
Artigo original

Perfil Psicológico das Crianças com Sobrepeso e Obesidade Atendidas em um Ambulatório de Reeducação Alimentar

Psychological Profile of Children with Overweight and Obesity at a Food Reeducation Ambulatory

 <http://dx.doi.org/10.18316/2317-8582.16.34>

Karen Freitas Bittencourt¹, Andre Bendl,
Luciane Stival¹, Rafael Zanin¹, Julio Cesar
Walz^{1*}

Resumo: Atualmente, o tratamento da obesidade é considerado um enorme desafio terapêutico e de evidência limitada na eficácia da intervenção até nossos dias. Estudos sobre alterações psicológicas são raros na literatura envolvendo crianças com excesso de peso. O presente estudo avaliou aspectos psicológicos das crianças com excesso de peso atendidas pelo ambulatório de reeducação alimentar de um Centro Universitário em Canoas, RS, através da *Child Behavior Checklist* (CBCL). A amostra foi constituída de 28 binômios que participam do estudo com excesso de peso, 89,29% possuíam alterações psicológicas avaliadas pela CBCL. Os resultados mostraram que as populações *borderline* e clínica são muito maiores entre as crianças. Destacamos que as relações entre excesso de peso e aspectos psicológicos ainda permanecem obscuras na literatura. Existe ainda hoje uma dificuldade em compreender um padrão

comportamental, na população pesquisada. A importância desse tipo de estudo decorre da avaliação de populações clínicas e da possibilidade de estimar hipóteses para estudos com amostras de tamanho maior e com delineamentos de maior porte. A amostra da pesquisa parece oferecer excelentes subsídios ou reforçar a ideia das áreas de humor como foco de estudo e intervenção.

Palavras-chave: Obesidade; CBCL; Ambulatório; Educação Alimentar e Nutricional.

Abstract: Currently, treatment of obesity represents a huge therapeutic challenge, and limited evidence is available on the effectiveness of the intervention until today. Studies on psychological changes involving overweight children and adults are rare in the literature. This study evaluated psychological aspects of overweight children treated in a University center in Canoas, RS of nutrition education through the *Child Behavior Checklist* (CBCL), as well as psychological aspects of overweight children's caregivers in the same center. The sample consisted of 28 binomials enrolled in the study of overweight, 89.29% presented psychological changes assessed by the CBCL. The results showed that the *borderline* and clinical populations, are smaller among parents or caregivers and much larger among children. We emphasize that the relationship between overweight and psychological aspects still remain unclear in the literature. There is still a difficulty in understanding a psychological behavioral pattern in the studied population. The importance of this type of study results from the assessment of clinical populations and from the possibility of estimating hypotheses for studies with larger samples and research design. The research

¹Programa de Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano. Centro Universitário La Salle, Canoas RS.

***Endereço de correspondência:** Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Humano. Av. Victor Barreto, 2288. Prédio 7. Canoas-RS, CEP. 92010-000.

E-mail: julio.walz@unilasalle.edu.br

Submetido em: 13/06/2016

Aceito em: 20/09/2016

sample seems to offer important data or to support the idea of the areas associated to mood regulation as focus of study and intervention.

Keywords: Obesity; CBCL; Outpatient Clinics; Food and Nutrition Education.

Resumen: Actualmente, el tratamiento de la obesidad se considera un gran desafío terapéutico y evidencia limitada sobre la eficacia de la intervención hasta hoy. Los estudios sobre los cambios psicológicos son raros en la literatura participación de los niños con sobrepeso. Este estudio evaluó los aspectos psicológicos de los niños con sobrepeso a las que se clínica de reeducación alimentaria de un Centro Universitario en Canoas, RS, a través del Child Behavior Checklist (CBCL). La muestra consistió en 28 binômios que participan en el estudio con

INTRODUÇÃO

A obesidade é o resultado de um desequilíbrio calórico crônico, em que se ingerem mais calorias do que se gasta. Fatores hereditários, meio ambiente, metabolismo, comportamento, cultura e condições socioeconômicas desempenham papéis importantes na obesidade. Estimativas recentes da Pesquisa de Exame de Saúde Nacional e Nutrição indicam que aproximadamente um terço das crianças nos Estados Unidos está com sobrepeso ou é obesa, com cerca de 17% correspondendo aos critérios para a obesidade. As consequências da obesidade na infância e na adolescência são de longo alcance, não só incluindo resultados relacionados à saúde, tais como pressão alta, colesterol alto, síndrome metabólica, diabetes tipo 2, problemas ortopédicos, apneia do sono, asma e doença hepática gordurosa, mas também relacionados ao âmbito psicológico e às consequências sociais e comportamentais, tais como risco de problemas relacionados à imagem corporal, autoestima, isolamento social e discriminação, depressão e reduzida qualidade de vida¹.

A crescente epidemia de obesidade requer a busca de novos paradigmas para superar esse desafio, ou seja, requer a

sobrepeso, 89.29% tenían trastornos psicológicos evaluados por el CBCL. Los resultados mostraron que las poblaciones borderline y clínicos son mucho más altas entre los niños. Hacemos hincapié en que la relación entre los aspectos psicológicos con sobrepeso y todavía siguen sin estar claros en la literatura. Todavía hay una dificultad en la comprensión de un patrón de comportamiento de la población encuestada. La importancia de este tipo de estudio resulta de la evaluación de las poblaciones clínicas y la posibilidad de estimar hipótesis para los estudios con muestras más grandes y diseños más grandes. La muestra de la encuesta parece ofrecer excelentes beneficios y reforzar la idea de las áreas de humor como objeto de estudio e intervención.

Palabras clave: Obesidad; CBCL; Servicio Ambulatorio; Educación Alimentaria y Nutricional.

construção de abordagens teóricas que possam trazer novos horizontes para as pesquisas e também para as práticas de intervenção individual e coletiva².

Nesse sentido, a relação entre alimentação e emoções (áreas de humor no cérebro) tem sido motivo de interesse de pesquisa há alguns anos. Essa relação varia de acordo com características próprias do indivíduo e características emocionais que marcam o estado emocional específico: raiva, tristeza, alegria, bem como características emocionais da própria pessoa³.

A relação entre obesidade e alterações psicológicas ainda carece de certeza, apesar de, na prática clínica, ser evidente uma inter-relação⁴. Estudos populacionais correlacionando disfunções psíquicas e obesidade em crianças e adolescentes ainda são inconclusos, não permitindo generalizações, nem explicando mecanismos mediadores entre obesogênese e psicopatias na população infanto-juvenil. O máximo que conseguimos detectar é que os estudos têm demonstrado aumento na prevalência de distúrbios psíquicos variados nessas faixas etárias. Qualquer que seja a relação entre obesidade e transtorno mental, provavelmente bidirecional, o objetivo de verificar problemas emocionais em crianças e

adolescentes obesos, por meio desses inquéritos, é identificar precocemente os indivíduos cujos comportamentos de risco interfiram nas intervenções e na prevenção⁵. Futuramente, no que se refere à obesidade, precisaremos perceber que a avaliação neuropsicológica precisa estar integrada à prevenção e à terapia do comer em excesso².

Nosso estudo pretende avaliar, através da *ChildBehaviorChecklist* (CBCL), se existem aspectos ou alterações psicológicas específicas nas crianças com excesso de peso atendidas pelo ambulatório de reeducação alimentar num Centro Universitário do Sul do Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento

Delineamento observacional, de caráter exploratório, não comparado, retrospectivo em base de dados.

Participantes

Foram selecionadas todas as crianças que frequentaram o ambulatório de reeducação alimentar do Centro Universitário em Canoas, RS, durante o ano de 2014 e 2015. A coleta do material foi através dos prontuários disponibilizados com as informações sociodemográficas e a avaliação feita pela CBCL.

Critérios de inclusão: Prontuários das crianças, com as informações completas e que contenham a avaliação realizada pela CBCL.

Critérios de exclusão: Crianças que constem em prontuário, mas que não tenham efetivado a realização da avaliação CBCL.

Metodologia e instrumentos de coleta de dados

Todas as variáveis foram obtidas do banco de dados dos prontuários disponíveis do ambulatório. Os totais de alterações da

CBCL foram calculados a partir dos resultados obtidos pelo software de análise da Escala. Idade, peso, altura, IMC e Percentil de IMC ajustado por idade; campos da CBCL foram obtidos pelos prontuários das crianças atendidas no ambulatório.

A CBCL já faz parte do protocolo do ambulatório e, por isso, serão utilizados os dados já obtidos desde a criação do ambulatório até meados de 2015.

A utilização e a análise do material foram feitas a partir dos critérios éticos em pesquisa e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Unilasalle sob o número 1.385.836 do termo de compromisso para utilização de dados.

Medidas

O Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência – CBCL (*ChildBehaviorChecklist*) é um questionário de avaliação comportamental validado no Brasil por Bordinet *et al.*⁷. Atualmente, é uma das escalas mais utilizadas na avaliação de sintomas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes (4 a 18 anos), sendo traduzida para mais de sessenta idiomas. Esse instrumento tem demonstrado uma comprovada eficiência em pesquisa, nos serviços de saúde mental, como rastreador capaz de averiguar e discriminar pessoas com psicopatologia (sintomatologias emocionais e cognitivas) e indivíduos normais. O CBCL foi desenvolvido por Achenbach⁸ e destaca-se dentre os questionários de comportamentos mais citados na literatura americana, não somente pelo rigor metodológico com que foi elaborado, como também por sua utilidade na prática clínica e aplicação em trabalhos científicos⁵. Apresenta uma boa confiabilidade e erro padrão pequeno. O ponto de corte é 67^{8:7}.

As informações preenchidas no formulário são fornecidas pelos pais da criança em questão. O questionário é constituído de 138 itens, sendo vinte

destinados à avaliação da competência social (esportes, passatempos, grupos de amigos, participação em grupo, desempenho escolar, relacionamentos com pessoas e independência ao brincar ou trabalhar) da criança ou do adolescente e é composto de oito escalas diferentes, totalizando 118 itens relativos aos problemas comportamentais. As perguntas relacionadas à competência social exigem que os pais ou cuidadores comparem os comportamentos de seus filhos com os de outras crianças da mesma idade, definindo-os como abaixo, acima ou dentro da média. As comparações solicitadas são em relação ao tempo dedicado às diversas atividades, ao grau de participação nos grupos, à qualidade do relacionamento familiar, à independência ao brincar ou trabalhar e ao desempenho escolar⁸.

A segunda parte do CBCL é constituída de oito escalas diferentes, compreendendo 118 perguntas objetivas sobre sintomatologia emocional e comportamental, respondidas pelos pais ou cuidadores com três alternativas de respostas: item falso ou comportamento ausente (score = 0); item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente (score = 1); e item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente (score = 2)⁸.

Estas são as oito escalas específicas:

- I. Isolamento ou retraimento;
- II. Queixassomáticas;
- III. Ansiedade /depressão;
- IV. Problemas com o contato social;
- V. Problemas com o pensamento;
- VI. Problemas com a atenção;
- VII. Comportamento delincente;
- VIII. Comportamento agressivo.

Elas possibilitam score total (somatório total dos escores de todas as escalas) e escores individuais de cada escala. Também podemos obter outra possibilidade, que é a obtenção de três

escores parciais correspondentes às escalas consideradas em conjunto e subdivididas em Escalas de Introversão (I, II e III); Escalas de Perfil Comportamental (IV, V e VI); e Escalas de Extroversão (VII e VIII) (ACHENBACH, 1991).

Análise dos dados

Num primeiro momento, foi realizada a análise descritiva da amostra. As variáveis numéricas foram descritas através de médias, desvio padrão, mediana, Intervalo de Confiança (IC 95%) e valores mínimos e máximos. As variáveis categóricas foram descritas conforme distribuição de frequências, em número absoluto.

Posteriormente, foi realizada análise estratificada por gênero e idade, para as crianças, sendo o ponto de corte 11 anos, 11 meses e 29 dias e maior ou igual a 12 anos.

Para avaliação global e descrição da amostra, cada campo da escala CBCL recebe uma das três classificações: Normal, Borderline e Clínico, sendo os valores categorizados como borderline e clínicos a partir de score produzido pelas próprias escalas em softwares particulares. Os casos borderline são casos limítrofes, e os casos clínicos são casos considerados patológicos. Assim sendo, foi feita uma análise descritiva por classificação de cada uma das escalas, bem como foi atribuído a cada alteração o valor de uma unidade. Dessa forma, um participante da amostra poderia ter até 24 alterações conforme CBCL. Isso foi possível, pois os campos avaliados da escala possuem resultados independentes.

Os casos alterados foram agrupados, conforme a escala CBCL, em TOTAL Borderline – número de alterações de casos considerados borderline por cada escala; e TOTAL clínico – número de alterações de casos considerados clínicos. A soma dessas alterações foi chamada de TOTAL ID ou TOTAL.

Devido ao caráter exploratório do estudo e de amostra não probabilística, não realizamos testes estatísticos para comparações intragrupos, apenas descrevemos os resultados em números absolutos e, eventualmente, percentagens.

Para a compilação e análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico SPSS 20.0.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 24 adultos, considerados cuidadores diretos das crianças participantes. Dentre eles, temos dezenove mães (19), um pai (1) e quatro avós (4). Esses eram responsáveis por 28 crianças participantes da amostra. Isso porque três mães colaboraram cada uma com dois filhos, e uma mãe colaborou com três filhos. Entretanto, conforme explicado na metodologia, avaliamos o binômio cuidador –

cuidado; pois, segundo a escala CBCL, é o cuidador que informa sobre o cuidado e, sendo assim, esse cuidador tem uma impressão diferente de cada criança cuidada, e cada criança é diferente uma da outra. Sendo assim, para essas nove (9) crianças, tivemos nove (9) cuidadores. Assim, a amostra final foi composta por 28 binômios cuidador – cuidado.

A amostra foi composta por 28 crianças, sendo 14 meninos e 14 meninas. A **Tabela 1** registra os dados das crianças da amostra estudada. Conforme amostragem, 27 crianças são obesas e uma tem sobrepeso. Ou seja, 28 crianças com excesso de peso. Destas 28, 24 tiveram percentil 99, 2 com percentil 97 e uma com percentil 85. Em relação à idade, temos 14 crianças de 6 a 11 anos e 11 meses e 29 dias; assim como 14 crianças de 12 a 16 anos. De outra forma, 14 crianças e 14 adolescentes.

Tabela 1: Dados das crianças atendidas no ambulatório. Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

VARIÁVEL	MÉDIA	DP	MEDIANA	IC 95%	MIN – MÁX
IDADE	11,07	2,42	11,5	10,18 a 11,96	6 – 16
PESO	65,50	21,60	64,3	57,91 a 74,43	29,7 a 124,40
ALTURA	1,46	0,15	1,49	1,40 a 1,51	1,13 a 1,76
IMC	30,47	7,72	29,19	27,91 a 33,45	18,49 a 58,82

Em relação à CBCL, temos a **Tabela 2**, com o número de alterações que foram encontradas na amostra conforme detecção pela CBCL. De forma geral, evidencia-se inicialmente que 25 das 28 crianças apresentaram alterações psicológicas avaliadas pela CBCL (89,29%). Salienta-se, também, que, em todos os campos das CBCL, tivemos 24 crianças com alterações. Os campos comportamento, personalidade antissocial e problemas como mentira, roubo, evasão escolar, uso de drogas e vandalismo possuem somente alterações borderline (8,33%), e o campo problemas como mentira, roubo, evasão escolar, uso de drogas e vandalismo tem o menor número de alterações, duas, e somente borderline. No

entanto, o campo processo cognitivo lento é o único com somente alteração clínica (4,16%). Os demais campos possuem alterações borderline e alterações clínicas simultaneamente (87,5%). Ao observamos a **Tabela 2**, fica evidente que os campos ansiedade, depressão, problemas internalizados (compreende as síndromes reatividade emocional, queixas somáticas e retraimento), problemas emocionais e comportamentais em diferente tempo ou intervenção, problemas afetivos, problemas de ansiedade foram os com maior número de casos com alterações na CBCL. Sendo o campo problemas internalizados com maior número: 18 alterações dos 24 campos avaliados, dez delas alterações clínicas. O

campo problemas de ansiedade vem em seguida, com 17 alterações, sendo 11 alterações clínicas. O campo problemas emocionais e comportamentais é resultante do campo problemas internalizados e evidencia 15 casos com alterações, além de dez alterações clínicas, semelhantes ao campo problemas internalizados. E o campo problemas afetivos, com 14 alterações,

sendo sete delas clínicas. Os campos problemas externalizados (que envolvem queixas como comportamento agressivo e problemas de atenção) e problemas afetivos foram os que tiveram mais casos borderline, tendo o campo problemas externalizados oito casos, e o campo problemas afetivos sete casos.

Tabela 2: Número de casos encontrados com alterações da escala CBCL. Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

CAMPOS DA CBCL	BORDERLINE	CLÍNICO	TOTAL
1. ATIVIDADES RELACIONADAS	5	5	10
2. RELAÇÃO/GRUPO SOCIAL	4	1	5
3. ESCOLARIDADE	4	4	8
4. PAIS, PROFESSORES, CUIDADORES	3	6	9
5. ANSIEDADE, DEPRESSÃO	6	6	12
6. ISOLAMENTO/DEPRESSÃO	5	2	7
7. QUESTÕES SOMÁTICAS	2	5	7
8. PROBLEMAS SOCIAIS	5	4	9
9. PROBLEMAS MENTAIS	3	6	9
10. PROBLEMAS DE ATENÇÃO	2	3	5
11. COMPORTAMENTO, PERSONALIDADE ANTISOCIAL	3	0	3
12. COMPORTAMENTO AGRESSIVO	1	4	5
13. PROBLEMAS INTERNALIZADOS	8	10	18
14. PROBLEMAS EXTERNALIZADOS	4	5	9
15. PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS	5	10	15
16. PROBLEMAS AFETIVOS	7	7	14
17. PROBLEMAS DE ANSIEDADE	6	11	17
18. PROBLEMAS SOMÁTICOS, PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS	2	6	8
19. DÉFICIT DE ATENÇÃO/ PROBLEMAS DE HIPERATIVIDADE	3	5	8
20. PROBLEMAS DE IRRITABILIDADE, RANCOR, VINGANÇA, TEMPERAMENTO	2	4	6
21. PROBLEMAS DE MENTIRA, ROUBO, EVASÃO ESCOLAR, USO DE DROGAS E VANDALISMO	2	0	2
22. TEMPO COGNITIVO LENTO	0	5	5
23. COMPORTAMENTO OBSESSIVO COMPULSIVO	1	5	6
24. PROBLEMAS DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	2	7	9

A **Tabela 3** evidencia os resultados da CBCL conforme idade, sexo e número de alterações borderline e clínicas por criança e adolescente.

Como podemos observar pela Tabela 3, as crianças identificadas pelo ID 11, 12, 13, 21 e 24 foram as com maior número de

alterações de campos da CBCL. A criança ID 11 apresentou 21 alterações dos 24 campos, bem como a criança ID 24. Entretanto, a criança com ID 11 possui 18 alterações clínicas e a criança ID 24, 14 alterações clínicas. A criança ID 12 tem 19 alterações, sendo 17 alterações clínicas. A criança com ID 21 possui 16 alterações, sendo 14

clínicas. E a criança ID 13 apresentou 14 alterações, todas clínicas. Destas cinco crianças, quatro são adolescentes e uma é do grupo das crianças, três são meninas e dois meninos. A criança com ID 11, maior número de alterações nos campos avaliados, tem 62 Kg e 12 anos. Já a criança ID 21, com mesmo número de alterações totais, tem 12

anos e 115,2 Kg. A criança ID 17, que tem o maior peso da amostra, 124,4 Kg, possui somente três alterações totais. Outro dado que chama a atenção são as crianças com ID 6, 19 e 28, que não tiveram nenhuma alteração nos campos avaliados pela CBCL. Duas pertencem ao grupo das crianças e uma ao grupo dos adolescentes.

Tabela 3: Registro dos dados da amostra estudada, avaliada pela CBCL, IMC, IDADE. Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

ID	IMC	IDADE	SEXO	PESO	TOTAL	BORD	CLIN
1	25,66	9	M	40,1	8	1	7
2	35,5	12	F	60	1	1	0
3	35,38	12	M	77,5	4	2	2
4	34,29	8	F	62,5	8	2	6
5	24,48	9	F	48	3	3	0
6	18,49	9	F	30,3	0	0	0
7	28,39	12	F	65,6	6	6	0
8	34,08	8	F	61,2	10	7	3
9	27,26	13	M	63	4	0	4
10	29,42	12	M	70,7	2	0	2
11	27,19	12	M	62	21	3	18
12	34,06	12	F	78,7	19	2	17
13	58,82	15	F	89	14	5	9
14	23,25	6	M	29,7	7	4	3
15	23,49	10	M	38,5	1	1	0
16	25,09	13	M	50,6	4	3	1
17	40,16	16	M	124,4	3	3	0
18	29,29	13	M	75	3	3	0
19	30,4	13	F	72,1	0	0	0
20	24,28	9	F	53,2	10	5	5
21	24,21	11	F	62	16	2	14
22	34,1	11	M	72,7	6	5	1
23	29,18	15	F	76,6	5	4	1
24	40,81	12	M	115,2	21	7	14
25	29,21	10	M	67,5	10	7	4
26	28,4	10	M	66,5	7	5	2
27	24,49	7	F	41,4	10	2	8
28	33,73	11	F	80	0	0	0

ID – Identificação; IMC – Índice de massa corporal; N – Normal; B – Boderline; C - Clínico

DISCUSSÃO

Quanto a nossa amostra, podemos destacar alguns aspectos. Em primeiro lugar, chama a atenção que das 28 crianças participantes da amostra, 89,29% possuíam alterações psicológicas avaliadas pela CBCL. Esse dado, de certa forma, assemelha-se a algumas conclusões da literatura revisada: a) a existência de associação entre obesidade e transtorno mental comum, em que as alterações psicológicas são estressores

associados ao hábito alimentar; b) a dúvida da literatura quanto à direção de onde vem essa relação: se obesidade é fator etiológico para alterações psicológicas, se alterações psicológicas são fatores etiológicos para obesidade ou se esta é uma relação bidirecional; e c) por fim, a obesidade infantil necessita, no tratamento dessas crianças, de apoio psicológico para elas e seus cuidadores^{4;9;10}.

Em segundo lugar em nossa amostra, quase 60% das crianças apresentam sintomatologia clínica relacionada às áreas de humor. O restante distribui-se em pequeno número em cada um dos outros itens. Aqueles que sofreram alguma caracterização *border* ou *clínica* ficaram bem mais situados nas áreas de humor, ou seja, esta amostra, avaliada pela CBCL, associa-se aos dados da literatura que consideramos em nosso referencial teórico. Cabe destacar novamente que, nesta amostra, o número de crianças consideradas *border* ou *clínicas* possuem, na sua maioria, um grande percentual de alterações relacionadas às áreas de humor, com problemas relacionados à ansiedade, problemas internalizantes, depressão, além do estresse pós-traumático e sintomas obsessivos/compulsivos.

Nesse sentido, nossa pesquisa mostra também que a CBCL parece ser um instrumento sensível e devidamente discriminatório em relação às pesquisas atuais, que consideram as áreas de humor as mais envolvidas no comportamento obeso².

Quanto às limitações do nosso estudo, podemos destacar, em primeiro lugar, o tamanho amostral, 28 casos. Isso não nos permite extrapolações. Mas serve como estímulo para o aumento do tamanho da amostra e revela a sensibilidade e especificidade da CBCL para ser utilizado nessa população. Uma segunda limitação seria a não comparação dos achados com crianças eutróficas, ou seja, não compararmos os resultados da CBCL entre população clínica (obesas) e não clínicas (eutróficas).

CONCLUSÕES

Gostaríamos de destacar que as relações entre excesso de peso e aspectos psicológicos ainda estão em construção em termos de pesquisa. Ou melhor, existe uma vasta gama de comportamentos ou aspectos psicológicos que podem estar relacionados

com o excesso de peso ou exacerbados por ele. Essa gama de variações é um enorme desafio à pesquisa, bem como ao próprio tratamento. Provavelmente isso ocorra pela complexidade dos dois objetos, ou seja, o cérebro e a própria obesidade como um fenômeno altamente complexo e multivariado. Nesse sentido, os resultados encontrados na amostra estudada reforçam a ideia de que parece haver uma área cerebral muito envolvida/afetada nas pessoas com excesso de peso e, provavelmente, em termos bidirecionais, que são as áreas de humor, regiões especialmente envolvidas com a regulação do estresse e *coping* (relação do sujeito com o meio ambiente) (2, 6).

Mais estudos precisam ser feitos com a CBCL, especialmente os longitudinais com controle, com vistas a observarmos o impacto do excesso de peso nas áreas de humor, bem como suas variações ao longo do tempo.

AGRADECIMENTOS

Ao Grupo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar em Obesidade (Gepico) do Unilasalle - Canoas, pelas trocas, apoio, acolhimento e ajuda na realização deste trabalho bem como às famílias do Ambulatório de Reeducação Alimentar do Unilasalle – Canoas.

REFERÊNCIAS

1. Pulgarón ER. Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clin Ther.* 2013; 35(1):A18-32.
2. Jauch-Chara K, Oltmanns KM. Obesity-a neuropsychological disease? Systematic review and neuropsychological model. *Prog Neurobiol.* 2014;114:84-101.
3. Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. *Behav Processes.* 2002; 60(2):157-64.

4. Kivimäki M, Lawlor DA, Singh-Manoux A, Batty GD, Ferrie JE, Shipley MJ, et al. Common mental disorder and obesity: insight from four repeat measures over 19 years: prospective Whitehall II cohort study. *BMJ*. 2009; 339:b3765.
5. Sousa MRC, Moraes C. Sintomas de internalização e externalização em crianças e adolescentes com excesso de peso. *J Bras Psiquiatr*. 2011; 60(1):40-5.
6. Yau YH, Potenza MN. Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinol*. 2013; 38(3):255-67.
7. Bordin IA., Rocha MM, Paula CS, Teixeira MCTV, Achenbach TM, Rescorla LA. Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2013; 29(1):13-28.
8. Achenbach, T.M. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
9. Atlantis, E.; Baker, M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *International Journal of Obesity*, [s.l.], n.32, p.881-891, 2008.
10. Walz JC et al. Cérebro, Estresse e Comportamento Obeso. In: Gonzales, RH e Machado, M.M.T, organizadores. *Obesidade na Infância e na Adolescência, Reflexões Necessárias*. João Pessoa: Imprell; 2016.