

# **PERFIL PSICOSSOCIAL DE UMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES OBESOS**

Lígia Paulos<sup>1</sup>, Catarina Timóteo<sup>1</sup>, Pascoal Moleiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Resident in Paediatric Department of Centro Hospitalar Leiria – Pombal;

<sup>2</sup> Assistant in Paediatric Department of Centro Hospitalar Leiria – Pombal

Presented as Oral Communication in the “V Nacional Congress of Adolescent Medicine”, Torres  
Vedras, Portugal

All authors have equally contributed to the study.

**Objectivos:**

Caracterização psicossocial de uma amostra de adolescentes obesos (AO) seguidos numa consulta hospitalar de Medicina do Adolescente (CMA).

Avaliar se o perfil psicossocial destes adolescentes obesos difere do de adolescentes com perturbações psicoafectivas (AP) e adolescentes saudáveis (AS).

**Métodos:**

Estudo analítico transversal. Amostra obtida a partir dos adolescentes (10-18A) que preencheram um questionário de avaliação biopsicossocial, numa CMA entre 2005-2010.

Constituição de 3 grupos: AO seguidos em CMA; 50 AP da mesma consulta e 50 AS seguidos em ambiente extra-hospitalar. “Adolescentes Obesos”: IMC >P85.

Critérios de exclusão: AO com depressão; AP com perturbação do comportamento alimentar; outra doença crónica.

**Resultados:**

Entre 2005 e 2010, foram atendidos 148 AO, 57% rapazes, idade média de 13,3 anos. Não se achavam gordos 23% e 86% preocupavam-se com a saúde. Mudariam a sua relação com os pais 32%. Quase ¼ considerava a escola um problema. Não tinham um melhor amigo 34%. Cerca de 1/3 apresentava alterações no sono e queixas somáticas. Fumavam, experimentaram drogas e bebiam álcool respectivamente 1%, 3% e 11%. Ideação suicida 18%.

Os AO, comparativamente com os AP e AS apresentaram as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

- mais preocupações com a saúde;
- AO e AP consideravam a escola mais problemática do que os AS;
- AO e AS fumavam menos e menos experimentaram drogas que os AP;
- AO e AP referiram mais ideação suicida que AS.

**Conclusões:**

O perfil psicossocial dos obesos revelou-se mais problemático do que na maioria dos saudáveis, apresentando áreas de disfunção em muito semelhantes aos adolescentes com perturbações psicoafectivas.

**Palavras chave:** adolescentes obesos, perfil psicossocial, perturbação psicoafectiva

**Key words:** obese adolescents, psychosocial profile, psychoemotional disturb

## **INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas a prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças aumentou consideravelmente. Na Europa, vários estudos têm mostrado uma prevalência de excesso de peso e obesidade entre 30-40% nos países do Mediterrâneo, e entre 10-20% nos países do norte da Europa (1). Em Portugal dados recentes apontam para que cerca de 30-40% de crianças entre 6-10 anos tenham excesso de peso ou obesidade, com aumento exponencial nos últimos anos (2) (3).

As potenciais consequências nefastas da obesidade do ponto de vista orgânico e funcional a curto, médio e longo prazo, estão sobejamente descritas na literatura. No entanto, as repercussões na esfera psicossocial do adolescente merecem cada vez mais a atenção e interesse da comunidade científica mundial (4).

Estudos demonstram que adolescentes obesos são alvos sistemáticos de discriminação entre os seus pares, e são mais frequentemente vítimas de bullying que os seus pares não obesos. O desenvolvimento de uma autoimagem negativa não é raro, parecendo persistir até à idade adulta (5) (6). Verifica-se ainda uma associação entre obesidade na adolescência e doenças mentais, como depressão ou perturbação de oposição/ desafio, uma maior prevalência de comportamentos violentos e uma maior probabilidade de iniciar consumos ilícitos (6) (7).

A abordagem do adolescente com excesso de peso ou obesidade exige uma visão holística do problema, englobando e interligando todas as esferas biopsicossociais, permitindo a adoção de estratégias adequadas a cada caso, com consequente aumento da probabilidade de sucesso.

Neste contexto, os objetivos fundamentais deste estudo são: 1) Caracterizar o perfil psicossocial de uma amostra de adolescentes obesos CMA-CHLP; 2) Avaliar se o perfil psicossocial destes adolescentes difere do perfil de adolescentes com Perturbações Psicoafectivas e Adolescentes Saudáveis.

## **MÉTODOS**

Foi realizado um estudo analítico transversal cuja amostra é constituída por adolescentes com obesidade e excesso de peso (AO) seguidos em CMA-CHLP entre 2005 e 2010. A todos estes adolescentes foi aplicado, numa primeira consulta, um questionário para avaliação do perfil psicossocial.

Simultaneamente foram criados dois grupos de controlo: adolescentes com perturbações psicoafectivas (AP) seguidos na mesma consulta hospitalar e adolescentes saudáveis (AS), seguidos em consulta extra-hospitalar, de rotina. A ambos os grupos foi igualmente aplicado na consulta inicial o questionário supracitado.

Todos os adolescentes foram testados individualmente, numa sala com as devidas condições de privacidade e confidencialidade asseguradas.

### **Critérios de inclusão/ exclusão**

Foram englobados no grupo dos AO aqueles que cumpriam os critérios de obesidade e excesso de peso segundo o sexo e idade propostos pelo “Center for Disease and Prevention” (CDC), baseado nos dados do “National Health Interview Survey” (8), ou seja, adolescentes cujo Índice de Massa Corporal (IMC), calculado na 1ª consulta, assumia valores para o sexo e idade superiores ao percentil 85. Foram excluídos deste grupo os AO que simultaneamente apresentavam perturbações psicoafectivas ou outra doença crónica que não a obesidade.

No grupo dos AP foram englobados adolescentes com Transtorno do Pânico e da Ansiedade e Síndromes Depressivas que cumpriam os critérios de diagnóstico adoptados pelo “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-IV) (9). Foram excluídos deste grupo os adolescentes que simultaneamente sofriam de obesidade ou excesso de peso, uma perturbação do comportamento alimentar, como anorexia ou bulimia ou perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação, ou outra qualquer doença crónica.

O grupo dos AS ficou composto por adolescentes seguidos em CMA extra hospitalar, de rotina, sem qualquer patologia.

### **Questionário**

O questionário apresenta questões simples de resposta rápida “sim” ou “não”, questões estas validadas e utilizadas na maioria dos questionários aplicados em consultas de Medicina do Adolescente (10). Cada adolescente respondeu a 38 questões, agrupadas em 7 grandes grupos:

Auto-imagem: achar-se gordo, achar-se magro, existência de partes de corpo que não goste, preocupações com a sua saúde.

Hábitos: consumo habitual de medicamentos, se faz dietas, se salta refeições, experiências com tabaco, álcool ou drogas.

Saúde e queixas somáticas: queixas de cefaleias, dor abdominal, sensação de desmaio, mialgias e dores nas articulações frequentes.

Padrão do sono: existência de insónia inicial, acordar ou não muitas vezes durante a noite, enurese nocturna frequente, existência de cansaço diurno.

Relações sociais/Família e Amigos: relação com os pais e eventual preocupação com a relação entre eles, desejo de mudar a relação com os pais, eventual preocupação com saúde um familiar, existência de um melhor amigo e confidente.

Escola e perspectivas de futuro: a escola como um problema e correr ou não favoravelmente, preocupação com o seu futuro.

Ideação suicida: existência de um amigo que pense em morrer, o próprio pensar em morrer.

## Análise estatística

Para a análise estatística utilizou-se o programa “Statistical Package for the Social Sciences<sup>®</sup>” 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA). A análise comparativa foi realizada com o teste de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), adoptando-se um nível de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

### Caracterização da amostra e grupos de controlo

Foram inquiridos 148 AO com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos. Mais de metade (57%) eram do sexo masculino. A média de idades foi de 13 anos, com predomínio dos adolescentes mais velhos (64% entre os 14 e os 17 anos de idade).

Ambos os grupos de controlo eram compostos por 50 adolescentes. Os AP eram predominantemente do sexo feminino (56%), com cerca de 2/3 na faixa etária compreendida entre os 14 e os 17 anos e com uma média de idade de 14 anos. Os AS, com igual proporção entre sexos (50%), pertenciam maioritariamente à faixa etária entre os 14 e os 17 anos (90%), e apresentavam uma média de idades de 14 anos.

### Perfil Psicossocial dos AO, AP e AS

As respostas ao questionário estão discriminadas na Tabela 1:

		AO	AP	AS
Autoimagem	Achas-te gordo?	77%	16	8
	Achas-te magro?	7%	12	12
	Existem partes do corpo de que não gostes?	53%	14	13
	Estás preocupado com a tua saúde?	86%	22	12
Hábitos	Consumes habitualmente algum medicamento?	24%	24%	18%
	Estás de dieta?	61%	2%	4%
	É frequente saltares refeições?	30%	50%	10%
	Fumas?	1%	10%	0%
	Bebes álcool regularmente?	11%	22%	14%
	Alguma vez consumiste drogas?	3%	8%	1%
Saúde e queixas somáticas	Costumas ter dores de cabeça?	37%	40	16
	É frequente doer-te a barriga?	22%	14	16
	Já alguma vez desmaiaste ou tiveste a sensação que ias desmaiar?	20%	44	12
	Costumas ter dores musculares ou nas articulações?	39%	34	28
Padrão do sono	Custa-te a adormecer?	35%	38	24
	Acordas durante a noite?	20%	34	14
	Sentes-te cansado durante o dia?	34%	40	36
	Acontece perdeses urina durante a noite?	3%	0	4

Relações sociais	Dás-te bem com os teus pais?	82%	78	86
	A relação entre os teus pais preocupa-te?	18%	38	4
	Se pudesses, mudarias o teu relacionamento com os teus pais?	32%	18	24
	Há alguém da tua família cuja saúde te preocupe?	46%	50	34
	Tens um melhor amigo com quem possas falar de tudo?	66%	78	78
Escola e perspectivas de futuro	A escola para ti é um problema?	27%	16	6
	A escola corre-te mal?	44%	36	12
	Estás preocupado com o teu futuro?	71%	62	62
Ideação suicida	Tens algum amigo que tenha tido vontade de morrer?	25%	26	18
	Alguma vez tiveste vontade de morrer?	18%	26	2

**Tabela 1** – Respostas dadas ao questionário aplicado por AO, AP e AS.

### **Adolescentes Obesos vs Adolescentes com Perturbações Psicoafectivas vs Adolescentes Saudáveis**

Em relação à comparação entre grupos, descrevem-se sucintamente as diferenças estatisticamente significativas (ver tabela 2):

Auto-imagem: os AO acham-se mais gordos que os AP e que os AS, e estão mais preocupados com a sua saúde comparativamente com os AP e AS.

Hábitos: os AO fazem mais dietas que os AP e os AS. No entanto, metade dos AP salta refeições, situação que ocorre em 30 % dos AO e em apenas 10% dos AS. Relativamente aos consumos são os AP quem mais frequentemente fuma. As experiências com outras drogas (excluindo-se o álcool) são mais prevalentes entre os AO e os AP, comparativamente com os AS, embora não estatisticamente significativo.

Saúde e queixas somáticas: os AO referem mais cefaleias que os AS, queixa partilhada com os AP. A sensação de desmaio é referida mais frequentemente neste último grupo, apresentando uma diferença significativa para com os outros dois grupos de adolescentes.

Relações sociais/ Família e amigos: são os AP quem mais está preocupado com a relação entre os pais, mas os AO apresentam mais preocupações a este nível que os AS. São os AO quem exprime maior vontade de mudar o relacionamento com os pais, embora a diferença entre os grupos não seja significativa.

Escola e perspectivas de futuro: A escola é mais frequentemente um problema e corre mais frequentemente mal para os AO e para os AP do que para os AS.

Ideacção suicida: os AO e os AP referem mais frequentemente terem tido, algum dia, pensamentos suicidas que os AS.

	AO	AP	<i>p</i>	AO	AS	<i>p</i>
Achas-te gordo?	<b>77%</b>	16%	0,000	<b>77%</b>	8%	0,000
Estás de dieta?	<b>61%</b>	2%	0,000	<b>61%</b>	4%	0,000
É frequente saltares refeições?	30%	<b>50%</b>	0,026	<b>30%</b>	10%	0,013
Estás preocupado com a tua saúde?	<b>86%</b>	22%	0,002	<b>18%</b>	12%	0,000
A relação entre os teus pais preocupa-te?	18%	<b>38%</b>	0,017	<b>18%</b>	4%	0,026
Já alguma vez desmaiaste ou tiveste a sensação que ias desmaiar?	20%	<b>44%</b>	0,04	<i>Ns</i>	<i>ns</i>	<i>Ns</i>
Fumas?	1%	<b>10%</b>	0,014	<i>Ns</i>	<i>ns</i>	<i>Ns</i>
Costumas ter dores de cabeça?	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>ns</i>	<b>37%</b>	16%	0,016
Alguma vez tiveste vontade de morrer?	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>ns</i>	<b>18%</b>	2%	0,009
A escola para ti é um problema?	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>ns</i>	<b>27%</b>	6%	0,006
A escola corre-te mal?	<i>Ns</i>	<i>Ns</i>	<i>ns</i>	<b>44%</b>	12%	0,000

Tabela 2 - Itens nos quais existem diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos de adolescentes do estudo. *Ns: diferenças não significativas.*

## DISCUSSÃO

Os adolescentes obesos acham-se gordos e têm partes do corpo de que não gostam e que gostariam de mudar; esta perspectiva, embora podendo ser realista, contribui para uma baixa auto-estima, não aceitação da imagem corporal, frustração e insegurança (11) (12) (13) (14) (15). Vários estudos sugerem, no entanto, que estes sentimentos estão dependentes da crítica a que estão sujeitos por parte de família e amigos (16). De facto, no nosso estudo, embora 77% dos AO se ache gordo, surpreendentemente 10% referiram “achar-se magros”.

Embora na literatura seja sobejamente referida a dificuldade em obter prazer nas suas relações sociais, tornando escassa a interacção com os seus pares, os AO da nossa amostra referem a existência de um melhor amigo em igual proporção com os AP e AS. Já em relação à esfera familiar, verificou-se que é significativa a maior preocupação com a relação entre os pais demonstrada pelos AO e pelos AP, comparativamente com o grupo dos AS. Esta preocupação excessiva pode ter como base uma maior dependência materna e menor autonomia em relação aos progenitores (17).

Também a escola é referida como um problema por parte dos nossos AO e neste item existem semelhanças importantes entre os AO e os AP, destacando-se do ponto de vista estatístico dos AS. Salienta-se na literatura as taxas aumentadas de alterações de comportamento e dificuldades de aprendizagem por parte dos AO, sendo a associação tanto maior quanto maior a gravidade da doença (17).

Em relação aos hábitos alimentares, a preocupação excessiva com a comida, ingestão compulsiva alternada com saltar refeições e fazer dietas, é comum entre adolescentes obesos (14). No nosso estudo, são os AP quem salta mais refeições, seguidas pelos AO e depois pelos AS, que apresentam comportamentos deste tipo significativamente menos prevalentes. Outros hábitos, nomeadamente consumos de substâncias tóxicas, são referidos na literatura como mais prevalentes entre adolescentes com psicopatologia ou simplesmente naqueles que se sentem mais infelizes (18) (19) (20). No nosso estudo verifica-se, de facto, que os AO admitem mais este tipo de consumos do que os AS, embora sejam os AP quem mostra mais tendência para estes comportamentos. O abuso destas substâncias entre adolescentes com perturbação psicoafectiva está também sobejamente descrito na literatura (19).

Vários estudos sugerem uma associação entre doenças mentais, como depressão ou perturbação de oposição/ desafio, e obesidade na adolescência e idade adulta (13) (20). Constituindo a depressão por si só, um importante factor de risco para suicídio, explica-se desta forma que os AO e AP da nossa amostra tenham referido em igual proporção já ter tido em algum momento ideação suicida. Estão também descritas na literatura incidências mais elevadas de queixas somáticas entre adolescentes obesos e aqueles com perturbação psicoafectiva (21), em concordância com o verificado neste estudo; de facto, estes dois grupos referiram mais queixas de cefaleias, mialgias/ lombalgias e sensação de desmaio (22) (23) (24) (25).

## **CONCLUSÕES**

A relação de causalidade entre obesidade e psicopatologia é dúbia, controversa e alvo de discussão na comunidade científica. Parece certo que a obesidade aumenta o risco de psicopatologia: o que a pessoa pensa sobre si mesma influencia a satisfação que extrai da sua vida e das actividades que realiza, sendo um factor de risco ou de suporte para a sua saúde mental.

Neste estudo, mostrou-se que o perfil psicossocial dos AO apresenta áreas de disfunção importantes, mais problemático que a maioria dos seus pares saudáveis, apresentando áreas de disfunção em muito semelhantes ao dos adolescentes com perturbações psicoafectivas.

À semelhança das repercussões biológicas da obesidade, realça-se o impacto psicossocial desta doença e reforça-se o conceito de obesidade como uma patologia transversal nas várias áreas de vivência do adolescente.

Acreditamos que os nossos resultados possam servir como estímulo para a realização de estudos relacionados com esta temática. Esperamos também servir de alerta para que as equipas responsáveis pela orientação de adolescentes obesos se empenhem cada vez mais na abordagem desta doença, uma abordagem que se impõe global, holística e multidisciplinar, num contexto de CMA.



## BIBLIOGRAFIA

1. Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev.* 2003 Nov; 4(4):195-200.
2. Ferreira RJ, Marques-Vidal PM. Prevalence and determinants of obesity in children in public schools of Sintra, Portugal. *Obesity (Silver Spring).* 2008 Feb;16(2):497-500.
3. Padez C, Fernandes T, Mourão I, Moreira P, Rosado V. Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *Am J Hum Biol.* 2004 Nov-Dec; 16(6):670-8.
4. Mustillo S, Worthman C, Erkanli A, Keeler G, Angold A, Costello J. Obesity and Psychiatric Disorder: Developmental Trajectories *Pediatrics.* 2003 April; 111 (4): 851 -859.
5. Stunkard A, Burt V. Obesity and the Body Image: II. Age at Onset of Disturbances in the Body Image. *Am J Psychiatry* 1967; 123:1443-1447.
6. Strauss RS. Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics.* 2000 Jan;105(1):e15.
7. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics* 2001; 107(5): 1049–56.
8. Centers for Disease control and Prevention website. Criteria for obesity and overweight. Available at <http://www.cdc.gov/obesity>
9. American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Draft Criteria: 3/1/93. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
10. Hofmann A, Greydanus D. Adolescent Medicine, part I. 3<sup>rd</sup> edition, Appleton Lange Editor, 1997, pp 29-33.
11. Fonseca H, Gaspar de Matos M. Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: an overview of associated factors. *Eur J Public Health.* 2005 Jun; 15(3):323-8.
12. Cataneo C, Carvalho A, Galindo E. Obesity and psychological aspects: emotional and cognitive development, self concept, locus of control and anxiety. *Psicol Reflex. Crit.* 2005 Jan-Apr; 18(1)
13. Robinson S. Victimization of obese adolescents. *J Sch Nurs.* 2006 Aug; 22(4):201-6.
14. Mustillo S, Hendrix K, Schafer M. Trajectories of Body Mass and Self-Concept in Black and White Girls - The Lingering Effects of Stigma. *Journal of Health and Social Behavior.* 2012; 53(1):2-16

15. Wadden, T., Stunkard, A., Rich, L., Rubin, C., Sweidel, G, McKinney, S. Obesity in black adolescent girls: a controlled clinical trial of treatment by diet, behavior modification, and parental support. *Pediatrics*. 1990, 85(3): 345-352.
16. Neumark-Sztainer D, Story M, French SA, Hannan PJ, Resnick MD, Blum RW. Psychosocial concerns and health-compromising behaviors among overweight and nonoverweight adolescents. *Obes Res*. 1997 May;5(3):237-49.
17. Papelbaum M, Moreira R, Gaya C, Preissler C, Coutinho W. Impact of body mass index on the psychopathological profile of obese smoking women. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2010; 32 (1)
18. Matos M, Carvalhosa S, Vitória P, Clemente M. Portuguese Adolescents and Tobacco. Faculty of Human Kinetics, Programme of Education for All - PEPT Health, Office of Drug Prevention Mayor of Lisbon and Prevention Council of Smoking. 2001; 6(1)
19. Farhat T, Iannotti RJ, Simons-Morton BG. Overweight, obesity, youth, and health-risk behaviors. *Am J Prev Med*. 2010 Mar;38(3):258-67.
20. Batki S. Drug abuse, psychiatric disorders, and AIDS. Dual and triple diagnosis. *West J Med*. 1990 May; 152(5): 547–552.
21. Wardle J, Cooke L. The impact of obesity on psychological well-being. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2005 Sep;19(3):421-40.
22. Musher-Eizenman D, Holub S, Miller A, Goldstein S, Edwards-Leeper L. Body Size Stigmatization in Preschool Children: The Role of Control Attributions. *J. Pediatr. Psychol*. (2004) 29 (8): 613-620.
23. Sullivan S, Cloninger CR, Prgbeck TR, Klein S. Personality characteristics in obesity and relative successful weight loss. *Int J Obes*. 2007; 31 (4): 669-74.
24. American Academy of Pediatrics - Committee on Adolescence. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*. 2000 April; 105 (4): 871 -874
25. Suicide.org website. Morbid obesity depression, and suicide. Available at <http://www.suicide.org/morbid-obesity-depression-and-suicide.html>.
26. Campos A. Psychological aspects of obesity. *Pediatrica Moderna*, 29, 129-133.