP. F y V
1. Estoy furioso .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text"/>
2. Estoy enfadado .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text"/>
3. Estoy rabioso .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text"/>
4. Tengo ganas de insultar .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text"/>
5. Tengo ganas de pegar .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text"/>
6. Estoy molesto .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text"/>
7. Tengo ganas de dar patadas .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text"/>
8. Tengo ganas de maltratar a alguien .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text"/>
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				+	
				PD ESTADO TOTAL <input type="text"/>	

## PARTE 2

- » Traslade las puntuaciones de cada fila a su **RECUADRO** correspondiente.
- » Luego **SUME** las puntuaciones de cada columna para obtener la puntuación de cada escala.
- » Sume ahora las puntuaciones de las dos escalas para hallar la **PUNTUACIÓN TOTAL RASGO**.
- » Traslade las puntuaciones de cada escala al **PERFIL** y consulte los baremos para hallar el percentil que le corresponde a cada una de las puntuaciones directas (PD).

				RASGO DE IRA	
	1	2	3	TEMP.	REACC.
9. Tengo mal genio .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text"/>
10. Me irrito fácilmente .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="10"/>	<input type="text"/>
11. Me enfurece retrasarme por culpa de otros ...	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="11"/>	<input type="text"/>
12. Me enfurece que no se reconozca que trabajo bien	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="12"/>	<input type="text"/>
13. Exploto fácilmente .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="13"/>	<input type="text"/>
14. Digo cosas desagradables .....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="14"/>	<input type="text"/>
15. Me enfurece que me corrijan delante de otros	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="15"/>	<input type="text"/>
16. Me enfurece hacer bien un examen y tener mala nota	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="16"/>	<input type="text"/>
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				+	
				PD RASGO TOTAL <input type="text"/>	



### PARTE 3

- » Traslade las puntuaciones de cada fila a su **RECUADRO** correspondiente.
- » Luego **SUME** las puntuaciones de cada columna para obtener la puntuación de cada escala.
- » Finalmente traslade las puntuaciones de cada escala al **PERFIL** y consulte los baremos para hallar el percentil que le corresponde a cada una de las puntuaciones directas (PD).

#### EXPRESIÓN Y CONTROL DE IRA

	1	2	3
17. Demuestro mi enfado .....	1	2	3
18. Escondo mis sentimientos .....	1	2	3
19. Tengo ganas de llorar .....	1	2	3
20. Prefiero estar solo .....	1	2	3
21. Doy portazos .....	1	2	3
22. Discuto.....	1	2	3
23. Siento rabia pero me lo callo .....	1	2	3
24. Cuando pierdo el control, se dominarme .....	1	2	3
25. Me tranquilizo antes que los otros .....	1	2	3
26. Controlo mi furia.....	1	2	3
27. Me enfrento directamente con lo que me enfada	1	2	3
28. Controlo mis sentimientos de ira.....	1	2	3
29. Respiro profundamente para tranquilizarme ....	1	2	3
30. Hago cosas que me tranquilizan.....	1	2	3
31. Trato de relajarme .....	1	2	3
32. Hago cosas que me calman.....	1	2	3

Diagram showing the layout for recording scores. It includes four vertical lines representing scales: EXP. EXT., EXP. INT., C. EXT., and C. INT. Each line has boxes for items 17-32. At the bottom, there are boxes for summing scores in each column and a final box for the total score (PD C. TOTAL) with a plus sign.



Autores: V. del Barrio, C. D. Spielberger y A. Aluja.

Copyright © 2005 by TEA Ediciones, S.A.

Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan uno en negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

#### **Anexo 4.** Tradução para português do *STAXI-NA*

# STAXI-NA

Nome (iniciais):

Idade:                      Data de nascimento:

Sexo: Feminino \_\_\_ Masculino \_\_\_

Escolaridade:

Localidade:

## PARTE 1

**Instruções:** apresentamos-te uma série de afirmações que utilizamos para nos descrevermos a nós próprios. Lê cada frase e marca com uma cruz (X) a resposta que melhor descreve COMO TE SENTES NESTE PRECISO MOMENTO.

	Pouco	Bastante	Muito
1. Estou furioso(a).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estou aborrecido(a).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou com raiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tenho vontade de insultar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tenho vontade de bater.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estou incomodado(a).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenho vontade de dar pontapés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tenho vontade de maltratar alguém.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PARTE 2

Instruções: lê cada frase e marca com uma cruz (X) a resposta que melhor descreve COMO TE SENTES HABITUALMENTE.

	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre
9. Tenho mau-feitio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Irrito-me facilmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Enfurece-me atrasar-me por causa dos outros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Enfurece-me quando não reconhecem que trabalho bem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Expludo facilmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Digo coisas desagradáveis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Enfurece-me que me corrijam à frente dos outros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Enfurece-me fazer bem um teste e ter má nota.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



28. Controlo os meus sentimentos de fúria.....
29. Respiro profundamente para me acalmar.....
30. Faço coisas que me tranquilizam.....
31. Faço por me relaxar.....
32. Faço coisas que me acalmam.....

*Obrigada pela participação!*

---

Adaptado de Barrio, V., Spielberger, C.D. & Aluja, A. (2005). *STAXI-NA – Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes*. Madrid: TEA

**Anexo 5.** CAS-P – Children’s Aggression Scale – Parent’s  
Version



Item no.	VA	AOA	UW	PPA	IPA	AFM	ANM	ATP	ATA
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									
31.									
32.									
33.									
Subtotals for Items 21-32									
Subtotals for Items 1-20									
Total Raw Scores									

✓	0	✓	67	✓	134	✓	201	✓	268					
✓	0	✓	81	✓	162	✓	243	✓	324					
✓	0	0	✓	57	1	✓	114	2	✓	171	3	✓	228	4
✓	0	0	✓	77	1	✓	154	2	✓	231	3	✓	308	4
✓	0	0	✓	50	1	✓	100	2	✓	150	3	✓	200	4
✓	0	0	✓	80	1	✓	160	2	✓	240	3	✓	320	4
✓	0	✓	79	✓	158	✓	237	✓	316					
✓	0	✓	103	✓	206	✓	309	✓	412					
✓	0	✓	66	✓	132	✓	198	✓	264					
✓	0	✓	50	✓	100	✓	150	✓	200					
✓	0	✓	88	✓	176	✓	264	✓	352					
✓	0	✓	100	✓	200	✓	300	✓	400					

(Y) Yes      (N) No      (NA) Does Not Apply

## **Anexo 6.** Tradução para português do *CAS-P*

## Escala de Agressividade em Crianças (Children's Aggression Scale)

Criança: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_ F \_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Respondente: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

I. AGRESSÃO VERBAL - esta secção irá centrar-se em incidentes nos quais não houve qualquer contacto físico ou luta.

**DURANTE O ÚLTIMO ANO, COM QUE FREQUÊNCIA A SUA CRIANÇA:**

- |  |       |                     |                        |                      |                  |
|--|-------|---------------------|------------------------|----------------------|------------------|
| 1. Bateu ou gritou para crianças que vivem em sua casa?                  | Nunca | 1 vez por mês/menos | 1 vez por semana/menos | 2-3 vezes por semana | maioria dos dias |
| 2. Bateu ou gritou para adultos que vivem em sua casa?                   | Nunca | 1 vez por mês/menos | 1 vez por semana/menos | 2-3 vezes por semana | maioria dos dias |
| 3. Bateu ou gritou para pares/amigos que não vivem em sua casa?          | Nunca | 1 vez por mês/menos | 1 vez por semana/menos | 2-3 vezes por semana | maioria dos dias |
| 4. Bateu ou gritou para adultos que não vivem em sua casa?               | Nunca | 1 vez por mês/menos | 1 vez por semana/menos | 2-3 vezes por semana | maioria dos dias |
| 5. Amaldiçoou crianças que vivem em sua casa?                            | Nunca | 1 vez por mês/menos | 1 vez por semana/menos | 2-3 vezes por semana | maioria dos dias |
| 6. Amaldiçoou adultos que vivem em sua casa?                             | Nunca | 1 vez por mês/menos | 1 vez por semana/menos | 2-3 vezes por semana | maioria dos dias |
| 7. Amaldiçoou pares/amigos que não vivem em sua casa?                    | Nunca | 1 vez por mês/menos | 1 vez por semana/menos | 2-3 vezes por semana | maioria dos dias |
| 8. Amaldiçoou adultos que não vivem em sua casa?                         | Nunca | 1 vez por mês/menos | 1 vez por semana/menos | 2-3 vezes por semana | maioria dos dias |
| 9. Ameaçou verbalmente bater numa criança que vive em sua casa?          | Nunca | 1 vez por mês/menos | 1 vez por semana/menos | 2-3 vezes por semana | maioria dos dias |
| 10. Ameaçou verbalmente bater num adulto que vive em sua casa?           | Nunca | 1 vez por mês/menos | 1 vez por semana/menos | 2-3 vezes por semana | maioria dos dias |
| 11. Ameaçou verbalmente bater em pares/amigos que não vivem em sua casa? | Nunca | 1 vez por mês/menos | 1 vez por semana/menos | 2-3 vezes por semana | maioria dos dias |
| 12. Ameaçou verbalmente bater em adultos que não vivem em sua casa?      | Nunca | 1 vez por mês/menos | 1 vez por semana/menos | 2-3 vezes por semana | maioria dos dias |

## II. AGRESSÃO CONTRA OBJECTOS E ANIMAIS

DURANTE O ÚLTIMO ANO, COM QUE FREQUÊNCIA A SUA CRIANÇA:

13. Bateu numa porta, deu um pontapé numa cadeira ou atirou objectos partidos com raiva? Nunca 1 vez por mês/menos 1 vez por semana/menos 2-3 vezes por semana maioria dos dia
14. Vandalizou ou destruiu a propriedade de outrem? Nunca 1 vez por mês/menos 1 vez por semana/menos 2-3 vezes por semana maioria dos dia
15. Provocou, gozou ou aborreceu um animal estimação ou outro animal? Nunca 1 vez por mês/menos 1 vez por semana/menos 2-3 vezes por semana maioria dos dia
16. Feriu ou torturou um animal de estimação ou outro animal vivo? Nunca 1 vez por mês/menos 1 vez por semana/menos 2-3 vezes por semana maioria dos dia

## III AGRESSÃO FÍSICA

A. Agressão física provocada – esta secção irá centrar-se em situações nas quais outra pessoa provocou ou iniciou uma luta com a sua criança (isto é, quando é a outra pessoa a iniciar o contacto físico)

DURANTE O ÚLTIMO ANO, COM QUE FREQUÊNCIA A SUA CRIANÇA:

17. Lutou, quando provocada, com outra criança que vive em sua casa? Nunca 1 vez por mês/menos 1 vez por semana/menos 2-3 vezes por semana maioria dos dia
18. Lutou, quando provocada, com um adulto que vive em sua casa? Nunca 1 vez por mês/menos 1 vez por semana/menos 2-3 vezes por semana maioria dos dia
19. Lutou, quando provocada, com pares/amigos? Nunca 1 vez por mês/menos 1 vez por semana/menos 2-3 vezes por semana maioria dos dia
20. Lutou, quando provocada, com adultos que não vivem em sua casa? Nunca 1 vez por mês/menos 1 vez por semana/menos 2-3 vezes por semana maioria dos dia
21. Com que frequência essas brigas resultaram em lesões corporais leves (ex: arranhões, nódoas negras)? Nunca Uma vez ou duas 3-5 vezes 5-10 vezes mais de 10 vezes
22. Com que frequência essas brigas resultaram em lesões corporais graves (ex: ossos partidos ou que requeriram cuidados médicos)? Nunca Uma vez ou duas 3-5 vezes 5-10 vezes mais de 10 vezes

Por favor, descreva: \_\_\_\_\_

B. AGRESSÃO FÍSICA INICIADA – esta secção irá centrar-se em brigas que foram iniciadas pela sua criança (isto é, quando ela/ele tomou o primeiro contacto físico).

DURANTE O ÚLTIMO ANO, COM QUE FREQUÊNCIA A SUA CRIANÇA:

23. Iniciou uma luta física com uma criança que vive em sua casa? Nunca 1 vez por mês/menos 1 vez por semana/menos 2-3 vezes por semana maioria dos dia
24. Iniciou uma luta física com um \_\_\_\_\_ Nunca 1 vez por mês/menos 1 vez por semana/menos 2-3 vezes por semana maioria dos dia

adulto que vive em sua casa?

25. Iniciou uma luta física com pares/amigos que não vivem em sua casa? Nunca 1 vez por mês/menos 1 vez por semana/menos 2-3 vezes por semana maioria dos dias

26. Iniciou uma luta física com adultos que não vivem em sua casa? Nunca 1 vez por mês/menos 1 vez por semana/menos 2-3 vezes por semana maioria dos dias

27. Com que frequência estas lutas resultaram em

Nunca Uma vez ou duas 3-5 vezes 5-10 vezes mais de 10 vezes

lesões corporais leves (ex: arranhões)?

28. Com que frequência essas lutas resultaram em lesões corporais graves (ex: ossos partidos ou que requeriram cuidados médicos)?

Nunca Uma vez ou duas 3-5 vezes 5-10 vezes mais de 10 vezes

Por favor, descreva: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### IV. UTILIZAÇÃO DE ARMAS

DURANTE O ÚLTIMO ANO, COM QUE FREQUÊNCIA A SUA CRIANÇA:

29. Transportou uma arma (ex: faca, pistola)? Nunca Uma vez ou duas 3-5 vezes 5-10 vezes mais de 10 vezes

30. Ameaçou outrem com uma arma? Nunca Uma vez ou duas 3-5 vezes 5-10 vezes mais de 10 vezes

31. Utilizou uma arma numa briga? Nunca Uma vez ou duas 3-5 vezes 5-10 vezes mais de 10 vezes

32. Feriu outrem com uma arma? Nunca Uma vez ou duas 3-5 vezes 5-10 vezes mais de 10 vezes

33. Este comportamento ocorreu num contexto de gangue? SIM NÃO

Adaptado para português da versão original de Jeffrey M. Halperin.

Grata pela colaboração



## **Anexo 7. Pedido de autorização aos pais**



FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### Declaração (versão pais)

Assunto: Autorização de administração do protocolo referente ao projecto de investigação: “Comportamento alimentar e a sua relação com a expressão das emoções”

Eu, ....., responsável por ....., declaro aceitar colaborar na investigação supracitada, bem como o meu filho(a), disponibilizando-me para a recolha de dados, levada a cabo pela Mestranda de Psicologia Clínica, Ana Luísa Póvoa, sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Sá.

O protocolo para os pais é composto por:

- Entrevista sócio-demográfica
- Escala de agressividade em crianças (CAS) – versão pais

O protocolo para o seu filho é composto por:

- STAXI-NA – Escala de Expressão da Ira

Salvaguardando a confidencialidade, anonimato e utilização exclusiva para fins científicos das respostas ao protocolo, encarecidamente, agradecemos a sua colaboração.

*Ana Luísa Pessoa Tavares Roque Póvoa*

Ana Luísa Póvoa

Mestranda em Psicologia Clínica da  
Faculdade de Psicologia da Universidade  
de Coimbra

*Eduardo Sá*

Professor Doutor Eduardo Sá

Orientador do Mestrado em Psicologia  
Clínica da Faculdade de Psicologia da  
Universidade de Coimbra

**Anexo 8.** Autorização do Conselho de Ética do Centro Hospital de Coimbra



SERVIÇOS CENTRAIS  
CENTRO HOSPITALAR COIMBR

Estudo autorizado, devendo  
ser cumpridos as recomendações  
dos requerentes

15/06/09

Exm.º Sr.  
Dr. Rui Pato  
Presidente do Conselho de Administração  
do C.H.C., E.P.E.

V/Ref.	Sua comunicação de	Data	Nossa Referência
		12-06-2009	56/09

**Assunto: PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO – “OBESIDADE INFANTIL E A SUA RELAÇÃO COM A AGRESSIVIDADE”**

Exm.º Sr. Dr. Rui Pato:

Analisado o pedido de estudo de investigação realizado pelo Dr. Joaquim Sá, entende esta Comissão que eticamente não existe nada a opor à realização do mesmo, mas os formulários de consentimento informado devem sempre ser rubricados pelos pais e pelas crianças.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética do  
Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

(Dr.ª Natália Moreira)



15-06-09 09:04:279 CONS.PHINCHIC  
de

SERVIÇOS CENTRAIS  
DO CENTRO HOSPITALAR  
DE COIMBRA

Quinta dos Vales  
S. Martinho do Bispo  
3041-853 COIMBRA  
Tel. 239 800 100  
Fax: 239 442 929

HOSPITAL GERAL DA C.  
PORTUGUESA DO BRASIL

Quinta dos Vales  
S. Martinho do Bispo  
3041-853 COIMBRA  
Tel. 239 800 100

HOSPITAL PEDIÁTRICO  
DE COIMBRA

Avenida Braçaya Barral  
3000-076 COIMBRA  
Tel. 239 480 300

MATERNIDADE  
BISSAYA BARRETO

Rua Augusta  
3000-051 COIMBRA  
Tel. 239 480 400

APARTADO 2005  
3041-853 COIMBRA

www.chc.mh-saude.pt



**Anexo 9.** Pedido de autorização às crianças com idade igual ou superior a 10 anos



## Declaração (versão crianças com idades $\geq 10$ anos)

FACULDADE DE PSICOLOGIA  
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Assunto: Autorização de administração do protocolo referente ao projecto de investigação: “Comportamento alimentar e a sua relação com a expressão das emoções”

Eu,

.....  
....., declaro que aceito colaborar na investigação supracitada, disponibilizando-me para a recolha de dados, levada a cabo pela Mestranda de Psicologia Clínica, Ana Luísa Póvoa, sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Sá.

O protocolo é composto por:

- STAXI-NA – Escala de Expressão da Ira

Salvaguardando a confidencialidade, anonimato e utilização exclusiva para fins científicos das respostas ao protocolo, encarecidamente, agradecemos a sua colaboração.

Ana Luísa Póvoa

Mestranda em Psicologia Clínica da  
Faculdade de Psicologia da Universidade  
de Coimbra

Professor Doutor Eduardo Sá

Orientador de Mestrado em Psicologia  
Clínica da Faculdade de Psicologia da  
Universidade de Coimbra