

DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE

Vaz A^I; Silva D^{II}; Rego C^{III}; Viana V^{IV}

Resumo

A obesidade infantil é um problema de saúde pública em todo o mundo, sendo considerada a doença mais comum em idade pediátrica. As atitudes e comportamentos alimentares saudáveis são resultado de um longo processo de socialização e desenvolvimento, aprendidas no seio da família e da escola, sujeitas às influências dos pares, experiências de cidadania e informação obtida através dos meios de comunicação social. A sua aquisição é efectuada segundo um processo de aprendizagem, desde idades precoces, fundamental na prevenção de algumas doenças do foro nutricional, nomeadamente a obesidade. O diagnóstico de obesidade na criança/adolescente associa-se, muitas vezes, a mudanças do comportamento alimentar, resultante de uma maior dificuldade de integração no meio familiar e social, conduzindo a algumas alterações psicológicas ou psiquiátricas como a depressão, ansiedade, baixa auto-estima, insatisfação com a imagem corporal, distúrbios alimentares, entre outros. O aumento dos conhecimentos sobre os determinantes comportamentais e psicossociais que envolvem crianças e adolescentes com diagnóstico de excesso de peso/obesidade é importante para o estabelecimento de novas estratégias de intervenção na abordagem desta patologia, fundamental ao sucesso do tratamento.

Palavras-chave:

Comportamento alimentar; Depressão; Imagem corporal; Obesidade infantil.

Abstract

Childhood obesity is a public health problem throughout the world, considered the most common disease in children. Healthy eating behaviors and attitudes are the result of a long process of socialization and development, learned in family and school, subject to the influences of peers, experiences of citizenship and information obtained through the media. The acquisition is conducted in a learning process, from early ages, important on prevention of nutritional diseases, including obesity. The diagnosis of obesity in children/adolescents is associated with changes in eating behavior, resulting in greater difficulty in integration in family and social environment, leading to some psychological or psychiatric changes such as depression, anxiety, low self-esteem, body image dissatisfaction, eating disorders, among others. Increased knowledge about the psychosocial and behavioral determinants involving children and adolescents with a diagnosis of overweight/obesity is important for establishing new strategies of intervention, key to successful treatment.

Key-Words:

Eating behavior; Depression; Body image; Childhood obesity.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é definida como uma patologia do foro nutricional, caracterizada pela acumulação excessiva de gordura, contribuindo para o desenvolvimento de problemas de saúde^{1,2}.

O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia dispendida². Os determinantes deste desequilíbrio são complexos e incluem factores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais. Este desequilíbrio tende a perpetuar-se ao longo da vida, convertendo-se numa doença crónica².

^I Licenciada em Ciências da Nutrição pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

anasantosvaz7@gmail.com

^{II} Doutoranda em Nutrição Clínica; Mestre em Nutrição Clínica; Assistente da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Nutricionista do Serviço de Pediatria do Hospital S. João.

^{III} Doutor em Medicina; Mestre em Medicina Desportiva; Professora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Médica Pediatra do Serviço de Pediatria do Hospital de S. João.

^{IV} Doutor em Ciências da Nutrição; Professor da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP), Psicólogo no Serviço de Psiquiatria do Hospital S. João.

A prevalência de excesso de peso/obesidade tem vindo a aumentar tanto em crianças/adolescentes como em adultos^{3,7}. Este aumento acarreta comorbilidades secundárias à patologia, muitas vezes associadas a um desenvolvimento crescente de alterações do comportamento alimentar e uma maior dificuldade de inserção no meio social, resultando em problemas psicológicos tais como a depressão e a ansiedade^{3,7}. Este artigo tem por objectivo aumentar o conhecimento sobre quais os determinantes comportamentais e psicossociais, presentes na criança e no adolescente com diagnóstico de excesso de peso e obesidade, de modo a facilitar o estabelecimento de novas estratégias de intervenção na abordagem desta patologia.

HÁBITOS ALIMENTARES

As atitudes e comportamentos alimentares saudáveis são resultado de um longo processo de socialização e desenvolvimento, aprendidas no seio da família, sujeitas às influências dos pares, experiências de cidadania, conhecimentos escolares e informação obtida através dos meios de comunicação social⁸.

Apesar de o acto de comer ser um processo biológico natural do ser humano, a cultura dita as premissas sobre como adultos e crianças se devem comportar e alimentar. As escolhas alimentares parecem ser influenciadas por factores biológicos, psicológicos, emocionais, económicos, sociais e culturais da família^{9,10}. O acto de comer para o obeso é tido como um tranquilizador, como uma forma de localizar a ansiedade e a angústia no seu corpo, tornando-se muitas vezes um modo de lidar com a frustração¹¹.

Pais/cuidadores

Os primeiros cinco anos de vida são um período de rápido crescimento físico de desenvolvimento social e de aquisição de hábitos alimentares, definindo padrões de consumo futuros. Nos primeiros anos de vida, o quê, quando e que quantidade de alimento a ingerir, está de certa forma influenciado pela transmissão de um património cultural, atitudes e práticas familiares em torno dos processos de alimentação¹².

O consumo de alimentos no seio familiar é fundamental na aquisição de hábitos alimentares saudáveis, assim como regras sobre duração e frequência das refeições. A criança ao realizar as refeições com outros membros do agregado familiar apresenta hábitos alimentares mais ou menos saudáveis de acordo com as atitudes e comportamentos alimentares da família^{10,13}.

No que diz respeito às escolhas, preferências e consumo de alimentos pelas crianças, estas parecem estar relacionados com as preferências, crenças e atitudes alimentares dos seus pais e pelo ambiente sócio-afectivo em que as refeições são realizadas¹³.

Escola e grupo/pares

A idade escolar é uma fase crucial no desenvolvimento de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis que persistem durante anos¹⁴.

A criação de hábitos alimentares após o ingresso na escola resulta não apenas do número de refeições como de características diversas destas, entre outros factores, tais como a realização de refeições na cantina/bares e a influência de novos modelos de consumo dentro do grupo de amigos e/ou outros membros da comunidade escolar¹⁵.

A escola parece ser determinante na aquisição de hábitos alimentares saudáveis da criança e do adolescente. Contudo, no indivíduos mais velhos observa-se uma constante afirmação e liberdade do adolescente, tanto no que diz respeito à família, como no ambiente em que está inserido¹⁵.

Televisão, publicidade e sedentarismo

Usada como estratégia de marketing, a televisão (TV) torna-se num importante meio de incentivo ao consumo de determinados géneros alimentícios^{16,17}. Crianças e adolescentes parecem ser particularmente sensíveis aos anúncios sobre alimentos, nomeadamente de produtos com alta densidade energética, ricos em açúcar ou sal e pobres em nutrientes⁸.

A publicidade televisiva tem sido um factor de preocupação no debate sobre de que forma os seus efeitos podem conduzir a escolhas alimentares incorrectas¹⁶. Vários investigadores relacionam a exposição televisiva em demasia com o desenvolvimento de um ambiente obesogénico. Referem-se 3 causas plausíveis no desenvolvimento desse ambiente: a exposição simultânea a spots publicitários sobre produtos alimentares, a ingestão simultânea de snacks densamente energéticos, fast-food ou refeições pré-preparadas; o maior sedentarismo com redução do ritmo metabólico até aos níveis próximos do

sono e anulação do exercício físico¹⁸. Como forma de evitar o efeito negativo que a TV tem na saúde das populações mais jovens, a Academia Americana de Pediatria preconiza que crianças com menos de 2 anos de idade devem evitar a exposição à TV, enquanto crianças com idade superior aos 2 anos devem limitar essa exposição a 2 horas por dia¹⁹.

Por outro lado, a inatividade física, associada ou não à exposição à televisão, pode afectar psicológica/psiquiatricamente a criança ou adolescente obeso, uma vez que esta sente o seu peso corporal de uma forma mais intensa. Este cansa-se mais rapidamente e alguns dos seus movimentos são difíceis de ser executados, por vezes impossíveis, quer por razões anatómicas, quer pelo esforço que requerem. Deste modo, a criança sente-se inferior em relação aos colegas e amigos²⁰.

Em suma, a TV torna-se num problema adicional uma vez que emite informação que leva à preferência por alimentos demasiado energéticos, por outro lado as crianças e jovens passam cada vez mais tempo a ver TV, a jogar jogos de computador, na Internet, entre outros, envolvendo-se menos em actividades físicas. Acontece ainda que enquanto estão frente à TV crianças e jovens ingerem preferencialmente doces, refrigerantes e alimentos com excesso de gordura na sua composição²¹.

FACTORES PSICOSSOCIAIS

O diagnóstico de obesidade em idade pediátrica associa-se, muitas vezes, a alterações do comportamento alimentar, devido a uma maior dificuldade de integração no meio social, apresentando algumas alterações psicológicas ou psiquiátricas como a depressão, ansiedade, baixa auto-estima, distorção da percepção da imagem corporal, entre outros^{6,7,22}.

Por razões biológicas, psicológicas ou mesmo comportamentais, alguns indivíduos parecem estar destinados a travar uma “batalha” para emagrecer. Este processo pode resultar numa excessiva preocupação com a alimentação e com o peso, podendo conduzir à auto culpabilização e depressão, bem como a repetidos ciclos de perda e recuperação de peso²².

Por um lado, a criança interioriza desde muito cedo que ter excesso de peso é indesejável, vendo o seu corpo como uma fonte de embaraço e vergonha, carregando consigo o estigma de ser “gorda”, fazendo-a sentir-se inferior às outras crianças^{20,23}. Por outro, a sociedade tende a reagir negativamente aos indivíduos que não conseguem alcançar os padrões de imagem corporal ideal, provocando nestes um grande sofrimento tanto a nível social como psicológico²⁰, o que torna a obesidade, muitas vezes, numa condição de estigmatização e exclusão social, assim como de discriminação a vários níveis da vida da criança^{24,25}.

As repercussões psicoafectivas que a obesidade pode ter em idade pediátrica leva-nos a pensar que é, igualmente, importante e fundamental referir como podem/devem ser abordados alguns aspectos como a imagem corporal, o auto-conceito e a auto-estima, assim como outros determinantes psicossociais, nomeadamente a depressão, a ansiedade e os distúrbios alimentares^{6,7,22}.

Depressão e ansiedade

A obesidade muitas vezes acarreta dificuldades adaptativas e comportamentais, que interferem no relacionamento social, familiar e académico da criança. Alguns autores consideram que quanto maior for o número de sintomas alusivo a perturbações do comportamento alimentar da criança, maior será a probabilidade de desenvolver um quadro depressivo²².

Em muitos casos a criança obesa tem dificuldade em aceitar-se tal como ela é, receando a forma como os outros a possam considerar^{20,26}.

Embora a obesidade não pareça ser uma doença do foro psiquiátrico, o ganho de peso, em muitos dos casos, acompanha alguns problemas como, por exemplo, quadros de depressão, ansiedade e baixa auto-estima, tanto em idade pediátrica como no adulto²⁶. Situações de depressão contribuem para o aparecimento de alterações do comportamento alimentar, cognitivas, emocionais e somáticas, geralmente associadas a outras queixas, como, por exemplo, a ansiedade²².

A ansiedade é aceite como um estado emocional transitório ou uma condição do organismo humano, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos por um aumento da actividade do Sistema Nervoso Autónomo²². Esta pode tornar-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objecto específico ao qual se direcciona¹¹.

A questão sobre a associação positiva entre obesidade em idade pediátrica e a ansiedade ainda é muito controversa. Contudo, existem alguns estudos que afirmam que um alto nível de ansiedade pode ter como expressão a obesidade, que possivelmente mascara dificuldades internas, afectivas e de relações humanas¹¹.

Muitas vezes é observado um processo complexo de ingestão emocional, onde emoções e apetite se confundem, resultando na ingestão alimentar como resposta ao estado emocional do indivíduo²⁷. Ou seja, num dado momento ou situação as emoções podem determinar as escolhas e preferências alimentares e os alimentos são associados ao contexto emocional em que são habitualmente consumidos. Como exemplo: emoções intensas (tais como um estado de ansiedade) podem suprimir o apetite; podem perturbar os controlos cognitivos ou serem reguladas a partir da ingestão de alimentos densamente energéticos^{10,21}.

Auto-conceito

Reportando-nos à evolução da imagem corporal do ser humano, em particular à imagem feminina, vemos que a obesidade era valorizada e representada nas artes, ao contrário do que se preconiza actualmente, onde a exigência de uma aparência magra e esguia é cada vez mais bem aceite pela sociedade²⁸. Actualmente, na cultura Ocidental a pressão para ter uma imagem magra é bastante intensa: os indivíduos são alertados constantemente, através dos meios de comunicação social, que a forma ideal do seu corpo deve ser extremamente magra^{20,23}. Reacções e atitudes da sociedade relativamente à imagem dos indivíduos obesos insinuam, na maioria das vezes, declarações depreciativas que os indivíduos obesos fazem em relação a si próprios, apresentando um auto-conceito comprometido²⁰.

A Psicologia Social considera que o auto-conceito é a construção que o indivíduo elabora a respeito de si próprio ao longo da vida. É uma estrutura central, composta por cognições, afectos, sentimentos, comportamentos e atitudes que o ser humano possui a respeito de si mesmo e em relação com os outros e com o meio em que vive. Esta estrutura é formada a partir de percepções, conjecturas e imaginações que o indivíduo idealiza a respeito da influência que a sua imagem exerce sobre os outros e, por sua vez, ao julgamento que estes possam fazer, adicionado a um sentimento de orgulho ou vergonha, resultante da interacção com a sociedade em que se vive²⁹.

O apreço por si próprio e a percepção de que se tem certas habilidades e capacidades são construídos a partir do contacto com os outros, fornecedores de orientações ao indivíduo sobre o seu desempenho. O que pensamos sobre nós próprios reflecte, na maioria das vezes, a satisfação pela vida e pelas atitudes/comportamentos realizados, sendo considerado um suporte importante da saúde mental do indivíduo¹¹.

Imagem corporal

O conceito de imagem corporal abrange processos fisiológicos, psicoafectivos e sociais, numa interacção contínua entre eles. Trata-se assim de uma construção psicológica que se refere às avaliações das pessoas sobre a sua atractividade e aparência física³⁰.

A construção da imagem corporal é um processo complexo que interfere na auto-imagem, induzindo uma evolução constante, definida pelas interferências sociais que sofremos e dos hábitos criados, que vão moldando o aspecto de existir como seres corporais³¹.

A distorção da imagem corporal pode ser definida como uma forma de distúrbio psicoafectivo, comportamental ou perceptivo que é influenciado directa ou indirectamente por aspectos da sua aparência física³². Alguns autores acreditam que a distorção da imagem corporal se desenvolve desde idades muito precoces e, sobretudo, na adolescência^{11,30}.

Todo o adolescente tem na sua mente um corpo idealizado, e quanto mais este se distanciar do corpo real, maior será a possibilidade de conflito e comprometimento da sua auto-estima^{23,28}. Adolescentes que apresentam insatisfação em relação ao seu corpo estão mais vulneráveis em perceberem o seu estado de saúde como empobrecido, estando mais susceptíveis ao desenvolvimento de depressão, baixa auto-estima e baixa interacção social. Por outro lado, adolescentes com excesso de peso desenvolvem distúrbios mais relacionados com conceitos de peso e de alimentação, iniciando crises de voracidade de ingestão alimentar e dietas altamente restritivas^{23,33,34}.

No que diz respeito a diferenças significativas no acto de avaliação da imagem corporal, quanto à idade e ao sexo, este facto pode dever-se ao processo sociocultural e à pressão dos pares, importantes influenciadores da construção da identidade social do adolescente^{23,33}. Podemos verificar que no sexo feminino, com o progredir da idade, há a tendência para um desejo de perder peso, ao contrário do que é observado no sexo masculino, onde prevalece o desejo de vir a ter um corpo atlético^{21,28,33}. Autores analisam que os adolescentes apresentam uma autopercepção não condizente com o seu estado nutricional real e algum sentimento de insatisfação com a sua imagem corporal²⁸. Comprova-se assim, existir uma associação significativa entre a imagem corporal que o adolescente tem de si e a satisfação com essa mesma imagem²⁸.

Distúrbios alimentares associados à obesidade

Crianças/adolescentes, sobretudo do sexo feminino, que apresentam ou estão em risco de apresentar distúrbios alimentares exibem problemas específicos, como atitudes inadequadas em relação à ingestão e restrição alimentar, ingestão compulsiva em episódios limitados (binge eating) e comportamentos compensatórios resultantes da incapacidade de controlar a ingestão alimentar compulsiva (voracidade alimentar)^{23,35,36}.

Interacções familiares conflituosas geram muitas vezes ansiedade, principalmente nos filhos e este sentimento pode também contribuir para uma excessiva ingestão alimentar. A forma como a criança/adolescente aceita decisões familiares tem como resposta, por vezes, a ingestão compulsiva, onde simbolicamente, “ingere” conflitos e sofrimentos impostos pelo agregado familiar, com os quais tem dificuldade de se expressar e compreender³⁷.

De uma forma geral, o consumo compulsivo de alimentos é por vezes uma consequência ou um estado de compensação com a insatisfação da imagem corporal e com as dificuldades de inserção na sociedade^{23,27,36,38,39}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a mudança dos hábitos alimentares e estilos de vida menos saudável das populações, ao longo dos anos, a obesidade tem vindo a sofrer um aumento da sua prevalência em todo o mundo e Portugal não é excepção. Deste modo, o desenvolvimento de estratégias de prevenção, de aconselhamento e de intervenção na obesidade em idade pediátrica são de extrema importância, sendo essencial a compreensão de alguns determinantes das atitudes e comportamentos alimentares bem como dos aspectos psicoafectivos da criança e do adolescente.

O tratamento da obesidade em idade pediátrica deve também ter em linha de conta a inclusão do meio envolvente: infantiário/escola ou outros e dos aspectos psicoafectivos de forma a melhorar a insatisfação corporal e auto-estima da criança e do adolescente.

A criança/adolescente não são os únicos responsáveis pelos comportamentos obesogénicos. O contexto familiar e social em que se educa e os hábitos e estilos de vida que lhe foram inculcados, aliados, na maioria das vezes, a uma forte componente genética, são factores desencadeantes da patologia.

É igualmente fundamental um conhecimento das dificuldades maioritariamente sentidas pelo agregado familiar na implementação de regras de alimentação saudável.

Também a actividade física apresenta um papel fulcral no processo de prevenção e tratamento da obesidade. A criança/adolescente deve ter uma vida pouco sedentária. Deve participar regularmente em actividades desportivas escolares e extra-escolares, desportos colectivos e/ou individuais.

O aconselhamento e/ou de intervenção no tratamento do excesso de peso/ obesidade em crianças e adolescentes deve ter em linha de conta as alterações do comportamento alimentar e dos aspectos psicoafectivos. A criança/adolescente tem que ser consciencializado que o excesso de peso/obesidade só pode ser revertido se houver mudança do seu estilo de vida e de todo o agregado familiar. O ambiente escolar, as suas capacidades académicas, angústias, medos, insatisfação com a imagem corporal e baixa auto-estima, podem ser indicadores que só por si justifiquem escolhas alimentares quer em qualidade quer em quantidade.

As estratégias de intervenção no sentido de tratar o excesso de peso/obesidade da criança/adolescente, devem dar preferência a equipas multidisciplinares de saúde, envolvendo todo o agregado familiar com vista a mudança dos estilos de vida saudáveis, de modo a iniciarem um processo de mudança de comportamentos. Contudo, “(...) o trabalho não se reduz a cuidar da mudança de hábitos alimentares, já que inclui a vida das pessoas, os seus vínculos afectivos familiares e sociais. Representa um processo dinâmico e reconstrutivo de um novo estilo de vida na família”⁽³⁷⁾, pelo que, todo o processo de prevenção e intervenção deve ter em conta sempre a saúde e bem-estar físico e psicológico da criança/adolescente.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity, An epidemic. Geneva; 2000. Available from: www.emro.who.int/nutrition/PDF/Obesity_Epidemic.pdf.
2. Direcção-Geral da Saúde – Divisão de Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa; 2005. p. 24.
3. Harding S, Maynard MJ, Cruickshank K, Teyhan A. Overweight, obesity and high blood pressure in an ethnically diverse sample of adolescents in Britain: the Medical Research Council DASH study. *Int J Obes*. 2008; 32 (1):82-90.
4. Tershakovec AM, Kuppler KM, Zemel BS, Katz L., Weinzimer S, Harty MP, et al. Body composition and metabolic factors in obese children and adolescents. *Int J Obes* 2003; 27: 19-24.

5. Lopes C, Aro A, Azevedo A, Ramos E, Barros H. Intake and Adipose Tissue Composition of Fatty Acids and Risk of Myocardial Infarction in a Male Portuguese Community Sample. *American Dietetic Association*. 2007; 107(2):276-86.
6. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Depression in Association with Severe Obesity. *American Medical Association*. 2003; 163:2058-65.
7. Moschonis G, Grammatikaki E, Manios Y. Perinatal predictors of overweight at infancy and preschool childhood: the GENESIS study. *Int J Obes*. 2008; 32:39-47.
8. Viana V, Guimarães MJ, Teixeira MC, Barbosa MC. Aquisição e desenvolvimento de atitudes face à saúde na infância e adolescência. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2003; 34:277-86.
9. Kiess W, Marcus C, Wabitsch M. Obesity in Childhood and Adolescence. *Pediatr Adolesc Med*. 2004; 9:124-36.
10. Viana V, Candeias I, Rego C, Silva D. Comportamento Alimentar em Crianças e Controlo Parental: Uma Revisão Bibliográfica. *Alimentação Humana*. 2009; 15(1):9-16.
11. Caetano C, Carvalho AM, Galindo EM. Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005; 18(1):39-46.
12. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence. *J Law Med Ethics*. 2007; 35(1):22-34.
13. Patrick H, Nicklas TA. A Review of Family and Social Determinants of Children's Eating Patterns and Diet Quality. *J Am Coll Nutr*. 2005; 24(2):83-92.
14. Handy H. Effectiveness of Trained Peer Models to Encourage Food Acceptance in Preschool Children. *Appetite*. 2002; 39(3):217-25.
15. Dixey R, Heindl I, Loureiro I, Pérez-Rodrigo C, Snel J, Warnking P. Healthy Eating for Young People in Europe A School-based nutrition education guide Geneva: International Planning Committee. 1999 Dezembro.
16. Hawkes C. WHO. Marketing food to children: the global regulatory environment. WHO. 2004. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591579.pdf>.
17. Coon KA, Goldberg J, Rogers BL, Tucker KL. Relationships Between Use of Television During Meals and Children's Food Consumption Patterns. *Pediatrics*. 2001; 107(1):1-9.
18. Magalhães L. Publicidade televisiva e obesidade infantil. *Comunicação e Cidadania – Actas do 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação*. 2007; p. 1-8.
19. Taveras EM, Sandora TJ, Shih M, Ross-Degnan D, Goldmann DA, Gillman MW. The Association of Television and Video Viewing with Fast Food Intake by Preschool-Age Children. *Obesity*. 2006; 14(11):2034-41.
20. Simões D, Meneses RF. Self-Concept of Obese and Non-Obese Children. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007; 20(2):246-51.
21. Viana V, Santos PL, Guimarães MJ. Comportamento e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: Uma Revisão da Literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2008; 9(2), 209-231.
22. Luiz AM, Gorayeb R, Júnior RR, Domingos M. Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*. 2005; 10(1):35-39.
23. Ricciardelli JA, MacCabe MP. Children's Body Image Concerns and Eating Disturbance: A Review of the Literature. *Clin Psychol Rev*. 2001; 21(3):325-44.
24. Ward J, Cooke L. The Impact of obesity on psychological well-being. *Best Practices & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2005; 19(3):421-40.
25. Latner JD, Stunkard A, Wilson GT. Stigmatized Students: Age, Sex, and Ethnicity Effects in the Stigmatization of Obesity. *Obes Res*. 2005; 13(17):1226-31.
26. Zimetkin AJ, Zoon CK, Klein HW, Munson S. Psychiatric Aspects of Child and Adolescent Obesity: A Review of the Past 10 Years. *FOCUS – The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2004; II(4).
27. Braet C, Srien TV. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behav Res Ther*. 1997; 35(9):863-73.
28. Branco ML, Hilario MOE, Cintra IP. Perception and satisfaction with body image in adolescents and correlations with nutrition status. *Rev Psiq Clín*. 2006; 33(6):292-96.
29. Kanno P, Rabelo M, Melo GF, Giavoni A. Self-discrepancy in body image and diet. *Rev Nutr*. 2008; 21(4):423-30.
30. Thompson JK. *Body Image, Eating Disorders and Obesity – an integrative guide for assessment and treatment*. Washington DC: American Psychological Association; 2002.
31. Barros D. Body image: discovering one's self. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2005; 12(2):547-54.
32. Ivarsson T, Svalander P, Litlere O, Nevenon L. Weight concerns, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eat Behav*. 2006; 7(2):161-75.
33. Meland E, Haugland S, Breidablik HJ. Body Image and perceived health in adolescence. *Health Educ Res*. 2007; 22(3):342-50.
34. Costa R. *Avaliação das Atitudes e Comportamentos Alimentares de Crianças/Adolescentes Saudáveis do 1º e 2º Ciclo de Escolaridade e seus Progenitores*. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; 2008.
35. Galindo EM, Carvalho AM. Translation, adaptation and internal consistency evaluation of the Eating Behaviours and Body Image Test for female children. *Rev Nutr*. 2007; 20(1):47-54.
36. Decaluwé V, Braet C. The cognitive behavioural model for eating disorders: A direct evaluation in children and adolescents with obesity. *Eating Behaviors*. 2005; 6:211-20.
37. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Nutrologia. *Obesidade na Infância e Adolescência: Manual de Orientação*. Departamento de Nutrologia. Rio de Janeiro: Nestlé. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2008.
38. Hamburger WW. Psychological Aspects of Obesity. *Bull N Y Acad Med*. 1957; 33(11):771-82.
39. Rego C, Peças MA. *Crescer para cima – como prevenir ou tratar a obesidade da criança e do adolescente*. Braga: 101 Noites, Obras em Curso; 2007.