



# INFLUÊNCIA DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA MUDANÇA DE PERCEPÇÃO E ATITUDE FACE AO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM CONTEXTO DE OBESIDADE INFANTIL

DOI: 10.22289/2446-922X.V8N1A12

Fernando Oliveira Pereira <sup>1</sup>

## RESUMO

A dinâmica de mudança do comportamento alimentar está dependente das mudanças operadas na percepção e atitudes dos sujeitos sob a ação de uma multiplicidade de fatores, decorrentes da intervenção psicológica e psicoterapêutica apropriada. Objetivo: Estudar as mudanças operadas na funcionalidade psicológica de crianças e adolescentes com sobrepeso/obesidade sob ação da intervenção psicológica. Tipologia da investigação: Estudo quantitativo de tipo quasi-experimental e abordagem comparativa entre dois momentos: antes e depois da intervenção psicológica. Participantes: 20 crianças e adolescentes de ambos os sexos com diagnóstico de sobrepeso/obesidade. Instrumentos metodológicos: Entrevista clínico-psicológica; questionário sociodemográfico; questionário do comportamento alimentar (QCA); inventário de distúrbios alimentares (EDI). Resultados: As crianças e adolescentes com sobrepeso/obesidade, depois de submetidos a ações de intervenção psicológica, relativamente ao comportamento alimentar apresentam valores significativamente mais expressivos nas atitudes orientadas à restrição alimentar e menos expressivos nas atitudes orientadas à ingestão alimentar externa e emocional. Na tríade de escalas dos distúrbios alimentares os valores são mais expressivos na de preocupação (obsessão) pelo emagrecimento e na de insatisfação corporal e menos expressivos nas atitudes orientadas ao comportamento bulímico. Nas características psicológicas individuais: sentimento de ineficácia, perfeccionismo, desconfiança interpessoal, consciência interoceptiva, medo da maturidade, ascetismo, impulsividade e insegurança social, não existem diferenças estatisticamente significativas; variabilidade diminuta. Conclusão: A intervenção psicológica nas crianças e adolescentes com sobrepeso/obesidade operou mudanças ao nível das ideias, percepção e atitudes, relativamente ao comportamento alimentar. Mudanças operadas nas dimensões relativas ao comportamento dos sujeitos face ao processo de controlo e gestão da ingestão alimentar, não sendo detectadas nas características individuais inerentes à funcionalidade psíquica. As mudanças ao nível da percepção e das atitudes denotam ser de natureza reativa, situacional e circunstancial por não se vislumbrar alteração efetiva do padrão problemático.

197

**Palavras-chave:** Intervenção Psicológica; Mudança de Atitudes; Comportamento Alimentar.

## INFLUENCE OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION ON THE CHANGE OF PERCEPTION AND ATTITUDE TOWARDS EATING BEHAVIOR IN THE CONTEXT OF CHILD OBESITY

<sup>1</sup> Endereço eletrônico de contato: fopereira@sapo.pt

Recebido em 22/11/2021. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 18/02/2022.



## ABSTRACT

The dynamics of change in eating behavior are dependent on changes in the perception and attitudes of the subjects under the action of a multiplicity of factors, resulting from the appropriate psychological and psychotherapeutic intervention. Objective: To study the changes made in the psychological functionality of children and adolescents with overweight/obesity under the action of psychological intervention. Research typology: Quantitative quasi-experimental study and comparative approach between two moments: before and after the psychological intervention. Participants: 20 children and adolescents of both sexes diagnosed with overweight/obesity. Methodological instruments: Clinical-psychological interview; sociodemographic questionnaire; eating behavior questionnaire (EBQ); eating disorder inventory (EDI). Results: Overweight/obese children and adolescents, after undergoing psychological intervention actions, about eating behavior present significantly more expressive values in attitudes oriented towards food restriction and less expressive in attitudes oriented towards external and emotional food intake. In the triad of scales of eating disorders, the values are more expressive in terms of concern (obsession) with weight loss and body dissatisfaction and less expressive in attitudes oriented towards bulimic behavior. In the individual psychological characteristics: the feeling of ineffectiveness, perfectionism, interpersonal distrust, interoceptive awareness, fear of maturity, asceticism, impulsiveness, and social insecurity, there are no statistically significant differences; minute variability. Conclusion: The psychological intervention in children and adolescents with overweight/obesity brought about changes in terms of ideas, perception, and attitudes, regarding eating behavior. Changes made in the dimensions related to the subjects' behavior regarding the process of control and management of food intake, not being detected in the individual characteristics inherent to the psychic functionality. Changes in perception and attitudes show that they are reactive, situational, and circumstantial, as there is no glimpse of an effective change in the problematic pattern.

**Keywords:** Psychological Intervention; Changing Attitudes; Eating Behavior.

198

---

## INFLUENCIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL CAMBIO DE PERCEPCIÓN Y ACTITUD HACIA EL COMPORTAMIENTO ALIMENTICIO EN EL CONTEXTO DE OBESIDAD INFANTIL

### RESUMEN

La dinámica del cambio de la conducta alimentaria depende de cambios en la percepción y las actitudes de los sujetos bajo la acción de una multiplicidad de factores, resultantes de una adecuada intervención psicológica y psicoterapéutica. Objetivo: Estudiar los cambios en la funcionalidad psicológica de niños y adolescentes con sobrepeso/obesidad bajo la influencia de la intervención psicológica. Tipología de investigación: estudio cuantitativo cuasiexperimental y abordaje comparativo entre dos momentos: antes y después de la intervención psicológica. Participantes: 20 niños y adolescentes de ambos sexos diagnosticados de sobrepeso/obesidad. Instrumentos metodológicos: Entrevista clínico-psicológica; cuestionario sociodemográfico; cuestionario de conducta alimentaria (QCA); Inventario de trastornos alimentarios (EDI). Resultados: Los niños y adolescentes con sobrepeso/obesidad, luego de someterse a acciones de intervención psicológica, en relación a la conducta alimentaria muestran valores significativamente más expresivos en las actitudes orientadas a la restricción alimentaria y menos expresivos en las actitudes orientadas a la ingesta alimentaria externa y emocional. En la tríada de las escalas de trastornos alimentarios, los valores son más expresivos en la preocupación (obsesión) por la pérdida de peso y en la insatisfacción corporal, y menos expresivos en las actitudes orientadas a la conducta bulímica. En las características psicológicas individuales: sentimientos de ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social, no existen diferencias estadísticamente significativas; variabilidad diminuto.



Conclusión: La intervención psicológica en niños y adolescentes con sobrepeso / obesidad provocó cambios en las ideas, percepción y actitudes sobre la conducta alimentaria. Cambios realizados en las dimensiones relacionadas con la conducta de los sujetos en relación al proceso de control y manejo de la ingesta alimentaria, no detectándose en las características individuales inherentes a la funcionalidad psíquica. Los cambios a nivel de percepción y actitudes denotan que son de naturaleza reactiva, situacional y circunstancial, ya que no hay un cambio real en el patrón problemático.

**Palabras llave:** Intervención Psicológica; Cambio de Actitudes; Comportamiento Alimentario.

## 1 INTRODUÇÃO

O Ser humano como sujeito da ação é um sistema bio-psico-social complexo que integra múltiplos fatores com origem em naturezas diversas e cuja estrutura funcional opera a vários níveis e dimensões onde a conjugação de aspectos e componentes determina a essência possível do fenómeno (Ganzen, 1984; Lomov, 1984; Morin, 1994; Pereira, 2018). A questão relacionada com sobrepeso e obesidade também pode ser abordada na perspectiva do sistema de integração psíquica, assumindo papel relevante a dimensão “consciência” no processo de intervenção psicológica e psicossocial (Pereira, 2018).

A intervenção psicológica consiste numa abordagem essencialmente de natureza psicológica e psicossocial cujo processo de ação é dirigido predominantemente à dimensão “consciência”, visando alcançar mudanças interiores na percepção e nas atitudes dos sujeitos, podendo utilizar diversas modalidades de ação, desde a psicoeducação à psicoterapia. É precisamente com base no aporte e conseqüente elaboração da informação por meio dos processos de consciencialização e ressignificação dos objetos visados, como sejam a obesidade e o comportamento alimentar, os hábitos e estilos de vida, que têm lugar mudanças de percepção e atitudes dos sujeitos submetidos à ação da intervenção psicológica. As mudanças referidas decorrem dos resultados de operacionalização ao nível das componentes – cognitiva, emocional, motivacional e volitiva – constituintes estruturais da percepção e das atitudes. Portanto, no processo de mudança assume relevância a intervenção psicológica realizada impreterivelmente por profissionais da área da psicologia, desempenhando as funções de mediação das ações psicoeducacionais e psicoterapêuticas dirigidas com precisão aos elementos contemplados na planificação com vista à consecução dos objetivos.

Os dados da 5ª fase do COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) Portugal (Sistema de Vigilância Nutricional Infantil do Ministério da Saúde) revelam que no decurso de uma década houve redução do excesso de peso nas crianças: em 2008 eram 37,9% e em 2019 eram 29,6%. O COSI, confirma a diminuição da prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em Portugal; contudo, não pode ignorar a necessidade de vigilância dos hábitos alimentares. Os registos aferem que 40% dos adolescentes bebe refrigerantes diariamente, metade consome produtos



hortofrutícolas abaixo do recomendável e mais de 20% consome açúcar acima dos níveis recomendados. Os dados revelam que a prevalência da obesidade infantil aumentou com a idade: 15,3% das crianças de 8 anos são obesas, incluindo 5,4% com obesidade severa; valor que é de 10,8% em crianças de 6 anos (2,7% obesidade severa) (SNS, 2019).

O sobrepeso e a obesidade infantil nos últimos tempos alcançou valores preocupantes à escala mundial; em 2013 foram contabilizados 42 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade, apresentando sobrepeso ou obesidade. Caso esta tendência de crescimento se mantenha é provável que em 2025 suba para os 70 milhões de crianças, as quais se encontram com peso acima do desejável ou até serem obesas (World Health Organization [WHO], 2015).

A obesidade é de etiologia multifatorial sumarizada em determinantes biológicos, comportamentais, ambientais e sociais (Sancho et al., 2014). Os fatores biológicos podem explicar diferenças interindividuais no ganho de peso; contudo, o recente aumento na prevalência da obesidade infantil aponta para que os fatores comportamentais sejam tidos como determinantes importantes no que concerne à etiologia da obesidade (Rennie, Johnson & Jebb, 2005). Os hábitos alimentares e o sedentarismo são os maiores responsáveis pela progressão da prevalência da obesidade infantil; por isso, na prevenção dever-se-á incidir na promoção da alimentação saudável e na atividade física (Ahrens & Pigeot, 2015; Médicos do Mundo, s.d.). Contudo, devido à multifatorialidade da problemática da obesidade, as abordagens terapêuticas fragmentadas correm o risco de serem pouco eficazes (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO], 2015; Moraes, Caregnato, & Schneider, 2014).

Uma análise de 29 programas, implementados entre 2001 e 2015, em que foram realizadas intervenções comportamentais orientadas para a prevenção do sobrepeso e da obesidade infantil mostrou que 19 deles apelavam à promoção da alimentação saudável, 8 eram dirigidos à atividade física e 2 a ambas as modalidades. Nos programas foram descritas as atividades realizadas, mas não foram explicados os referenciais teóricos e as técnicas de mudança comportamental; apenas 16 dos 29 programas foram submetidos à avaliação da sua eficácia, presumindo-se em futuras intervenções seja mesmo necessário e talvez imprescindível a especificação detalhada destas questões de modo a permitir aferir sobre a eficácia e precisão das intervenções face às mudanças do comportamento-alvo (Filipe, Godinho & Graça, 2016).

A percepção e atitude das crianças face a terem excesso de peso, em particular devido a serem alvo de bullying na escola e em casa, interferem na sua vida quotidiana, no desenvolvimento de atividades físicas, nas relações sociais e na saúde mental (Borges, Barreto, Reis, Viera & Marcon, 2018).

A literatura reporta a dificuldade dos familiares compreenderem a obesidade nos filhos adolescentes, por eles mesmos, pais e avós, padecerem de quadro semelhante, tornando-se prejudicial na adopção de estratégias adequadas para enfrentar o problema; daí ser recomendável



implementar medidas de educação para a saúde com intuito de alcançar mudanças dos padrões familiares (Andrade et al., 2014; Rocha, Pereira, Maia, Silva, Morais & Maia, 2017; Turco et al., 2013).

No plano da intervenção, em vez de estratégias de controlo e prevenção, através de programas prescritivos, verticais e culpabilizantes, propõe-se ações de prevenção baseadas na lógica de responsabilidade partilhada (Poulain, 2013).

Um aspecto possível de influenciar a ineficiência dos tratamentos na obesidade infantil é a percepção distorcida dos pais sobre os fatores que conduzem ao excesso de peso dos seus filhos (Frontzek, 2016). A autora refere que os familiares veem a ansiedade como o fator principal que impede a perda de peso nas crianças; no entanto, esta perspectiva o que evidencia é uma certa desresponsabilização familiar, sendo que muitos familiares não compreendem que a criança é produto do meio onde está inserida, aprendendo pelo exemplo dado pelos adultos. Por isso, as intervenções que não envolvem os pais são menos eficazes; a percepção correta dos fatores envolvidos permite aos familiares rever os hábitos e estilos de vida, proceder a rearranjos nas relações, reduzindo assim a ação de determinados fatores negativos (Camargo, Azevedo & António, 2013; Frontzek, 2016; Melo et al, 2004). É importante envolver o conjunto familiar, escutar os filhos e os pais e compreender as relações estabelecidas no sistema familiar, porque o comportamento alimentar é aprendido. As narrativas das crianças não são muito diferentes das dos pais. Há tendência para a repetição da obesidade entre gerações, sendo fatores determinantes neste processo o ambiente familiar e os hábitos alimentares da família (Coradini, Moré & Scherer, 2017).

201

Para compreender a obesidade infantil e pensar intervenções mais eficazes deve-se considerar o sentido atribuído à obesidade, as relações familiares, as condições socioeconómicas e todos os elementos que circundam o fenómeno; deve-se focar na pessoa e não na obesidade (Frontzek, Bernardes & Modena, 2017). O excesso de peso na idade escolar tende a estender-se ao longo do processo de desenvolvimento, tendo consequências nefastas para a saúde na idade adulta (Souza, 2019).

O sucesso na abordagem do sobrepeso/obesidade, aquando da implementação de novas estratégias de intervenção, depende dos conhecimentos detidos acerca dos determinantes comportamentais, psicológicos e psicossociais dos sujeitos a quem se dirige a ação (Pereira, 2021; Vaz, Silva, Rego & Viana, 2010). Estudos desenvolvidos em crianças e adolescentes com excesso de peso revelaram que as suas percepções sobre obesidade podem ser diferentes, mas na generalidade quase todos reportam a insatisfação corporal, a dificuldade de inserção e aceitação pelos grupos de pares e o sofrimento decorrente da dificuldade de ajustamento social (Leite, Ferrazzi, Mezadri & Höfelmann, 2014; Victorino, Soares, Marcon & Higarashi, 2014). As estratégias de prevenção e de intervenção no âmbito da obesidade infantil não se deve limitar à mudança de hábitos alimentares, devendo ser um processo dinâmico de construção de um novo estilo de vida,



levando sempre em linha de conta a saúde, o bem-estar físico e psicológico e que a compreensão do desenvolvimento do apetite na infância esclarece quais são os caminhos que conduzem ao ganho de peso ao longo da vida (Santos, Maranhão & Batista, 2016; Sinopoulou, Harrold & Halfard, 2015; Vaz, Silva, Rego, & Viana, 2010).

No âmbito da intervenção psicológica na problemática da obesidade é de importância capital o papel desempenhado pelo psicólogo na elaboração de sintomas e queixas veiculadas pelos doentes, sendo relevante ouvi-lo para identificar os verdadeiros fatores causadores e de manutenção do excesso de peso. A autoestima, a imagem corporal, o estado depressivo, os distúrbios alimentares e outros problemas poderão ser trabalhados e recuperados por meio de intervenções psicoterapêuticas. As de índole psicanalítica concebem a obesidade como fenómeno inconsciente, manifestação de possíveis conflitos psicológicos adjacentes; as cognitivo-comportamentais partem da existência de comportamentos inadequados, patológicos ou desadaptativos, resultantes de crenças e pensamentos desajustados e que levam o paciente a ter uma visão negativa de si próprio, do mundo e do futuro; as psicossociais assentam na análise de fatores externos circundantes do indivíduo: ambientais, sociais, culturais e alimentares (Knapp & Beck, 2008; Santos, Maranhão & Batista, 2016). Por conseguinte, são várias as orientações teóricas da intervenção psicológica no âmbito da ação psicoeducativa e psicoterapêutica, mas todas visam a mudança interior do sujeito face ao objeto da relação. O processo de mudança de acordo com a orientação da terapia narrativa (White & Epston, 1990) e da teoria do “Eu” – dialógico (Hermans & Kempen, 1993) baseia-se na ideia que o sofrimento psicológico se reflete no domínio de uma autonarrativa problemática, a qual se reporta a um padrão específico. Portanto, o sucesso na psicoterapia decorre das transformações operadas durante o processo terapêutico no padrão problemático apresentado pelo paciente. Para Gonçalves, Ribeiro, et al., (2017) as mudanças ocorrem em momentos de inovação na narrativa do paciente. Estes “Momentos de Inovação” são diferenciados em consonância com a tipologia alcançada no processo de mudança (ação, reflexão, protesto e reconceptualização). Tipos que poderão ser enquadrados em três níveis de mudança: o primeiro consiste no distanciamento do padrão problemático, não se verificando alterações significativas no padrão problemático e, por isso, comporta natureza reativa, mantendo-se o problema; o segundo, já existe elaboração da mudança, concebendo um padrão alternativo, agora de natureza adaptativa; no terceiro, assiste-se à reconceptualização da narrativa, havendo articulação entre o estado anterior e o estado atual (Batista, Silva, Magalhães, Ferreira, Navarro, & Gonçalves, 2020; Gonçalves et al., 2017).

Nos últimos tempos tem-se dado maior atenção aos ambientes obesogénicos como um desafio relevante para o controlo do excesso de peso, distinguindo a importância de fatores como os hábitos alimentares, exercício físico e sedentarismo, influência dos meios de comunicação social e outros (Souza & Oliveira, 2008). Neste contexto assume importância as intervenções de



cariz psicoeducacional que veiculam o paradigma de educação para e promoção da saúde e da qualidade de vida, tendo por finalidade a consecução de mudanças de percepção e atitudes em crianças e adolescentes, onde impera o excesso de peso decorrente de condições alimentares e de vida inadequados e também a prevenção da obesidade infantil (Borges, Barreto, Reis, Viera & Marcon, 2018; Goes, Câmara, Loureiro, Bragança, Nunes & Bourbon, 2015; OMS, 2004; WHO, 2012).

Por conseguinte, o objetivo da investigação prende-se com o estudo das mudanças operadas na funcionalidade psicológica nas crianças e adolescentes portadores de sobrepeso e obesidade depois da intervenção psicológica.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

### Participantes

A amostra foi constituída por 20 participantes de ambos os sexos e com idades compreendidas entre 8 e 15 anos, frequentando 1º, 2º e 3º ciclo do ensino básico, que foram referenciados por médicos de medicina geral e familiar ou por pediatras à consulta de pediatria do âmbito da obesidade por terem excesso de peso, o qual em parte dos sujeitos se enquadra na obesidade infantil, apresentando IMC (Índice de Massa Corporal) entre 25 e 40,  $P>85$  ou  $P>95$ , aquando da primeira abordagem do problema; por isso, passaram a ter acompanhamento médico em clínicas situadas na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com a finalidade de controlar os fatores que eventualmente pudessem estar na origem do problema.

203

As questões éticas foram salvaguardadas recolhendo consentimento informado e esclarecido referente a cada participante, junto do próprio, dos seus progenitores e do médico que o seguia na consulta. A investigação foi realizada em instituições privadas, e não públicas, como é o caso de consultórios e clínicas privadas que prestam serviço à comunidade; por isso, além do assentimento livre e esclarecido, também teve a anuência, permissão e aprovação das respectivas entidades, cujas direções administrativas e clínicas analisaram o processo e formalizaram parecer ético favorável, em conformidade com o que habitualmente é deliberado nas comissões e conselhos de ética, mas sem recurso a numeração.

### CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão que orientam a seleção dos participantes na pesquisa consistem em ter diagnóstico de sobrepeso ou obesidade,  $IMC > 25$ ,  $P>85$ , correspondente ao diagnóstico, idade entre 8 e 15 anos, não padecer de outras patologias, em particular do foro psiquiátrico.



## Caracterização e tipo de estudo

A investigação consistiu num estudo quantitativo de tipologia quasi-experimental com a implementação de abordagem comparativa entre dois momentos do processo: antes e depois da intervenção psicológica.

O objetivo da investigação prende-se com o estudo das mudanças operadas na funcionalidade psicológica das crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade depois de realizada a intervenção psicológica, tendo motivado a colocação da seguinte hipótese de trabalho – existem diferenças na funcionalidade psíquica das crianças e adolescentes com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade entre os momentos antes e depois da intervenção psicológica.

## Procedimentos e avaliação

No período de tempo entre março e junho de 2020 foram identificados e referenciados os participantes da pesquisa. Depois disto, no mesmo período, procedeu-se ao contacto com os participantes e respectivos progenitores para obtenção do consentimento informado e esclarecido. Os dados foram recolhidos no período que medeia entre junho e dezembro de 2020 em horários variados de acordo com a disponibilidade das clínicas, dos participantes e dos seus progenitores. Os instrumentos metodológicos foram aplicados individualmente e na presença do investigador, o qual se manteve em permanente interação comunicativa com o participante desde o início até ao final da sessão, esclarecendo as instruções, questões em que o participante evidenciava dúvidas de compreensão e nas escalas de resposta em termos de objetivação de valores. A avaliação constitui-se de dois momentos: o primeiro nos meses de junho e julho correspondente “Antes do início da Intervenção Psicológica” e o segundo no mês de dezembro “Depois da Intervenção Psicológica”. A intervenção psicológica decorreu num período de 3 a 4 meses e constitui-se de 10 sessões individuais com duração de 50 minutos. Terminadas as 10 sessões de intervenção psicológica, no mês de dezembro, foi realizado o segundo momento de avaliação, correspondente a “Depois da Intervenção Psicológica”.

Por conseguinte, depois de terem sido explicadas, ao participante, as etapas do processo de avaliação dá-se início ao momento de avaliação “Antes da Intervenção Psicológica”. Em primeiro lugar foi aplicado o questionário orientado à recolha dos dados sociodemográficos. A seguir foi aplicado o questionário do comportamento alimentar (QCA) e depois o inventário de distúrbios alimentares (EDI – *Eating Disorder Inventory*), instruindo o participante a dar uma resposta de acordo com as respectivas escalas de frequência e intensidade com que os fenómenos assinalados se apresentam em si. Por fim, é encetada uma entrevista semiestruturada com o participante orientada para a obtenção de informações de natureza clínica, psicológica e psicossocial acerca de



si com a finalidade de ajudar a compreender melhor algo que não tivesse quedado claro nas respostas aos questionários. Findo o primeiro momento de avaliação, procedeu-se à planificação e implementação de 10 sessões de intervenção psicológica individual com duração de 50 minutos cada; inicialmente com periodicidade semanal e depois, mais para o fim, quinzenal, prolongando-se por um período de 3 a 4 meses. As primeiras 2 sessões foram centradas na exploração de narrativas dos pacientes sobre o modo como se percepcionavam e que atitudes assumiam face à sua condição de sobrepeso ou obesidade. Nas 3 sessões seguintes foi adoptada a metodologia de ações psicoeducativas orientadas para a tomada de consciência de fatores do ambiente sociocultural e familiar circundante, das atitudes e comportamento alimentar face às situações da sua vida em consonância com a condição de sobrepeso e obesidade. Nas últimas 5 sessões optou-se pela metodologia psicoterapêutica do tipo cognitivo-comportamental, explorando e elaborando as suas crenças e pensamentos acerca da vida, em geral, e do comportamento alimentar, excesso de peso e eventualmente obesidade, em particular. Por fim, terminadas as 10 sessões de intervenção psicológica de âmbito psicoeducacional e psicoterapêutico cognitivo-comportamental, foi projetado o segundo momento de avaliação “Depois da Intervenção Psicológica”, o qual teve lugar durante o mês de dezembro, seguindo escrupulosamente os mesmos moldes de sequência e instrumentos metodológicos verificados no primeiro momento da avaliação.

Finalizada a recolha os dados foram submetidos à elaboração computacional por meio do SPSS-16, utilizando a metodologia da estatística paramétrica “critério t de Student” com a finalidade de encontrar diferenças nos resultados obtidos no primeiro e no segundo momentos da avaliação: antes e depois da intervenção psicológica.

205

## **Instrumentos metodológicos**

### **Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)**

Com base nas medidas de peso em quilogramas e estatura em metros, efetuadas em todos os participantes, foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) através da aplicação da fórmula de Quetelet:  $IMC = Kg/m^2$  (Garrow & Webster, 1985). No entanto, por se tratar de crianças e adolescentes foram tidos em consideração os valores determinados por três critérios de referência baseados no índice de massa corporal (IMC): *Center Disease Control and Prevention* (CDC), Organização Mundial de Saúde (OMS), *International Obesity Task Force* (IOTF) (Cole, Bellizzi, Flegal & Ditz, 2000; Cole, Flegal, Nicholls & Jackson, 2007; Onis et al., 2007; Weiss, Leal, Assis, & Pelegrini, 2016), sendo que tratando-se de população portuguesa foram seguidas as recomendações da Direção Geral de Saúde (DGS), utilizando as curvas de percentis de IMC do



CDC, incluídos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) português (Portugal, 2013; Viveiro, Brito & Moleiro, 2016).

Tabela 1

*Pontos de corte de percentis (P) e de índice de massa corporal (IMC) para classificação de crianças e adolescentes em conformidade com as curvas de referência do CDC, OMS e IOTF*

Valores	Percentis de IMC		
	CDC	OMS	IOTF
Classificação			
Baixo peso	IMC < P5	IMC < P3	IMC < 17Kg/m <sup>2</sup>
Peso normal	P5 < IMC < P85	P3 < IMC < P85	17Kg/m <sup>2</sup> < IMC < 25Kg/m <sup>2</sup>
Sobrepeso	P85 < IMC < P95	P85 < IMC < P97	25Kg/m <sup>2</sup> < IMC < 30Kg/m <sup>2</sup>
Obesidade	IMC > P95	IMC > P97	IMC > 30Kg/m <sup>2</sup>

CDC – *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*; OMS – *Organização Mundial de Saúde*; IOTF – *International Obesity Task Force*; P – Percentil; IMC – *Índice de Massa Corporal*

### Entrevista clínico-psicológica

Entrevista de tipologia clínica no formato semiestruturado orientada aos aspectos psicológicos relacionados com a funcionalidade do sujeito nas diversas dimensões da sua vida. A utilização da entrevista neste formato tem a finalidade de obter informação relevante para a investigação e de aprofundar especificidades da funcionalidade psíquica, familiar, social e comunitária do participante face ao comportamento alimentar e também de colmatar algumas das insuficiências, características de instrumentos estruturados como o são os questionários fechados.

206

### Questionário Sociodemográfico

Questões orientadas para recolha de informação sobre categorias como idade, escolaridade, condição familiar, peso e estatura.

### Questionário do Comportamento Alimentar (QCA)

Questionário constituído por 33 afirmações sobre comportamento alimentar, cuja resposta consistia em assinalar com “Sim” ou “Não” estar de acordo com a respectiva afirmação. Questionário também muitas vezes designado de “Questionário Holandês do Comportamento Alimentar” ou “*Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)*” criado, em 1986 (Van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986) e 2008 (Van Strien & Oosterveld, 2008) com a finalidade de abordar os comportamentos de restrição da ingestão alimentar, ingestão externa e ingestão emocional. Mais tarde Viana e Sinde, (2003a,b) traduziram e validaram o “Questionário Holandês do Comportamento



Alimentar (DEBQ)” para a população portuguesa. Versão que avalia 3 dimensões: Restrição Alimentar – 10 afirmações; Ingestão Externa – 10 afirmações e Ingestão Emocional – 13 afirmações. A dimensão “Restrição Alimentar” está orientada para detectar atitudes e comportamentos assumidos pelo respondente que visam conscientemente restringir a quantidade de comida ingerida às refeições. A dimensão “Ingestão Externa” dirige-se à detecção de estímulos e situações externos que ativam a ingestão de alimentos, incluindo a ingestão de quantidades superiores ao necessário. A dimensão “Ingestão Emocional” visa detectar comportamentos de ingestão alimentar motivados por determinados estados emocionais, predominantemente por emoções e sentimentos de sinal negativo; é como que uma forma de compensação em que a ingestão alimentar faz o sujeito sentir-se melhor, ou pelo menos reduzir a emoção ou sentimento negativo que está a experimentar naquele momento ou período temporal.

Nesta versão do questionário os autores que o validaram para a população portuguesa usaram a escala tipo Likert de 5 pontos (1 – “Nunca”; 5 – “Muito Frequente”). Nesta investigação concreta manteve-se praticamente a mesma estrutura semântica das questões, tendo sido feitos alguns ajustes com o intuito de simplificar a compreensão dos respondentes, principalmente de crianças do 1º ciclo em que o domínio da língua portuguesa escrita ainda revela certas dificuldades.

Entretanto, na versão utilizada do QCA, após o respondente ter respondido com “Sim” ou “Não” à respectiva afirmação, solicita-se que atribua um valor de intensidade ou frequência que ache corresponder à força com que esse tipo de indutor exerce no seu comportamento face à ingestão alimentar. A escala de intensidade ou frequência implementada foi de 0 a 5 pontos, em que 0 corresponde à ausência de intensidade ou nunca, o 1 à existência de intensidade fraca ou poucas vezes, o 2 a intensidade ligeira, maior que fraca e menor que média ou algumas vezes, o 3 corresponde à intensidade média ou várias vezes, o 4 à intensidade bastante significativa ou frequente e o 5 a intensidade forte ou muito frequente.

Por conseguinte, a aplicação do QCA permite a recolha de informação com recurso às características qualitativa e quantitativa sobre o modo como o sujeito percebe o seu comportamento alimentar. Daí a possibilidade de traçar um perfil de comportamento alimentar que equaciona a presença de atitudes orientadas à restrição e percepções decorrentes de fatores sensoriais e emocionais que são responsáveis pela ingestão alimentar desproporcionada ou excessiva.

### **Inventário de Distúrbios Alimentares (EDI – Eating Disorder Inventory)**

O Inventário de Distúrbios Alimentares é baseado no autorrelato, orientado para avaliar a presença de transtornos alimentares como anorexia e bulimia nervosas, mas também outras formas de transtorno alimentar, incluindo o transtorno de compulsão alimentar periódica.



O questionário original, criado em 1984, por David M. Garner. e M. P. Olmsted, era constituído por 64 questões, distribuídas por oito subescalas. Cada questão é submetida a avaliação pelo respondente numa escala de 6 pontos, variando de “Nunca” a “Sempre”.

As 8 subescalas do EDI são:

**Impulso para emagrecer** – preocupação com a dieta e com o peso;

**Bulimia** – ter pensamentos e atracções pela comida; compulsão alimentar;

**Insatisfação corporal** – insatisfação com o seu corpo e com a aparência física;

**Ineficácia** – sentimentos de inadequação e insegurança e incapacidade de controlo;

**Perfeccionismo** – insatisfeito com tudo o que não seja perfeito, perfeccionista;

**Desconfiança interpessoal** – dificuldade em expressar os seus sentimentos e pensamentos, necessidade de manter distância dos outros;

**Consciência Interoceptiva** – habilidade para discriminar entre sensações e sentimentos e entre as sensações de fome e saciedade;

**Medo da Maturidade** – medo de enfrentar a vida adulta, desejo de sentir segurança como na infância.

Mais tarde, o autor procedeu a duas revisões do *Eating Disorder Inventory*: (EDI – 2) (Garner, Shafer & Rosen, 1991; Garner, 1998) e (EDI – 3) (Garner, 2010). Da revisão em 1991 resultou o *Eating Disorder Inventory* (EDI – 2), usado em ambos os sexos, acima dos 12 anos, mantendo as questões do inventário original e mais 27 novas questões, as quais formaram mais três escalas:

**Ascetismo** – procura da virtude por meio de certos ideais espirituais, tais como: autodisciplina, sacrifício, autossuperação e controlo das necessidades corporais.

**Impulsividade** – dificuldade em regular os impulsos e as tendências, mostra a capacidade de regular o comportamento impulsivo e compulsivo.

**Insegurança Social** – medos sociais e insegurança, mede crenças sobre as relações sociais inseguras, incómodas e insatisfatórias.

A última revisão, em 2004, originou o *Eating Disorder Inventory* (EDI – 3), constituído pelas questões das versões 1 e 2, tendo sido aperfeiçoado para responder às teorias mais modernas relacionadas com o diagnóstico de transtornos alimentares.

O EDI – 2, é composto por 91 questões, distribuídas por 12 subescalas, em que três reportam-se especificamente aos transtornos alimentares e nove a aspectos psicológicos relevantes para os transtornos alimentares. Apesar do EDI – 2 estar orientado para faixas etárias acima dos 12 anos e este estudo incluir crianças em idade escolar a partir dos 7 anos, optou-se pelo seu uso, procedendo a adaptações semânticas e de interpretação das questões de modo a assegurar que as crianças a partir dos 7 anos compreendiam e interpretavam adequadamente o que liam. Entretanto, após conhecer os participantes, confirmou-se que o seu domínio da leitura e conseqüente compreensão dos conteúdos era adequado, assegurando que estavam em condições



de responderem ao questionário e também a presença do investigador para esclarecer, orientar e apoiar sempre que se verificasse necessário e oportuno.

A aplicação do EDI permite construir um perfil de comportamento alimentar, no qual se pode evidenciar a existência, ou não, de possíveis graus de transtorno alimentar; assim como também a existência de características da funcionalidade psicológica que eventualmente possam suportar ou reforçar a perturbação do comportamento alimentar.

### 3 RESULTADOS

Nesta parte serão reportados dados obtidos mediante aplicação dos instrumentos QCA (Questionário do Comportamento Alimentar) e EDI (Eating Disorder Inventory) a 20 crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, antes e depois da realização de sessões de sensibilização e terapia cognitivo-comportamental orientada para a alteração de percepções e atitudes face ao seu comportamento alimentar.

Embora tivesse sido utilizada também a entrevista clínico-psicológica, os dados recolhidos, mediante a sua aplicação, não serão expostos em forma de tabela, nem em termos quantitativos. Contudo, são tidos em consideração, em termos qualitativos, sempre que se justifique com o intuito de incrementar maior objetividade, especificando o que aportam os dados quantitativos impressos nas tabelas que se seguem.

209

Os dados obtidos por meio do questionário sociodemográfico revelam que os participantes são crianças e adolescentes da faixa etária 8 – 15 anos, a frequentarem o ensino básico, gozando de estabilidade em termos de integração escolar e relacionamento com os colegas e no seio familiar. Todos os participantes não evidenciavam problemas significativos de saúde física e mental; o único problema de saúde reporta-se, por enquanto, à questão de sobrepeso ou obesidade, conforme atestam os indicadores relativos ao IMC e Percentis. Os participantes tinham IMC > 25 e uma parte deles > 30 e Percentil > 85 e parte significativa P > 95.

As informações recolhidas com base na observação e entrevista clínico-psicológica mostram com clareza que os participantes têm comportamento alimentar desadequado à sua condição, sendo corroborado pelas ideias, crenças, pensamentos, percepções e atitudes manifestadas face a questões relacionadas com a ingestão e estilo alimentar, tais como prazer, satisfação e saciedade, entre outras.



Tabela 2

*Dinâmica de mudança nas atitudes face ao comportamento alimentar em crianças e adolescentes com sobrepeso/obesidade, conforme avaliação pelo QCA.*

Variáveis	Sobrepeso / Obesidade infantil “Antes das sessões”		Sobrepeso / Obesidade infantil “Depois das sessões”		Diferencial	Critério t Student	Nível de significação estatística p <
	M	DP	M	DP			
Restrição alimentar: <i>Sim</i>	2,52	3,35	7,05	3,42	-4,52	-3,95	0,001
Restrição alimentar: <i>Não</i>	7,47	3,35	2,94	3,42	4,52	3,95	0,001
Restrição alimentar: <i>Intensidade Integral</i>	4,89	8,59	20,21	13,31	-15,31	-3,63	0,002
Restrição alimentar: <i>Intensidade Média</i>	0,91	1,00	2,50	1,15	-1,58	-4,67	0,000
Ingestão alimentar externa: <i>Sim</i>	7,63	2,85	6,15	2,93	1,47	1,91	0,072
Ingestão alimentar externa: <i>Não</i>	2,36	2,85	3,84	2,93	-1,47	-1,91	0,072
Ingestão alimentar externa <i>Intens. Integral</i>	26,10	14,59	15,73	11,06	10,36	3,11	0,006
Ingestão alimentar externa: <i>Intens. Média</i>	3,14	1,15	2,21	0,91	0,92	3,23	0,005
Ingestão alimentar emocional: <i>Sim</i>	6,36	4,62	4,68	4,17	1,68	1,48	0,156
Ingestão alimentar emocional: <i>Não</i>	6,47	4,80	8,00	4,22	-1,52	-1,40	0,179
Ingestão alimentar emocional: <i>Int. Integral</i>	19,63	19,33	11,15	15,19	8,47	2,05	0,054
Ingestão alimentar emocional: <i>Int. Média</i>	2,32	1,44	1,57	1,54	0,75	2,16	0,044

210

Os valores inscritos na tabela 2 mostram que depois da intervenção psicológica as crianças e adolescentes com sobrepeso/obesidade operaram em si mudanças significativas de atitudes face ao comportamento alimentar, apresentando índice relevante de questões afirmativas orientadas à restrição da ingestão alimentar e concomitantemente diminuí a quantidade de questões que não evidenciam o comportamento alimentar de restrição ( $p < 0.001$ ); ao mesmo tempo que se assiste ao aumento da intensidade ou força das atitudes orientadas à restrição dos comportamentos de ingestão alimentar ( $p < 0.002 - 0.000$ ). Além disso, também se verifica a diminuição de questões afirmativas de atitudes orientadas para a ingestão alimentar externa e simultaneamente o aumento de questões de negação do mesmo tipo de ingestão ( $p < 0.072$ ); assim como é notória a redução



da intensidade ou força, quer integral, quer média, das atitudes que veiculam a ingestão alimentar externa ( $p < 0.006 - 0.005$ ).

No que concerne à ingestão alimentar emocional verifica-se tendência para a diminuição da quantidade de questões afirmativas e aumento das questões que negam atitudes promotoras desse tipo de ingestão; contudo as diferenças não são estatisticamente significativas. No entanto, a intensidade ou força das atitudes orientadas à ingestão emocional, quer integral, quer média, reduziu significativamente ( $p < 0.054 - 0.044$ ).

Tabela 3

*Dinâmica de mudança nas especificidades psicológicas em crianças e adolescentes com sobrepeso/obesidade, mediante avaliação pelo EDI.*

Variáveis	Sobrepeso/Obesidade infantil "Antes das sessões"		Sobrepeso/Obesidade infantil "Depois das sessões"		Diferencial	Critério t Student	Nível de significação estatística $p <$
	M	DP	M	DP			
Obsessão pelo emagrecimento	15,42	6,16	19,00	6,87	-3,57	-1,65	0,116
Bulimia	9,21	5,59	6,31	5,19	2,89	2,76	0,013
Insatisfação corporal	22,21	7,42	27,63	6,99	-5,42	-2,85	0,011
Sentimento de ineficiência	17,57	9,45	16,94	9,20	0,63	0,39	0,700
Perfeccionismo	14,21	5,15	14,15	3,96	0,06	0,04	0,966
Desconfiança interpessoal	15,68	6,88	16,36	6,11	-0,68	-0,45	0,657
Consciência interoceptiva	17,31	6,88	17,42	8,46	-0,10	-0,07	0,943
Medo da maturidade	19,00	6,54	19,78	6,42	-0,78	-0,55	0,586
Ascetismo	12,89	5,82	12,52	4,26	0,36	0,36	0,721
Impulsividade	20,73	8,61	20,05	7,87	0,68	0,54	0,595
Insegurança social	15,63	6,26	16,15	6,81	-0,52	-0,31	0,760

Os valores inscritos na tabela 3 revelam, na generalidade, dinâmica no sentido de mudança de percepção e atitudes concernentes com o controlo mais efetivo do comportamento alimentar; contudo, diferenças estatisticamente significativas são evidenciadas apenas em duas escalas do



inventário de distúrbios alimentares. Numa, evidenciam-se características reportadas à atitude que fomenta comportamento alimentar menos bulímico ( $p < 0.013$ ) e, noutra, de maior insatisfação corporal ( $p < 0.011$ ). Nas restantes escalas do respectivo inventário as mudanças operadas após intervenção psicológica são positivas, mas não alcançaram o nível de diferenciação estatística significativa.

## 4 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos revelam que a intervenção psicológica nas crianças e adolescentes com sobrepeso/obesidade foi positiva em termos de mudanças operadas ao nível das ideias e provavelmente percepções e atitudes face à problemática do comportamento alimentar.

Nas escalas do QCA, após intervenção psicológica, evidenciam-se valores mais expressivos das atitudes de restrição da ingestão alimentar e menos expressivos da ingestão alimentar externa e da ingestão alimentar emocional.

As mudanças operadas sob influência da intervenção psicológica, em forma de sessões de índole psicoeducacional e psicoterapêutica, resultam da ação exercida na dimensão consciência, visando a resignificação do comportamento alimentar dos sujeitos e, por conseguinte, a mudança de percepção e atitudes com a finalidade de alcançar controlo mais eficaz da ingestão alimentar (Pereira, 2018; White & Epston, 1990). Nesta investigação, é provável que as mudanças operadas tivessem ocorrido a um nível pouco profundo e talvez, nalgumas vertentes, superficial das componentes da funcionalidade psíquica visadas: percepção e atitudes. Os valores obtidos nas escalas de restrição alimentar e ingestão alimentar externa, embora evidenciem diferenças estatisticamente significativas, poderão ser o reflexo, por um lado, da mudança de ideias e consequente opinião e representação formadas como resultado da ação psicológica exercida no âmbito psicoterapêutico, e, por outro lado, serem basicamente situacionais e circunstanciais do contexto em que os sujeitos se encontram nesta fase da sua vida sob vigilância de profissionais de saúde. Portanto, na perspectiva teórica da psicoterapia cognitivo-comportamental e, concretamente, da psicoterapia narrativa os momentos de inovação que contemplam a mudança indiciam encontrarem-se, por enquanto, ao nível 1, o qual reflete especificidades de ação, reflexão e protesto, mostrando que os sujeitos construíram certo distanciamento do padrão problemático, mas as mudanças ainda não evidenciam uma alteração significativa do padrão; pelo que as mudanças poderão efetivamente comportar apenas natureza reativa (Batista, et al., 2020; Faustino, Oliveira, Batista, Braga, & Gonçalves, 2021). As narrativas dos participantes durante o processo terapêutico não parecem evidenciar mudanças significativas das crenças e pensamentos desajustados, apesar de revelarem intenção de mudança no comportamento alimentar e de outros fatores inerentes (Knapp & Bek, 2008; Santos, Maranhão & Batista, 2016); também não se



vislumbram elaborações de mudança que concebam um padrão alternativo e muito menos uma reconceptualização narrativa, quedando-se apenas determinado distanciamento do padrão problemático insuficiente para produzir efeitos de natureza adaptativa (Batista et al., 2020; Gonçalves et al., 2017).

Na escala de ingestão alimentar emocional os valores decrescem em consequência da intervenção psicológica ministrada, mas não se verificou diferença estatisticamente significativa; contudo, essa diferença existe em termos de intensidade integral das questões envolvidas na respectiva escala. Este aspecto explica-se pelo facto de serem poucos os participantes que declaram ingerir alimentos por motivos emocionais; por isso, em termos estatísticos há uma diluição da expressão de valores no grupo, tornando-se insuficiente para produzir diferenças significativas. No entanto, os casos em que existe este tipo de motivação para a ingestão alimentar assiste-se à redução da expressão e da intensidade decorrente das ações ministradas por meio da intervenção psicológica; provavelmente com base na mudança operada na dimensão consciência, reorientando o comportamento alimentar pela ressignificação diferenciada dos fatores que devem e os que não devem ser valorizados como motivos para a ingestão alimentar (Hermans & Kempen, 1993; Pereira, 2018, 2021). A reduzida eficácia alcançada no processo terapêutico poderá advir da maior incidência do foco no problema da obesidade e menos na pessoa portadora e também pelo insuficiente envolvimento dos pais nas sessões (Camargo, Azevedo, & António, 2013; Frontzek, 2016; Frontzek, Bernardes, & Modena, 2017; Melo et al., 2004).

213

Nas escalas do EDI (*Eating Disorder Inventory*) apenas duas “Bulimia” e “Insatisfação Corporal” alcançaram o nível de diferenciação estatisticamente significativa, sendo que nas restantes escalas as diferenças significativas não foram observadas. Portanto, as diferenças significativas recaem em escalas da tríade responsável diretamente pelo comportamento alimentar. Embora, na escala “Obsessão pelo emagrecimento” não exista diferenciação estatística, mas aumento significativo de valores de expressão, indiciando mudanças na forma de pensar dos participantes acerca da possibilidade de evitar comportamentos alimentares que levem à ingestão desnecessária, presumindo-se que se a amostra fosse maior a diferença estatística significativa também surgiria nesta escala. Nesta perspectiva de análise as mudanças relevantes em termos de expressividade de valores foram operadas nas escalas que compõem a dimensão responsável pelo comportamento alimentar: “Obsessão pelo Emagrecimento”, “Bulimia”, “Insatisfação Corporal”. Nas restantes escalas, as quais se reportam a características psicológicas da própria funcionalidade psíquica dos sujeitos, estando relacionadas com a sua forma de estar na vida como personalidade/individualidade, apesar de se verificarem diferenças da expressividade de valores sob a ação da intervenção psicológica, elas são verdadeiramente diminutas e sem expressão estatística que mereça relevância. Portanto, as mudanças observadas na expressividade das escalas de valores em termos de sentimentos de ineficiência, perfeccionismo, desconfiança



interpessoal, consciência interoceptiva, medo da maturidade, ascetismo, impulsividade e insegurança social, não são relevantes para considerar que tiveram lugar alterações significantes nas características da funcionalidade psíquica e cujas correções eventuais possam ser importantes para o controlo comportamental dos sujeitos face à inadequada ingestão alimentar. Estes dados inferem que mudanças de fundo e estruturais do comportamento alimentar requerem intervenções psicológicas prolongadas no tempo de modo a produzir efetivamente mudanças de crenças e pensamentos desajustados e de narrativas adaptativas e de reconceptualização (Batista et al., 2020; Gonçalves et al., 2017; Knapp & Bek, 2008; White & Epston, 1990). É importante que o processo terapêutico se foque essencialmente na pessoa portadora do problema e não no próprio problema da obesidade, envolver tanto quanto possível os familiares, nomeadamente os pais, desvendar o sentido que se atribui ao problema, às relações familiares, aos fatores circundantes, ambientais, sociais, culturais, alimentares (Frontzek, Bernardes & Modena, 2017; Santos, Maranhão & Batista, 2016; Sinopoulou, Harrold, & Alford, 2015).

Por conseguinte, a interpretação conjunta dos valores obtidos pelas metodologias de avaliação QCA e EDI simultaneamente, sugere que de facto a intervenção psicológica ministrada sob a forma de ações psicoeducacionais e psicoterapêuticas, no espaço de tempo em que decorreu a investigação, apenas foi possível operar mudanças de percepção e atitudes relativamente ao comportamento alimentar em termos de ideias e formas de pensar ainda muito coladas à situação e circunstâncias de contexto terapêutico em que se mantém a vigilância dos profissionais de saúde. Entretanto, persistem as dúvidas se de facto houve mudanças suficientemente significativas na funcionalidade interna da percepção e das atitudes dos participantes que possam ser um fator de controlo do comportamento alimentar a médio e longo prazo, estendendo-se no tempo em que a vigilância externa dos profissionais de saúde diminui e os sujeitos têm que assumir o autocontrolo e autogestão das situações em que se veem envolvidos.

O que se deduz é que a intervenção psicológica implementada de curta duração foi positiva e operou algumas mudanças de percepção e atitudes, ainda que condicionadas pela situação, circunstâncias e contexto, nos participantes, levando-os a fazer esforços no sentido de controlarem e restringirem mais os comportamentos de ingestão alimentar, reduzindo quantidades e eliminando produtos não recomendáveis para a sua condição atual. Contudo, as mudanças operadas apresentam em grande parte contornos de natureza reativa e não se observando alterações significativas do padrão do comportamento alimentar, existente antes da intervenção psicológica ter sido ministrada. Embora se admita que houve casos em que foram detectadas mudanças no padrão problemático, levando esses participantes a recorrer a uma elaboração centrada na mudança e conduzindo a um padrão mais adaptativo à realidade esperada (Batista et al., 2020; White & Epston, 1990). A natureza reativa dos momentos de inovação na mudança operada é demonstrada e justificada por comportamentos e atitudes dos participantes, principalmente no seio familiar,



detectados no âmbito da entrevista e observação clínico-psicológica, em que chegam a verbalizar comentários ofensivos dirigidos a quem quer controlar a quantidade e qualidade de alimentos que pretende ingerir às refeições e durante o dia. No entanto, os filhos não são assim tão diferentes dos pais no que concerne ao comportamento alimentar; daí a importância em envolver os pais e outros familiares se possível, visto que o conhecimento correto do ambiente familiar, dos hábitos alimentares da família, dos determinantes comportamentais, psicológicos e psicossociais conduz a medidas e estratégias de intervenção mais eficazes para alcançar as mudanças almejadas (Camargo, Azevedo, & Antínio, 2013; Corandini, Moré, & Scherer, 2017; Pereira, 2021; Vaz, Silva, Rego, & Viana, 2010).

A análise qualitativa das respostas obtidas no âmbito da entrevista e da observação clínico-psicológica infere que as mudanças operadas poderiam ser mais acentuadas e alcançar valores diferenciais estatisticamente significativos, caso a intervenção psicológica tivesse comportado maior quantidade de sessões e se prolongasse por bastante mais tempo, a fim de reforçar e consolidar percepções e atitudes mais consentâneas com estilos de vida saudáveis relativamente ao comportamento alimentar. Entretanto, também se deve ter em consideração a amostra desta investigação que foi manifestamente pequena para surtir efeitos mais positivos em termos estatísticos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção psicológica nas crianças e adolescentes com sobrepeso/ obesidade operou mudanças ao nível das ideias, percepção e atitudes face à problemática do comportamento alimentar.

Após intervenção psicológica de contornos psicoeducacionais e psicoterapêuticos as mudanças operadas evidenciaram maior expressividade das atitudes orientadas à restrição alimentar e menor expressão das atitudes dirigidas à ingestão alimentar externa e emocional.

Na sequência da intervenção psicológica realizada os participantes apresentaram índices mais elevados de preocupação pelo emagrecimento e de insatisfação corporal e menos expressivos de comportamentos alimentares bulímicos.

A intervenção psicológica implementada não conduziu a mudanças significativas das características psicológicas individuais inerentes à funcionalidade interior dos participantes; tais como: sentimentos de ineficiência, perfeccionismo, desconfiança interpessoal, consciência interoceptiva, medo da maturidade, ascetismo, impulsividade e insegurança social.

As mudanças operadas na funcionalidade comportamental dos participantes ao nível perceptivo e das atitudes, mediante as ações de intervenção psicoeducacional e psicoterapêutica, inferem ser mais de natureza reativa, apesar de alguns contornos de índole adaptativa, visto não



se evidenciar com clareza a mudança do padrão problemático; embora se admita que uma intervenção psicológica mais alargada no tempo e com maior afinação dirigida às questões essenciais da funcionalidade psíquica individual, que sustenta o comportamento alimentar dos sujeitos, possa produzir mudanças significativas ao nível da percepção e atitudes, evidenciando alterações de natureza adaptativa e de conceptualização tais que implica mudança efetiva do padrão problemático.

As limitações desta investigação decorrem, porventura, da escassez de sessões (10) e do curto período de tempo em que decorreu a intervenção psicológica sob a forma de ações, ora de natureza psicoeducacional, ora psicoterapêutica, repercutindo-se na dificuldade em obter diferenças estatisticamente significativas em mais escalas do instrumentário metodológico aplicado, principalmente no que reporta às especificidades da funcionalidade psíquica. Além disso, também se considera ter tido influência a amostra reduzida e o insuficiente envolvimento dos pais nas sessões e o foco mais centrado na problemática da obesidade e menos na pessoa.

## 6 REFERÊNCIAS

- Abeso. (2015). *Mapa da obesidade*. Abeso. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>>.
- Ahrebs, W. Pigeot, I. (2015). Fatores de risco da obesidade infantil: Lições do Estudo Europeu IDEFICS. In M. L. Frelut (Ed.), *The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity*. Retirado de [ebook.ecog-obesity.eu](http://ebook.ecog-obesity.eu)
- Andrade, T. D. M., Moraes, D. E. B. D. Ancona-Lopez, F. (2014). Problemas Psicológicos e Psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos: relato de pesquisa. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34, 126-141. doi: 10.1590/S1414-98932014000100010.
- Batista, J., Silva, J., Magalhães, C., Ferreira, H., Fernández-Navarro, P., Gonçalves, M. M. (2020). Studying psychotherapy change in narrative terms: The innovative moments method. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20 (1). DOI: 10.1002/capr.12297 [www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)
- Borges, F., Barreto, M.S., Reis, P., Vieira, C. S. Marcon, S. S. (2018). Percepções e atitudes de crianças que vivenciam a obesidade. *Revista Rene*, 19. DOI: 10.15253/2175-6783.2018193261 [www.revistarene.ufc.br](http://www.revistarene.ufc.br)
- Camargo, A. P. P. M., Azevedo, B. A. Antonio, M. A. R. M. (2013). A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18 (2): 323-333. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200004>
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ*. 2000 May 6; 320 (7244): 1240-3. Doi: 10.1136/bmj.320.7244.1240.
- Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D. Jackson, A. A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: International survey. *BMJ*. 2007, 335 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39238.399444.55> (Published 26 July 2007) Cite this as: *BMJ* 2007; 335:194.



- Coradini, A. O., Moré, C. L. O. O. Scherer, A. A. (2017). Obesidade, família e transgeracionalidade: Uma revisão integrativa da literatura. *Nova Perspectiva Sistêmica*, n. 58, p. 17-37, agosto 2017. <https://revistanps.com.br/nps/article/view/298>
- Faustino, D., Oliveira, J. T., Batista, J., Braga, C. Gonçalves, M. M. (2021). Marcadores narrativos da mudança em psicoterapia: Os momentos de inovação. *Revista Psicologia para Psicólogos, Forum Nacional de Psicologia Nº 1*. Disponível em: [www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/revista\\_psicologia\\_para\\_psicologos\\_1.pdf](http://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/revista_psicologia_para_psicologos_1.pdf)
- Filipe, J., Godinho, C. A. Graça, P. (2016). Intervenções comportamentais de prevenção da obesidade infantil: Estado da arte em Portugal. *Psychology, Community & Health*, 2016, Vol. 5(2), 170–184, doi:10.5964/pch.v5i2.175
- Frontzek, L. G. M. (2016). *Obesidade infantil: Compreensão das relações familiares e intervenção psicossocial* (Tese de Doutorado). Belo Horizonte: Ministério da Saúde – Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisa René Rachou. [www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/18027/2/Tese\\_CHSS\\_LucianaGaudioMartinsFrontzek.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/18027/2/Tese_CHSS_LucianaGaudioMartinsFrontzek.pdf)
- Frontzek, L. G. M., Bernardes, L. R. Modena, C. M. (2017). Obesidade infantil: Compreender para melhor intervir. *Rev. Abordagem Gestaltica*. [online]. 2017, vol.23, n.2, pp. 167-174. ISSN 1809-6867. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/raq/v23n2/v23n2a05.pdf>
- Ganzen, V. A. (1984). *Descrições sistêmicas em psicologia*. Leninegrado: Universidade Estatal de Leninegrado.
- Ганзен, В. А. (1984). *Системные описания в психологии*. Ленинград: Ленинградский Государственный Университет.
- Garner, D. M. (1998). *Inventário de trastornos de la conducta alimentar: Manual* (EDI-2. Madrid: TEA Ediciones.
- Garner, D. M. (2010). *Inventário de trastornos de la conducta alimentar*. Manual EDI-3. Madrid: TEA Ediciones.
- Garner, D. M. Olmsted, M. P. (1984). *The Eating Disorder Inventory Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., Shafer, C. L. Rosen, L. W. (1991). Critical appraisal of the DSM-III-R diagnostic criteria for eating disorders. In S. R. Hooper, G. W. Hynd and R. E. Mattison (Eds.), *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment: Current issues and procedures*, vol. 1, Psychiatric disorders. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Garrow, J., Webster, J. (1985). Quetelet index (W/H?) as a measure of fatness. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 9, 147-153. Google Scholar PubMed
- Goes, A. R., Câmara, G, Loureiro, I., Bragança, G., Nunes, L. S. & Bourbon, M. (2015). «Papa Bem»: investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (1): 12-23. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.002>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Alves, D., Silva, J. R., Rosa, C., Braga, C., Batista, J., Fernández-Navarro, P., & Oliveira, J. T. (2017). Three narrative-based coding



systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research*, 27 (3), 270-282. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1247216>

Hermans, H. J. M., Kempen, H. J. G. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. Academic Press.

Knapp, P., Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 30, (Supl. II): S54-64.

Leite, A. C. B., Ferrazzi, N. B., Mezdari, T. & Höfelmann, D. A. (2014). Body dissatisfaction among students in Brazilian Southern city. *Rev. Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 24 (1): 54-61. Dói: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.72154>.

Lomov, B. F. (1984). *Problemas teóricos e metodológicos da psicologia*. Moscovo: Ciência.

Ломов, Б. Ф. (1984). *Теорические и методологические проблемы психологии*. Москва: Наука.

Médicos do Mundo (s. d.). *Como se previne a obesidade infantil?* Médicosdomundo.pt/noticia/como-se-previne-obesidade-infantil. Recuperado 3 de Julho de 2020.

Melo, E. D., Luft, V. C., Meyer, F. (2004). Obesidade Infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*; v. 80, n. 3, pp. 1 - 16, maio/junho. Porto Alegre – Rio Grande do Sul. <https://doi.org/10.2223/JPED.1180>

Moraes, J. M., Caregnato, R. C. A. Schneider, D. S. (2014). Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27, 157-164. doi: 10.1590/1982-0194201400028.

218

Morin, E. (1994). *La complexité humaine*. Paris: Flammarion.

Onis, M. D., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., Siekmann, J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007; 85: 660-7. Doi: 10.2471/BLT.07.043497

Organização Mundial de Saúde (OMS) 2004. *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global: relatório da consultoria da OMS*. São Paulo: Editora Roca.

Pereira, F. O. (2018). Teoria Sistémico-Integrativa do Psiquismo Humano. *Revista Teoría y Crítica de la Psicología*, n. 10, 1—23. [http://www.teocripsi.com/ojs/\(ISSN:2116-3480\)](http://www.teocripsi.com/ojs/(ISSN:2116-3480)).

Pereira, F. O. (2021). Aspectos psicológicos determinantes do comportamento alimentar em crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade. *Rev. Atenção à Saúde*. 2021; 19 (69): 279 – 297. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n69.7595>

Portugal. Ministério da Saúde (2013). *Direção Geral de Saúde. Saúde infantil e juvenil: Programa-tipo de atuação*. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=24430>.

Poulain, J. P. (2013). *Sociologia da obesidade*. São Paulo: Editora Senac.

Rennie, K. L., Johnson, L., Jebb, S. A. (2005). Behavioural determinants of obesity. *Best Practice Research: Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3), 343-358. doi:10.1016/j.beem.2005.04.003



- Rocha, M., Pereira, H., Maia, R., Silva, E., Morais, N. Maia, E. (2017). Aspectos psicossociais da obesidade na infância e adolescência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2017, 18 (3), 712-723  
ISSN - 2182-8407 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS - www.sp-ps.pt  
DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd1807>
- Sancho, T., Pinto, E., Pinto, E., Mota, J., Vale, S., Moreira, P. (2014). Determinantes do peso corporal de crianças em idade pré-escolar. *Revista Factores de Risco*, 34, 26-33.  
<https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Palmeira/publication/280528634>
- Santos, R. A., Maranhão, T. L. G. & Batista, H. M. T. (2016). Obesidade infantil e abordagens em psicologia: Uma revisão da literatura. *Ido n Line Ver. Psic.*, V. 10, N. 30, Supl. 1, Julho/2016 – ISSN 1981-1179. Edição electrónica em <http://idonline.emnuvens.com.br/id>
- Sinopoulou, V., Harrold, J. Halford, J. (2015). Significado e análise da saciedade na infância. In M. L. Frelut (Ed.), *The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity*. Retirado de [ebook.ecog-obesity.eu](http://ebook.ecog-obesity.eu)
- SNS (Serviço Nacional de Saúde) (2019). *Obesidade Infantil em Portugal*. [sns.gov.pt/noticias/2019/07/10/Portugal-obesidade-infantil-2/](https://www.dgs.pt/sns.gov.pt/noticias/2019/07/10/Portugal-obesidade-infantil-2/). <https://www.dgs.pt/>. Recuperado em 3 de Julho de 2020.
- Souza, J. C. (2019). Factores que contribuem para o desenvolvimento da obesidade infantil: revisão integrativa. Artigo científico apresentado à *TCC II do Curso de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador*. Salvador Ba. <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/1427>
- Souza, N. P. P., Oliveira, M. R. M. (2008). O ambiente como elemento determinante da obesidade. Disponível em: <http://www.redesans/wp-content/uploads/2012/10/o-ambiente-como-elemento-paraleitura.pdf>. Acesso em 28/10/2014.
- Turco, G., Bobbio, T., Reimão, R., Rossini, S., Pereira, H., Barros Filho, A. (2013). Quality of life and sleep in obese adolescents. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 71, 78-82. doi: 10.1590/S0004-282X2013005000008
- Van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G., Defares, P. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 1986; 5, 295-315. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-AT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-AT2260050209>3.0.CO;2-T)
- Van Strien, T. Oosterveld P. (2008). The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12-year-old children. *International Journal of Eating Disorders*. 2008; 41 (1), 72-81. <https://doi.org/10.1002/eat.20424>
- Vaz, A. I., Silva, D. I. I., Rego, C. I. I. I. Viana, V. I. V. (2010). Determinantes comportamentais em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade. *Alimentação Humana*, Vol. 16, nº 2, *Revista da SPCNA*. <https://hdl.handle.net/10216/52557>
- Viana V, Sinde S. (2003a). O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (D.E.B.Q.). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa*, Vol. 1, pp. 99-112. Coimbra: Quarteto.
- Viana, V., & Sinde, S. (2003b). Estilo Alimentar: Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 1, 59-71. [https://www.researchgate.net/profile/Victor-Viana-3/publication/236649218\\_ESTILO\\_ALIMENTAR](https://www.researchgate.net/profile/Victor-Viana-3/publication/236649218_ESTILO_ALIMENTAR)



- Victorino, S. V. Z., Soares, L. G., Marcon, S. S., Higarashi, I. H. (2014). Living with childhood obesity: the experience of children enrolled in a multidisciplinary monitoring program. *Rev. Rene*, 15 (6): 980-9. Dóí:10.15253/2175-6783.2014000600011.
- Viveiro, C., Brito, S. Moleiro, P. (2016). Sobrepeso e obesidade pediátrica: a realidade portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 37, Issue 1, January-April 2016, Pages 30 – 37. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.07.004>
- Weiss, K. M., Leal, D. B., Assis, M. A. Pelegrini, A. (2016). Diagnosty accuracy of anthropometric indicators to predict excess body fat in adolescents aged 11 – 14 yeats. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.* 2016; 18 (5): 548-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2016v18n5p548>
- White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton.
- World Health Organization. (2015). *Media centre: Obesity and overweight*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- World Health Organization (WHO) (2012). *Prioritizing áreas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80147/9789244503270>