

Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas

Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz

Ricardo Gorayeb

Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto

Raphael Del Roio Liberatore Júnior

Neide Aparecida Micelli Domingos

Faculdade de Medicina e Enfermagem de São José do Rio Preto

Resumo

A obesidade infantil alcança índices preocupantes e sua ocorrência na população brasileira tem adquirido grande significância na área da saúde, principalmente devido ao impacto que causa na vida das crianças, trazendo conseqüências físicas, sociais, econômicas e psicológicas. Neste artigo enfatiza-se a depressão, a ansiedade, a competência social e os problemas comportamentais, dentre os múltiplos fatores relacionados à obesidade infantil. São discutidos estudos que mostram estes fatores como causa ou como conseqüência da obesidade infantil, apesar de não haver consenso na área. Porém, a ocorrência concomitante de depressão, ansiedade e déficits de competência social com obesidade infantil demonstra a relevância deste tema. Uma maior difusão desse conhecimento e a proliferação desses estudos são importantes para proporcionar um atendimento e intervenção adequados a essa população.

Palavras-chave: obesidade infantil; depressão; ansiedade; competência social

Abstract

Depression, anxiety, social competence and behavioral problems in obese children. Childhood obesity has high rates of occurrence and in Brazil has acquired great importance in the area of health, mainly due to the consequences to children's lives, bringing physical, social, economical and psychological consequences. In this article we emphasize depression, anxiety, social competence and behavior problems among the multiple factors related to childhood obesity. We discuss studies that present these factors as cause or consequence of childhood obesity, despite the fact that there is no consensus in the area. However, the simultaneous occurrence of depression, anxiety and deficits in social competence and childhood obesity shows the importance of this matter. The awareness of this and more research in the area will improve the quality of life of these patients.

Keywords: childhood obesity; depression; anxiety; social competence

A obesidade infantil é definida, como nos adultos, por um acúmulo excessivo de massa de gordura (Frelut & Navarro, 2000). Entre os transtornos nutricionais infantis, é um dos problemas de saúde mais freqüentes; por isto, é considerada um grave problema de saúde pública (Battaglini, Zarzalejo, & Alvarez, 1999; Cintra, 1999).

Nos países desenvolvidos, a obesidade infantil atinge proporções epidêmicas, começando a substituir a desnutrição e as doenças infecciosas, tornando-se fator significativo em problema de saúde (Brownell & O'Neil, 1999). Esses países têm concentrado seus esforços na área de saúde pública e na prevenção das doenças não-transmissíveis, dando ênfa-

se à redução da obesidade, modificação do padrão alimentar e redução do sedentarismo (National Research Council, 1989).

A obesidade infantil tem aumentado dramaticamente em todos os países industrializados, nos quais a inatividade física parece contribuir da mesma forma que a ingestão elevada e desbalanceada de alimentos (Frelut & Navarro, 2000). Alguns estudos apontam a obesidade como o problema nutricional mais freqüente nos Estados Unidos, chegando a afetar um terço da população geral e 15 a 20% das crianças. A obesidade pode ter início em qualquer época da vida, mas seu aparecimento é mais comum especialmente no primeiro ano de vida, entre cinco e seis anos de idade e na adolescên-

cia (Damiani, Carvalho, & Oliveira 2000; Fisberg, 1995), mas deve-se considerar que em qualquer fase da vida a obesidade exige uma atenção especial.

Por meio de levantamento bibliográfico realizado nos bancos eletrônicos de dados bibliográficos *Med Line* e *Lilacs* (período de 1995 a 2003), foram identificados artigos que estivessem ligados às relações entre obesidade e fatores emocionais.

Existem poucos dados sobre a incidência e a prevalência de obesidade no Brasil, provavelmente devido às dificuldades de se manter avaliações antropométricas rotineiras nos centros de atenção primária à saúde. Um estudo realizado na população atendida pelo hospital-escola da Escola Paulista de Medicina mostrou que, aproximadamente 4 a 5% das crianças menores de 12 anos, que chegam para consulta em triagem médica, apresentam obesidade (Fisberg, 1995). Um outro estudo domiciliar, de cobertura nacional para representar a população de adolescentes brasileiros não institucionalizados, foi realizado com o objetivo de descrever a prevalência da obesidade em 13.715 adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade. Os resultados mostraram maior prevalência de obesidade no grupo de adolescentes do sexo feminino e em adolescentes de nível sócio econômico mais alto e de regiões industrializadas (Neutzling, Taddei, Rodrigues, & Sigulem, 2000).

O prognóstico da obesidade infantil é bastante controverso. Alguns estudos demonstraram que, aproximadamente, 20% das crianças obesas podem se tornar adultos obesos. Outros estudos ressaltam que quanto menor a idade em que a obesidade se manifesta e quanto maior sua intensidade, maior a chance de que a criança se torne um adolescente e um adulto obeso (Fisberg, 1995).

Vários fatores contribuem para a etiologia da obesidade. Fatores genéticos, culturais, econômicos, emocionais e comportamentais atuam em diferentes combinações nos indivíduos obesos. Assim, múltiplas etiologias, correlatos comportamentais, efeitos psicossociais e conseqüências médicas, tornam a obesidade especialmente complexa (Brownell & O'Neil, 1999). As síndromes genéticas e as alterações endocrinológicas são responsáveis por apenas 1% dos casos, em geral, de obesidade endógena, e os 99% restantes são considerados de causa exógena, ou seja, resultantes de ingestão excessiva de alimentos, quando comparada ao consumo energético ideal do indivíduo (Damiani, Carvalho, & Oliveira, 2000).

Em estudo realizado com o objetivo de avaliar os fatores associados à obesidade, bem como o uso do índice de massa corpórea (IMC) em adolescentes de uma escola privada do estado do Rio de Janeiro, Fonseca, Sichieri e Veiga (1998) concluíram que o IMC é um indicador de obesidade para adolescentes e que as influências familiares e o sedentarismo, particularmente nos meninos, foram determinantes do sobrepeso. A proporção de meninos classificados com sobrepeso foi superior à apresentada pelas meninas e um padrão estético de magreza predominou entre as meninas.

Campos (1995) salienta que a família de indivíduos com obesidade exógena apresenta como características: excesso de ingestão alimentar, sedentarismo, relacionamento intrafamiliar complicado, desmame precoce, introdução precoce de alimentos sólidos, substituições de refeições por lanches e dificuldades nas relações interpessoais.

Além dessas características familiares, alguns transtornos psicológicos tais como depressão, ansiedade e dificuldade de ajustamento social podem ser observados em indivíduos com obesidade, seja ela endógena ou exógena. Damiani, Carvalho e Oliveira (2000) discutem se estes transtornos psicológicos atuam como causa ou como efeito do processo de aumento do peso.

O excesso de peso aumenta o risco para a saúde; seja por razões biológicas, psicológicas ou comportamentais, alguns indivíduos parecem destinados a enfrentar uma batalha para emagrecer. Este processo de luta pode produzir excessiva preocupação com a alimentação, peso, autocondenação, e depressão, bem como repetidos ciclos de perda e recuperação de peso (Brownell & O'Neil, 1999).

Estudos têm mostrado que crianças obesas possuem um grande risco para desenvolverem problemas psicológicos e de saúde. Observações clínicas postulam a associação entre a obesidade e depressão. Estas observações têm recebido suporte de estudos epidemiológicos, sugerindo relação entre excesso de peso e sintomas psicológicos e psiquiátricos (Carpenter, Hasin, & Allison, 2000).

Considerando que aspectos emocionais podem estar associados à obesidade, favorecendo muitas vezes o desenvolvimento de problemas psicológicos, como a ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais, é fundamental compreender o papel destes transtornos na etiologia ou mesmo como conseqüência da obesidade infantil.

Depressão e obesidade infantil

Entre os transtornos psicológicos estudados na infância e adolescência, a depressão tem suscitado crescente interesse, principalmente pela freqüência com que este diagnóstico tem sido feito. Mas, durante muito tempo acreditou-se que as crianças raramente apresentavam depressão. Atualmente existem evidências, derivadas de um número substancial de estudos, de que transtornos depressivos também surgem durante a infância e não apenas na adolescência e na vida adulta (Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989; Miyazaki, 1995).

Sentimentos de tristeza, irritabilidade e agressividade, dependendo da intensidade e da freqüência, podem ser indícios de quadros depressivos em crianças. As súbitas mudanças de comportamentos nas crianças, não justificadas por fatores estressantes, são de extrema importância para justificar um diagnóstico de transtornos depressivos. Os sintomas depressivos podem interferir na vida da criança de maneira intensa, prejudicando seu rendimento escolar e seu relacionamento familiar e social (Fu I, Curatolo, & Friedrich, 2000).

A depressão pode ser também sintoma de patologias orgânicas, como os distúrbios endocrinológicos e neurológicos (Rose, 1998). Pode ainda, ser mais freqüente em alguns grupos de crianças, como as portadoras de problemas crônicos de saúde e dificuldades acadêmicas (Amaral & Barbosa, 1990; Miyazaki, 1993; Weinberg, Rutman, Sullivan, Penich, & Dietz, 1973). Entre tais grupos vulneráveis para o desenvolvimento da depressão infantil encontra-se, também, a obesidade, que muitas vezes acarreta dificuldades comportamentais, interferindo assim, no relacionamento social, familiar e acadêmico da criança. Andriola e Cavalcante (1999) consideram ainda que, quanto mais problemas de comportamento a criança apresentar, maior será a probabilidade de desenvolver um quadro depressivo.

Para avaliar a depressão infantil são utilizados instrumentos para se quantificar a intensidade e freqüência dos sintomas depressivos. Um instrumento de auto-relato muito utilizado é o Inventário de Depressão Infantil (*Children's Depression Inventory - CDI*), constituído por uma escala abordando vários itens que avaliam sinais cognitivos, afetivos e comportamentais de depressão em crianças, como tristeza, perda de interesse, choro freqüente, desesperança, culpa, baixa auto-estima, entre outros (Kovacs, 1982). O CDI é aplicado a ambos os sexos, em faixa etária de 7 a 17 anos de idade. Faz-se necessário ressaltar que o instrumento só possui valor diagnóstico perante outros dados que confirmem os resultados encontrados.

Csabi, Tenyi e Molnar (2000) realizaram um estudo com o objetivo de comparar um grupo de 30 crianças obesas em tratamento ambulatorial com um grupo de 30 crianças não obesas, no que se refere à presença de sintomas depressivos. Utilizaram como instrumento de coleta de dados uma Escala de Classificação para Depressão Infantil. Os resultados deste estudo mostraram uma maior proporção de sintomas depressivos em crianças obesas quando comparadas com as de peso normal. Outro estudo foi realizado em escolas do norte da Califórnia, para avaliar depressão em estudantes pré-adolescentes obesos (foram considerados obesos os participantes com o IMC igual ou maior que o percentil 85), com idade média de 8,4 anos. Nele, Erickson, Robinson, Haydel e Killen (2000) encontraram significância no aumento da freqüência de sintomas depressivos apenas entre as meninas, situação aparentemente relacionada à preocupação com o excesso de peso.

Todavia, não há consenso na literatura sobre as relações entre depressão e obesidade. Friedman e Brownell (1995), investigando a literatura, observaram divergências entre os estudos. Alguns estudos mostraram que a obesidade aumenta o risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos, outros indicaram que a obesidade diminui o risco para a depressão e ainda outros apontaram que a obesidade não tem influência no risco para depressão. Nota-se assim a necessidade e a importância de estudos com a população infantil brasileira que verifiquem a presença de sintomas depressivos entre crianças obesas e da elaboração de instrumentos espe-

cíficos para a cultura brasileira, que avaliem adequadamente tais sintomas.

Faz-se necessário ainda salientar que os transtornos depressivos constituem uma série de alterações comportamentais, biológicas, cognitivas, emocionais e somáticas, que geralmente associam-se a outras queixas como, por exemplo, a ansiedade (American Psychiatric Association, 1994; Beck, 1967; Flarerty, Channon, & Davis, 1990; Kovacs et al., 1989). Last, Strauss e Francis (1987), em estudo destacando comorbidades entre os transtornos de ansiedade, relataram que 15% das crianças encaminhadas a uma clínica infantil para tratamento de ansiedade, quando avaliadas, receberam diagnóstico principal de depressão maior, com transtornos secundários de ansiedade. Desta forma, destaca-se a importância de citar os correlatos entre obesidade infantil e ansiedade.

Ansiedade e obesidade infantil

Os transtornos ansiosos são um dos quadros psiquiátricos mais comuns, tanto em crianças como em adultos. Nas crianças e adolescentes, os transtornos ansiosos mais freqüentes são o transtorno de ansiedade de separação e o transtorno de ansiedade generalizada (Castilho, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000). Andrade e Gorenstein (1998) relacionam a ansiedade como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que fazem parte do desenvolvimento do ser humano, podendo tornar-se patológica quando acontece de forma exagerada e sem uma situação real ameaçadora que a desencadeie.

Existem duas dimensões distintas para a ansiedade se apresentar. A primeira é o estado de ansiedade, que pode ser conceitualizado como um estado emocional transitório, que varia em intensidade e flutua com o decorrer do tempo, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos. A segunda dimensão é o traço de ansiedade que se refere a diferenças individuais relativamente estáveis quanto à propensão para a ansiedade, ou seja, diferenças na maneira do indivíduo reagir a situações percebidas como ameaçadoras. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE C) é um instrumento muito utilizado para avaliar sintomas de ansiedade em crianças (Spielberg, 1979).

Considerando que a obesidade infantil pode estar relacionada com sintomas de ansiedade, Carvalho et al. (2001), em uma pesquisa com pré-adolescentes obesos (todos os participantes situaram-se no percentil igual ou acima de 95) de ambos os sexos com idade entre 9 e 13 anos, selecionados através de um programa escolar de uma cidade do interior do estado de São Paulo, observaram que entre essa amostra estudada os meninos apresentaram sinais indicativos de problemas emocionais. No que se refere a sinais de ansiedade, os sujeitos encontravam-se com níveis dentro do esperado para essa faixa etária, não se encontrando diferença entre os sexos. Apenas 3,8% dos sujeitos apresentaram ansiedade acima da média. Os autores desse estudo concluíram que não

houve diferença significativa entre obesos e não obesos nessa população estudada e ainda consideram a importância de realizar estudos deste tipo para elucidar aspectos relativos ao funcionamento psicológico de pré-adolescentes obesos.

Vários estudos de obesidade em adultos mostram uma relação entre obesidade e ansiedade, destacando a ansiedade como um sintoma freqüente entre os obesos adultos (Mazzoni, Mannucci, Rizzello, Ricca, & Rotella, 1999; Pirke & Platte, 1998; Rosmond & Bjurmtorp, 1998; Sarlio-Lahteenkorva & Rissen, 1998). Portanto, um número maior de estudos que investiguem a ansiedade entre crianças obesas é fundamental para auxiliar em programas de orientação e em implementação de estratégias de intervenção.

Competência social, problemas comportamentais e obesidade infantil

Problemas psicológicos, sociais e comportamentais podem ocorrer em indivíduos obesos. Muitas vezes, eles sofrem discriminação e estigmatização social, que prejudicam seu funcionamento físico e psíquico, podendo causar um impacto negativo em sua qualidade de vida (Khaodhiar, McCowen, & Blackburn, 1999). As crianças obesas são freqüentemente importunadas pelos colegas e menos aceitas do que as crianças com peso normal. Ao longo da vida, o excesso de peso traz outras dificuldades, como menor índice de empregos, timidez e problemas de relacionamento afetivo. Devido a tais dificuldades, muitas vezes os indivíduos obesos sofrem ou impõem-se restrições diante de atividades rotineiras como ir à escola, fazer determinados exercícios físicos, procurar emprego, comprar roupas, namorar e divertir-se (Damiani, Damiani, & Oliveira, 2002).

De acordo com Keller e Stevens (1996), conseqüências sociais, econômicas e psicológicas podem decorrer do processo de aumento de peso. Os dados de um estudo realizado por esses autores mostraram que, em sete anos de seguimento de adolescentes do sexo feminino, estas tiveram menos anos escolares completos, menor incidência de casamentos, renda familiar baixa e pobreza familiar, quando comparadas com adolescentes não obesas. Referem também, nesse estudo, que as adolescentes obesas relatam insatisfação com sua imagem corporal, sentindo-se diferentes da maioria dos adolescentes.

Stradmeijer (2000), analisando a relação entre funcionamento familiar e ajustamento psicossocial em 70 crianças e adolescentes com excesso de peso (IMC igual ou cima do percentil 95), quando comparadas com 73 crianças e adolescentes com peso normal, com idade entre 10 e 16 anos, através do Child Behavior Check List (CBCL) (Achenbach & Edelbrock, 1994), verificaram que tanto os pais como os professores apontaram mais problemas comportamentais em crianças com excesso de peso, particularmente em adolescentes do grupo de 13 anos de idade, do que em crianças com peso normal. Outro estudo, utilizando o CBCL para avaliar 152 crianças obesas de ambos os sexos em tratamento ambulatorial, mostrou que a maioria apresentava problemas

de relacionamento social, quando avaliadas por seus pais (Epstein, Myers, & Anderson, 1996).

Considerações finais

Analisando a literatura, percebe-se que é encontrada uma relação entre a obesidade infantil e aspectos psicológicos, tais como depressão, ansiedade e déficits de competência social. Há indicativos de correlações entre esses aspectos psicológicos e a presença de obesidade em crianças. Mesmo que uma relação causal formal não tenha sido claramente estabelecida, a co-ocorrência de obesidade e essas alterações psicológicas requer maior atenção dos estudiosos da área. Nota-se que a ansiedade, depressão, competência social e problemas comportamentais são variáveis que estão sendo estudadas e, independentemente da sua conotação de causa ou conseqüência envolvida no processo da obesidade, a concomitância sistemática de sua ocorrência mostra a necessidade de que esses estudos sejam intensificados.

Somente o aumento de estudos nesta área poderá promover intervenções eficazes para essa clientela, que está aumentando e sofrendo prejuízos à sua saúde física e emocional.

Referências

- Achenbach, T. N., & Edelbrock, C. (1994). *Manual for the Child Behavior Checklist and revised child behavior profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont.
- Amaral, V. L. A. R., & Barbosa, M. K. (1990). Crianças vítimas de queimaduras: um estudo sobre depressão. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 31-59.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual de diagnóstico estatístico de transtornos mentais – DSM-IV* (L. H. S. Barbosa, Trad.). São Paulo: Manole.
- Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 285-90.
- Andriola, W. B., & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 419-428.
- Battaglini, S., Zarzalejo, Z., & Alvarez, M. L. (1999). *Obesidad*. Caracas: Caligraphy.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Brownell, K. D., & O'Neil, P. M. (1999). Obesidade. In D. H. Barlow (Org.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos* (pp.355-403). Porto Alegre: Artmed.
- Campos, A. L. R. (1995). Aspectos psicológicos da obesidade. In I. M. Fiesberg (Org.), *Obesidade na infância e adolescência* (pp.71-79). São Paulo: Fundo Editorial BYK.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., & Allison, D. B. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90(2), 251-257.
- Carvalho, A. M. P., Netto, J. R. C., Bugliani, M. A. P., Borges, C. D., Mariano, F. N., Brancaleoni, A. P. L., & Gorayeb, R. (2001). Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. *Paidéia*, 11(20), 39-47.
- Castilho, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtorno de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria [Suplemento: Saúde mental na infância e adolescência]*, 22, 20-23.

- Cintra, I. P. (1999). *Avaliação da composição corporal e do gasto energético basal em crianças pré-púberes, com obesidade grave, na vigência de programa nutricional*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Csabi, G., Tenyi T., & Molnar, D. (2000). Depressive symptoms among obese children. *Journal of Eating Weight Disorders*, 5(1), 43-45.
- Damiani, D., Carvalho, D. P., & Oliveira, R. G. (2000). Obesidade na Infância – um grande desafio. *Pediatria Moderna*, 36 (8), 489-528.
- Damiani, D., Carvalho, D. P., & Oliveira, R. G. (2002). Obesidade – fatores genéticos ou ambientais? *Pediatria Moderna*, 38(3), 57-80.
- Epstein, L. H., Myers, M. D., & Anderson, K. (1996). The association of maternal psychopathology and family socioeconomic status with psychological problems in obese children. *Journal of Obesity*, 4(1), 65-74.
- Erickson, S. J., Robinson, T. N., Haydel, K. F., & Killen, J. D. (2000). Are overweight children unhappy? Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 154(9), 931-935.
- Fisberg, M. (1995). Obesidade na infância e adolescência. In M. Fisberg (Org.), *Obesidade na infância e adolescência* (pp. 9-13). São Paulo: Fundo Editorial BYK.
- Flaherty, J. A., Channon, R. A., & Davis, J. M. (1990). *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fonseca, V. M., Sichieri, R., & Veiga, G. V. (1998). Fatores associados à obesidade em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 32(6), 541-549.
- Frelut, M. L., & Navarro, J. (2000). *Obesity in the child*. *Press Med*, 29(10), 572-577.
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117(7), 3-20.
- Fu I, L., Curatolo, E., Curatolo, E., & Friedrich, S. (2000). Transtornos afetivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Suplemento: Saúde mental na infância e adolescência], 22, 24-27.
- Hathaway, S. R., & Mckinley, J. C. (1945). *Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI)*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Keller, C., & Steves, K. R. (1996). Assessment, etiology, and intervention in obesity in children. *Nurse Practitioner*, 21(9), 31-42.
- Khaodhiar, L., McCowen K. C., & Blackburn G. L. (1999). Obesity and its comorbid conditions. *Review Clinic Cornerstone*, 2(3), 17-31.
- Kovacs, M. (1982). *Children's Depression Inventory: Manual*. Nova York: MHS.
- Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L., & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood: IV. a longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46(9), 776-782.
- Last, C. G., Strauss, C. C., & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 726-730.
- Mazzoni, R., Mannucci, E., Rizzello, S. M., Rica, V., & Rotella, C. M. (1999). Failure of acupuncture in the treatment of obesity: a pilot study. *Journal of Eating Weight Disorders*, 4(4), 198-202.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1993). *Enfoque psicossocial da doença crônica: um estudo sobre depressão em pacientes pediátricos asmáticos e suas mães*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas/São Paulo.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1995). Aspectos teóricos e metodológicos do estudo da depressão na infância. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 12(3), 67-78.
- Miyazaki, M. C. O. S. (2000). A depressão infantil. In E. F. M. Silveira (Org.), *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (v. II, p. 43-62). Campinas: Papyrus.
- National Research Council. (1989). *Committee on Diet and Health. Diet and Health: implications for reducing chronic diseases risk*. Washington, DC: Academy Press.
- Neutzling, M. B., Taddei, J. A., Rodrigues, E. M., & Sigulem, D. M. (2000). Overweight and obesity in Brazilian adolescents. *Journal of International Obesity Metabolism Disorders*, 24(7), 869-874.
- Pirk K. M., & Platte, P. (1998). Psychosomatic aspects of obesity. *Review Zentralbl Gynakol*, 120(5), 251-254.
- Rose, R. M. (1998). Psicoendocrinologia. In J. D. Wilson & D. W. Foster (Orgs.), *Tratado de endocrinologia* (7ª ed., pp. 809-841). São Paulo: Manole.
- Rosmond, R., & Bjurmtorp, P. (1998). Endocrine and metabolic aberrations in men abdominal obesity in relation to anxiety-depressive infirmity. *Journal Metabolism*, 47(10), 1187-1193.
- Sarlio-Lahteenkorva, S., & Rissen, A. (1998). Weight loss maintenance: determinants of long-term success. *Journal of Eating Weight Disorders*, 3(3), 131-135.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1979). *Inventário de Ansiedade Traço-Estado /IDATE. Manual*. (Angela Biaggio, Trad.). Rio de Janeiro: CEPA.
- Stradmeijer, M. (2000). Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. *Journal of Eating Weight Disorders*, 27(1), 110-114.
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Penich, E. C., & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment. *Journal of Pediatrics*, 83, 165-172.

Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz, mestre em Psicologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, é psicóloga do Serviço de Psicologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina e Enfermagem de São José do Rio Preto. Endereço para correspondência: Rua Dom Pedro I, 1296, ap. 24 (Parque Industrial); São José do Rio Preto, São Paulo; CEP 15030-500. Tels.: (17) 222-5273 e 229-1333. Fax: (17) 235-1102. E-mail: deia_mara@hotmail.com

Ricardo Gorayeb, livre docente em Psicologia Médica pela Universidade de São Paulo, é Professor Associado no Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Raphael Del Roio Liberatore Júnior, doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo, é coordenador de ensino da Faculdade de Medicina e Enfermagem de São José do Rio Preto.

Neide Aparecida Micelli Domingos, doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, é chefe do departamento de Psiquiatria e Psicologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina e Enfermagem de São José do Rio Preto.