



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

CAROLINE CAMERO

**AUTOESTIMA E ALTERAÇÃO DE PESO EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES**

PIRACICABA

2022

CAROLINE CAMERO

**AUTOESTIMA E ALTERAÇÃO DE PESO EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon

Coorientador: Profa. Dra. Karine L. Cortellazzi Mendes

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO PELA ALUNA CAROLINE CAMERO E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON.

PIRACICABA

2022

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

C144a Camero, Caroline, 1995-
Autoestima e alteração de peso em crianças e adolescentes / Caroline Camero. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2022.

Orientador: Rosana de Fátima Possobon.

Coorientador: Karine Laura Cortellazzi Mendes.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Autoimagem. 2. Crianças. 3. Adolescentes. 4. Sobrepeso. 5. Obesidade. I. Possobon, Rosana de Fátima, 1968-. II. Cortellazzi, Karine Laura, 1973-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações adicionais, complementares

Palavras-chave em inglês:

Self concept

Children

Adolescents

Overweight

Obesity

Titulação: Cirurgião-Dentista

Data de entrega do trabalho definitivo: 30-11-2022

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Gilmar e Esmeralda e aos meus irmãos Andresa e Eduardo, pela presença, carinho e apoio indescritíveis, não somente na realização deste trabalho, mas em todos os meus projetos de vida.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) e à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), por proporcionarem um ambiente de crescimento e aprendizado constantes.

À minha orientadora Profa. Dra. Rosana de Fátima Possobon, por sempre acreditar no meu potencial e me impulsionar a tomar as melhores decisões. Agradeço pela disponibilidade, paciência e cuidado comigo e com este projeto.

À minha coorientadora Profa. Dra. Karine L. Cortellazzi Mendes pela disponibilidade e atenção na realização das análises estatísticas deste trabalho.

À Lucia Yassue Tutui Nogueira pelo fornecimento da base de dados utilizados para realização deste trabalho.

Aos meus pais Gilmar, Esmeralda e irmãos Andresa e Eduardo, pelo apoio emocional e financeiro e por proporcionarem estrutura de estudos e um ambiente acolhedor.

Ao meu namorado Guilherme Rodrigues Bonanni pelas revisões deste trabalho, ideias de execução e apoio incondicional em todas as etapas. Agradeço por estar ao meu lado em todos os momentos, me apoiando, impulsionando e direcionando, com tanto amor, paciência, respeito e companheirismo.

À minha cachorra Emma por me receber todos os dias com tanto carinho, por me ajudar aliviar o estresse e ansiedade e por ter sido minha companhia durante todo o período de aulas online devido à pandemia de COVID-19.

Ao meu amigo e dupla de clínica Bruno Cesar da Costa o qual sempre estive do meu lado, apoiando e me ajudando nas decisões mais difíceis, me trazendo clareza de pensamento e me ensinando a ser sempre uma pessoa melhor.

Ao meu amigo Rômulo A. Modesto Oliveira pelo apoio e disponibilidade durante toda a graduação e realização deste trabalho.

Às minhas amigas e fonte de inspiração Juliana Nicolete e Maria do Nascimento Oliveira, por trazerem luz e discernimento e por me lembrarem constantemente da presença do Criador na minha vida.

À todas as pessoas que direta ou indiretamente me auxiliaram na realização deste trabalho.

RESUMO

Introdução: A autoestima é a avaliação do indivíduo acerca de seu valor ao longo de uma escala que varia do positivo ao negativo. A baixa autoestima na primeira fase da vida é um fator preditor de pobre saúde mental na fase adulta, enquanto a alta autoestima pode ser um fator protetor no desenvolvimento de distúrbios mentais e comportamentos de risco.

Objetivo: Este estudo transversal retrospectivo investigou se os diagnósticos antropométricos de sobrepeso e obesidade podiam afetar a autoestima de escolares entre 05 e 17 anos do município de Ourinhos-SP. **Metodologia:** A partir de um banco de dados de um estudo anterior com informações de 3.106 escolares, aplicou-se os critérios de inclusão e exclusão e foram utilizados os dados de 1.209 participantes. Realizou-se análises descritivas dos dados por meio de tabelas de frequência e análises brutas e ajustadas para testar as associações entre as variáveis independentes (faixa etária, sexo, diagnóstico antropométrico, renda familiar e instrução do responsável) e a variável de desfecho (autoestima). **Resultados:** Houve associação significativa entre as variáveis faixa etária e renda com a autoestima. Porém, não houve associação entre diagnóstico antropométrico e autoestima. **Conclusão:** Os dados permitem concluir que adolescentes, cujas famílias tinham renda menor ou igual à um salário mínimo, tiveram mais chance de apresentar autoestima mais baixa do que crianças de famílias com maior renda.

Palavras-chave: Autoimagem. Crianças. Adolescentes. Sobrepeso. Obesidade.

ABSTRACT

Introduction: Self-esteem is an individual's assessment of the worth of the self along a scale that ranges from positive to negative. Low self-esteem in the first stage of life is a predictor of poor mental health in adulthood, while high self-esteem may be a protective factor in the development of mental disorders and risky behaviors. **Objective:** This retrospective cross-sectional study investigated whether the anthropometric diagnoses of overweight and obesity could affect the self-esteem of students between 05 and 17 years old of the county of Ourinhos-SP. **Methods:** From a database of a previous study with information from 3.106 students, inclusion and exclusion criteria were applied and data from 1.209 participants were used. Descriptive analyzes of the data were performed using frequency tables and raw and adjusted analysis to test the associations between the independent variables (age, anthropometric diagnosis, family income and education of the guardian) and the dependent variable (self-esteem). **Results:** There was a significant association between the variables of age and family income with self-esteem. However, there was no association between anthropometric diagnosis and self-esteem. **Conclusion:** The results allow to conclude that adolescents whose families had an income less than or equal to one minimum wage were more likely to have lower self-esteem than children from families with higher incomes.

Key words: Self concept. Children. Adolescents. Overweight. Obesity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
3 PROPOSIÇÃO	16
4 MATERIAL E MÉTODOS	17
4.1 Tipo de estudo	17
4.2 Caracterização da amostra	17
4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão	17
4.4 Aspectos Éticos e Legais	18
4.5 Composição do banco de dados	18
4.6 Seleção e extração das variáveis de interesse do banco de dados	19
4.7 Análise estatística	21
5 RESULTADOS	23
6 DISCUSSÃO	26
7 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXOS	38
Anexo 1 – Comitê de Ética em Pesquisa	38
Anexo 2 – Questionário da Autoestima	39
Anexo 3 – Verificação de originalidade e prevenção de plágio	40

1 INTRODUÇÃO

Autoestima é o conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu valor que reflete em atitudes positivas ou negativas em relação a si próprio (Rosenberg, 1965). É distinguida pelo nível de autoaceitação e respeito a si mesmo, estando associada aos conceitos de valor próprio, autopercepção e autoconfiança (Marsh e Holmes, 1990; Mann et al., 2004).

A alta autoestima está associada a melhores resultados de saúde física e mental a longo prazo e é um importante indicador de saúde mental e bem-estar geral (Tirlea et al., 2016). Em contrapartida, a baixa autoestima na infância prediz pobre saúde mental na fase adulta (Wang, 2009) e baixos níveis de autoestima em adolescentes podem torna-los mais vulneráveis à comportamentos de risco (Biro et al., 2006) e desenvolvimento de desordens emocionais como depressão, ansiedade, transtornos alimentares e tendências suicidas (Mann et al., 2004).

Mundialmente, 14% dos jovens de 10 a 19 anos são acometidos por problemas de saúde mental como a ansiedade e depressão. Estas desordens podem afetar tanto a realização das tarefas escolares como também a frequência escolar. O afastamento social pode agravar o isolamento e a solidão. A depressão pode levar ao suicídio, que é a quarta principal causa de morte em adolescentes de 15 a 19 anos (WHO, 2021).

A autoestima está fortemente ligada a múltiplos fatores como emprego, renda familiar, relacionamentos, saúde, gênero e peso corporal (Biro et al., 2006; Orth et al., 2015). Se considerarmos que entre os anos 1975 e 2016 houve um aumento drástico de 14% na prevalência mundial de sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes de 5 a 19 anos (WHO, 2021) parece importante considerar que a autoestima desses indivíduos pode ter sido afetada.

Este estudo busca entender e analisar se a autoestima de crianças e adolescentes pode ser influenciada pelo diagnóstico antropométrico de sobrepeso e obesidade, visto que a infância e adolescência são períodos críticos de desenvolvimento da autoestima (Button et al., 1997; Biro et al., 2006) e ambos os sexos experienciam mudanças físicas que estão em disparidade ou são percebidas com disparidade com as normas socioculturais de beleza (Clay et al., 2005).

Para tanto, foi necessário conceituar a autoestima, assim como analisar os impactos desta no bem estar geral e na predição e proteção à comportamento de riscos observados em crianças e adolescentes. Também busca-se analisar se a autoestima pode

ser influenciada pelo diagnóstico antropométrico de excesso de peso e quais seriam suas implicações.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram analisados dados coletados em um estudo anterior, de maneira transversal, de crianças e adolescentes em idade escolar, que frequentam escolas municipais participantes do Programa Saúde na Escola (PSE). A avaliação da autoestima se deu pela versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg adaptada e validada por Dini et al (2004). Informações socioeconômicas foram obtidas através de questionários aplicados aos pais dos alunos e os dados antropométricos foram extraídos do Sistema de Informação da Educação (SIMEC).

Foram extraídos do banco de dados original informações pertinentes ao tema de estudo, classificando a idade de acordo com o Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o diagnóstico antropométrico sendo calculado de acordo com os níveis de referência estipulados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007) em âmbito internacional para crianças e adolescentes de 5 a 19 anos. Foram realizadas análises descritivas dos dados por meio de tabelas de frequência e análises brutas e ajustadas para testar as associações entre as variáveis independentes (faixa etária, sexo, diagnóstico antropométrico, renda familiar e instrução do responsável) e a variável de desfecho (autoestima).

Visto que a infância e adolescência são períodos importantes no desenvolvimento da autoestima e que seus baixos níveis na primeira fase da vida são preditores para desenvolvimento de desordens emocionais na fase adulta (Wang, 2009), este trabalho contribui para o entendimento dos fatores que influenciam a autoestima, podendo ser utilizado por pais e profissionais da saúde como mais um recurso para prevenção de problemas de saúde mental.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A busca por literatura recente, ou seja, publicada nos últimos 5 anos, somente no portal PubMed, utilizando em associação os termos “*self esteem*” (autoestima), “*children*” (crianças) e “*adolescents*” (adolescentes) resultou em 303 artigos. Quando a pesquisa envolve apenas o termo “*self esteem*” (autoestima), são mostrados 3.189 artigos. Em 2016, Bleidorn et al. encontraram 35.000 artigos sobre autoestima, validando este conceito como um dos mais estudados no campo da ciência social moderna.

O primeiro grande estudo sobre autoestima em adolescentes foi realizada por Morris Rosenberg em 1965. Vários fatores como classe social, religião, etnia, e preocupação dos pais, foram explorados e avaliados quanto aos efeitos sobre a autoestima de um vasto número de adolescentes (Robson, 1988). Este estudo também se destaca por ter gerado a “Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR”, que foi traduzida e adaptada em 28 idiomas e aplicada em estudos em 53 diferentes nações, caracterizando uma das formas de mensuração de autoestima mais utilizadas mundialmente (Robson, 1988; Schmitt e Allik, 2005; Sbicigo et al., 2010).

Rosenberg (1965) definiu a autoestima como um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu valor, refletindo em atitudes positivas ou negativas em relação a si próprio. O indivíduo com alta autoestima sente que é uma pessoa de valor e se respeita pelo que é; já o indivíduo com baixa autoestima, não sente respeito pelo “eu” que observa, implicando em rejeição, desprezo e insatisfação em relação a si próprio.

A autoestima pode permanecer em um platô por longos períodos de tempo, é uma característica de personalidade e não apenas um estado de humor (Biro et al., 2006; Orth, 2017). Pode ser uma ferramenta importante no comportamento e desenvolvimento pessoal, pois influencia a forma com que um indivíduo valoriza o outro, assim como influencia no estabelecimento de metas e projeção de futuro (Orth, 2017).

A autoestima tem sido definida de diversas formas pela literatura, estando associada aos conceitos de valor próprio, autopercepção e autoconfiança (Marsh e Holmes, 1990; Mann et al., 2004). É distinguida como uma avaliação geral de um indivíduo sobre o seu valor e o quanto ele aceita, respeita e gosta de si próprio (Mann et al., 2004). Existem dois aspectos distintos para definir a autoestima: o primeiro é que a autoestima é uma avaliação de si próprio ao longo de uma escala que varia do positivo ao negativo, com um nível ótimo em algum lugar no meio dessa escala; o segundo aspecto é que a autoavaliação sobre si próprio inclui um componente cognitivo e um componente afetivo, ou seja, o que o

indivíduo pensa sobre si mesmo e o que o indivíduo sente sobre si mesmo (Silvia, 2012; Rodgers et al., 2013).

Características socioeconômicas têm sido relacionadas com a autoestima: em estudo realizado por Housley et al. (1987) adolescentes com maiores níveis socioeconômicos tinham maior autoestima do que aqueles com menores níveis socioeconômicos. Mullis et al. (1992) realizaram um estudo de 3 anos com estudantes do ensino médio e determinou que, dos fatores socioeconômicos mensurados, (ocupação dos pais, nível educacional dos pais e renda familiar) apenas renda familiar se relacionou significativamente com a autoestima.

Park e Kim (2016) concluíram que homens com menor renda tinham menor autoestima do que aqueles com renda em nível médio. Essa associação não foi encontrada referente ao sexo feminino na categoria de renda. Tekir et al. (2018) concluíram que os escores de autoestima são significativamente maiores naqueles indivíduos cuja renda é igual às suas despesas do que naqueles cuja renda é menor que suas despesas.

Renzaho et al. (2020) analisaram o impacto de um projeto social (*UPLIFT Project*) que visava a melhoria da qualidade de vida de jovens de 13 a 25 anos em áreas de favela de Uganda, através do fortalecimento de renda e transformação socio cívica. Em termos de autoestima e bem estar psicológico, o projeto levou um aumento de autoestima nos jovens. Jovens desempregados ou subempregados que conseguiram obter um emprego temporário ou abrir seu próprio negócio relataram um aumento na autoestima.

Em estudo com 898 estudantes universitários com média de 20,5 anos de idade, Kargin et al. (2021) constataram que alunas que declararam sua renda como boa tinham maior autoestima do que aquelas que declararam sua renda como média ou baixa. A faixa etária e nível de instrução também foram fatores importantes: a autoestima dos participantes aumentava conforme o aumento da idade e nível de escolaridade.

Bleidorn et al. (2016) realizaram o primeiro estudo transcultural sistemático em larga escala sobre as diferenças de gênero e idade em relação a autoestima, utilizando uma grande amostra da internet. As 48 diferentes nações estudadas apresentaram maior autoestima quanto maior era a idade, considerando o final da adolescência até a idade adulta média (16 a 45 anos). Em relação ao gênero, homens relataram consistentemente maior autoestima em comparação as mulheres.

Para Orth et al. (2015) e Orth (2017), a autoestima se transmuta de forma sistemática ao longo das fases de vida de um indivíduo, aumentando em adolescentes e adultos jovens, atingindo seu pico entre 50-60 anos e diminuindo na velhice. Gardner e

Lambert (2019) avaliaram uma amostra de 334 adolescentes jamaicanos de 10 a 18 anos e inferiram que adolescentes mais velhos reportavam menor autoestima em comparação com adolescentes mais jovens.

Desordens emocionais também mostram fortes associações com autoestima. Estudos determinaram associação entre autoestima e depressão, (Hunter et al., 1981; Robson, 1988; Tekir et al., 2018; Nguyen et al., 2019; Zhou et al., 2020; Gittins e Hunt, 2020; Sánchez-Rojas et al., 2022) e autoestima e ansiedade, (Rosenberg, 1962; Hunter et al., 1981, Robson, 1988; Tapia et al., 2007; Nguyen et al., 2019). Também foi observada associação entre autoestima e ideação suicida; (Nguyen et al., 2019) autoestima e comportamento suicida (Tapia et al., 2007).

De acordo com a Organização Mundial da saúde (WHO, 2021), desordens emocionais são comuns em adolescentes. Mundialmente, 14% dos jovens de 10 a 19 anos são acometidos com problemas de saúde mental, sendo a ansiedade (8,2%) e a depressão (3,9%) as mais prevalentes entre elas. A depressão e a ansiedade compartilham alguns sintomas parecidos, incluindo rápidas e inesperadas mudanças de humor. Estas desordens podem afetar tanto a realização das tarefas escolares como também a frequência escolar. O afastamento social pode agravar o isolamento e a solidão. A depressão pode levar ao suicídio, que é a quarta principal causa de morte em adolescentes de 15 a 19 anos.

Em 1962, Rosenberg obteve resultados que indicavam uma evidente relação inversa entre o nível de autoestima e o nível de ansiedade, ou seja, quanto maior era o nível de um, menor era o nível do outro. Existem quatro fatores associados a autoestima, que estão relacionados com sintomas psicossomáticos de ansiedade, sendo eles: a instabilidade da autoimagem, situações que ameacem a autoestima, sentimentos de isolamento e a forma como nos apresentamos. No controle de cada um desses fatores, a relação entre autoestima e ansiedade diminui em algum grau (Rosenberg, 1962).

De acordo com Robson (1988), a baixa autoestima regularmente acompanha distúrbios psicológicos, como ansiedade e depressão, podendo ser tanto uma explicação, quanto uma consequência, fator causal ou mantenedor. Tapia et al. (2007) associam a alta autoestima com menores níveis de ansiedade e maior capacidade de encarar estresse externo e interno. A autoestima elevada também gera indivíduos com vidas mais ativas e com maior controle sobre as circunstâncias. Por outro lado, a apatia, a passividade e o isolamento podem ser as consequências de uma baixa autoestima.

A depressão, a baixa autoestima e o comportamento suicida podem ser entendidos como uma espécie de efeito dominó. Esse efeito pode começar com sintomas

depressivos associados com ideação suicida, que conseqüentemente podem afetar a autoestima e, mais tarde, desencadear o comportamento suicida, ou seja, a baixa autoestima é um fator de risco mais associado com o comportamento suicida do que com a ideação suicida (Tapia et al. 2007).

O estudo de Gittins e Hunt (2020) sugere que a relação entre autoestima e depressão seja recíproca, principalmente no início da adolescência. A princípio, os sintomas depressivos predizem a baixa autoestima, porém, mais tarde, a baixa autoestima prediz sintomas depressivos maiores.

Por sua vez, características relacionadas ao peso corporal também mostram associação com autoestima. Diferente do que acontecia no passado, hoje o sobrepeso e a obesidade são problemas em ascensão em países de média e baixa renda. Houve um aumento drástico na prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes (5 a 19 anos) de 4% em 1975 para pouco mais de 18% em 2016. A obesidade em crianças e adolescentes pode trazer conseqüências imediatas na saúde física, além de conseqüências sociais e econômicas. A longo prazo, crianças com obesidade ou sobrepeso podem experimentar problemas respiratórios, resistência à insulina, doenças cardiovasculares, além de efeitos psicológicos (WHO, 2021).

Estudos mostram uma clara relação entre baixa autoestima e crianças e adolescentes obesas e uma melhora na autoestima quando estes são submetidos a tratamentos de redução de peso. (French et al., 1995; Gow et al., 2020). Além disso, existe uma relação entre menor autoestima corporal em crianças e adolescentes obesos, em comparação com as crianças eutróficas (French et al., 1995).

A pesquisa de Wang et al. (2009) analisou a influência da obesidade infantil no desenvolvimento da autoestima através da análise dos dados da Pesquisa Nacional Longitudinal Canadense de Crianças e Adolescentes (*Canadian National Longitudinal Survey of Children and Youth*). Os resultados mostraram que o excesso de peso corporal (sobrepeso e obesidade) predizia o desenvolvimento de baixa autoestima em crianças em um período de quatro anos. Por outro lado, a baixa autoestima não predizia o excesso de peso, mostrando uma relação unilateral entre estes dois fatores.

A infância e adolescência são períodos críticos de desenvolvimento da autoestima e mesmo sendo influenciada por múltiplos fatores como gênero, relações familiares e peso corporal, surge um padrão consistente de alta autoestima durante infância e uma queda drástica desta durante a transição da infância para adolescência (Button, 1990; Button et al., 1997; Biro et al., 2006). A maior queda da autoestima parece acontecer no início da

puberdade, por volta de 11 a 13 anos de idade, onde ambos os sexos experienciam mudanças físicas que estão em disparidade ou são percebidas com disparidade com as normas socioculturais de beleza (Clay et al., 2005).

No início da puberdade, enquanto as meninas tendem a ganhar mais gordura corporal e ter crescimento dos quadris, as normas socioculturais apresentam um padrão feminino de magreza. Enquanto os meninos, no início da puberdade, mostram-se mais altos e magros, as normas culturais apresentam um padrão masculino de corpo musculoso (Clay et al., 2005). Sendo assim, inevitavelmente crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, que também são percebidos em disparidade com as normas socioculturais de beleza, muitas vezes experienciam uma autoestima ainda menor, em comparação com crianças e adolescentes com peso saudável (Griffiths et al., 2010; Sanders et al., 2015). Uma alta autoestima suporta melhores resultados de saúde física e mental a longo prazo e é um importante indicador de saúde mental e bem-estar geral (French et al., 1995; Elfhag e Rössner, 2005; Roberts, 2006; Tirlea et al., 2016).

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste estudo foi verificar se condições antropométricas, especialmente sobrepeso e obesidade, podem afetar a autoestima de crianças e adolescentes.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Estudo transversal retrospectivo, que analisou dados secundários coletados durante estudo anterior, que culminou em uma dissertação de mestrado já finalizado e defendido em 2015 na Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

4.2 Caracterização da amostra

A amostra foi composta por crianças e adolescentes com idade entre 05 e 17 anos, estudantes de escolas municipais localizadas em Ourinhos-SP, de ambos os sexos e sem distinção de etnia. Ourinhos é um município da região sudoeste do estado de São Paulo, com população estimada em 115.139 habitantes em 2021 e salário médio mensal dos trabalhadores formais de 2,2 salários mínimos em 2020. O IDHM era 0,778 em 2010, considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD). (IBGE, 2022).

Das 44 escolas municipais de Ourinhos-SP, 9 delas foram escolhidas para integrar a pesquisa, pois eram todas as participantes do Programa Saúde na Escola (PSE). Este programa, instaurado em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, visa uma formação integral de estudantes da rede pública através de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Para isso, cada escola é vinculada a equipes de Saúde da Família e da Atenção Básica, do mesmo território.

Participaram da pesquisa inicial 5.131 escolares, sendo incluídos na amostra do estudo original os dados de 3.106 participantes. Entretanto, no presente estudo foram utilizados dados de 1.209 alunos que contemplavam os critérios de inclusão descritos a seguir.

4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

A planilha do banco de dados continha informações dos 3.106 escolares. Entretanto, foram incluídas na amostra deste estudo os dados de 1.209 crianças e adolescentes, cujas informações necessárias para análise das variáveis estavam completas.

Este processo foi realizado a partir de duas etapas de exclusão de dados. A primeira etapa consistiu na exclusão dos dados dos escolares que não tinham registro completo referente a variável dependente do estudo, a autoestima. Este primeiro processo resultou em um grupo de 1.234 dados de indivíduos. A segunda etapa de exclusão levou em consideração os diagnósticos antropométricos: notou-se que magreza e magreza acentuada tinham baixa representatividade, sendo que ambos agrupados não representavam 2% do número total da amostra (1.234). Dessa forma, o resultado dessas duas etapas de exclusão foi um total de 1.209 dados de escolares.

4.4 Aspectos Éticos e legais

A pesquisa que gerou o banco de dados para o presente estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (número CAAE: 13949813.3.0000.5418) (anexo 1) e obteve anuência da Prefeitura Municipal de Ourinhos-SP, assim como autorização para utilização dos dados das Secretarias de Saúde e Educação. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi preenchido pelos pais ou responsáveis que desejaram participar e permitiam a utilização dos dados de seus filhos.

4.5 Composição do banco de dados

O desenvolvimento do Projeto que culminou com a formação do banco de dados usado neste estudo teve início com a apresentação dos pesquisadores e o convite aos pais e responsáveis pelos alunos durante reuniões de Pais e Mestres, com auxílio da direção de cada escola.

Os pais assinaram o TCLE e responderam as seguintes questões socioeconômicas: renda familiar mensal, número de residentes na mesma casa, tipo de habitação da família, grau de instrução da mãe ou responsável e profissão do responsável pela família.

Os dados de peso, altura e idade dos escolares foram retirados do Sistema de Informação da Educação (SIMEC). Estes dados haviam sido coletados no ano de 2012, através da ação pactuada entre o PSE e a Prefeitura Municipal de Ourinhos-SP para avaliação antropométrica dos escolares das 9 escolas de Ourinhos participantes do Programa. Os profissionais que realizaram a coleta destes dados eram agentes comunitários da saúde (ACS), enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de Estratégia de Saúde

da Família (ESF), devidamente treinados e calibrados por um profissional de enfermagem ou nutrição. Para realizar pesagem e medida de estatura dos escolares foi utilizada uma balança mecânica da marca Welmy® com estadiômetro vertical calibrada, sendo os alunos aconselhados a estarem descalços e utilizando vestimenta leve no momento da aferição.

A investigação dos níveis de autoestima contou com a ajuda dos professores. Foi utilizada a versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg adaptada e validada por Dini et al. (2004). Segundo os autores, essa escala adaptada tem a vantagem de utilizar palavras-chaves associadas com sentenças curtas, o que torna possível ser assimilada até mesmo por crianças.

Esta Escala (anexo 2) classifica a autoestima em alta e baixa, de acordo com dez afirmativas, metade delas avaliando sentimentos negativos e a outra metade avaliando sentimentos positivos sobre si mesmo. O questionário se utiliza de uma escala tipo Likert, tendo as seguintes possibilidades de resposta: concordo plenamente, concordo, discordo, discordo plenamente. Ao final, soma-se o valor do resultado e classifica a autoestima em alta e baixa.

4.6 Seleção e extração das variáveis de interesse do banco de dados

Para o presente estudo, considerou-se a autoestima como variável dependente. As variáveis independentes eram gênero, idade, renda, instrução da mãe ou responsável e diagnóstico antropométrico. O objetivo deste estudo foi verificar se condições antropométricas, especialmente o sobrepeso e a obesidade, podem afetar a autoestima de crianças e adolescentes, visto que estes são períodos críticos de desenvolvimento da autoestima (Button, 1990; Button et al., 1997; Biro et al., 2006).

Foram retirados do Banco de Dados e inseridos numa planilha única os seguintes dados:

a) Autoestima: foram extraídas as respostas dos alunos as questões da Escala, calculado o valor total de cada aluno (soma dos pontos da Escala) que poderia variar de zero a quarenta, para, então, ser calculado o nível de autoestima (baixa ou alta). De acordo com Avanci et al. (2017), quanto maior o escore, mais elevada a autoestima. A análise dos dados considerou a mediana entre os valores totais de cada aluno, sendo classificados com alta autoestima aqueles que obtiveram valores acima da mediana e baixa autoestima, valores iguais ou menores que a mediana.

b) Sexo: feminino ou masculino, de acordo com a resposta do próprio participante;

c) Idade: a idade foi calculada com base na data da avaliação e data de nascimento dos alunos, sendo então classificados em criança ou adolescente de acordo com o Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que considera criança a pessoa com até doze anos incompletos e adolescente, a pessoa entre doze e dezoito anos (BRASIL, 1990).

d) Renda familiar mensal: Os dados originais apresentavam a renda familiar mensal em reais, dentro de sete faixas de valores, sendo elas (em reais): renda até 622,00; de 623,00 a 1.244,00; de 1.245,00 a 1.866,00; de 1.867,00 a 3.110,00; de 3.111,00 a 4.665,00; de 4.666,00 a 6.220,00; e acima de R\$ 6.221,00. A análise dos dados considerou a mediana entre os valores, sendo classificados em duas categorias (em reais): renda familiar mensal menor ou igual a 1.244,00 e maior que 1.244,00.

e) Nível de instrução da mãe ou responsável: Os dados originais classificavam esta variável em 10 faixas distintas, sendo elas: Não alfabetizado; alfabetizado; 1ª e 4ª série incompleta; 1ª e 4ª série completa; 5ª e 8ª série incompleta; 5ª e 8ª série completa; 2º grau incompleto; 2º grau completo; superior incompleto e superior completo. A análise dos dados considerou a mediana entre as categorias, sendo reclassificados em duas categorias: instrução menor ou igual 8ª série completa e maior que 8ª série completa.

f) Dados antropométrico: O banco de dados original continha informações de peso (kg); altura (cm) e idade (anos) das crianças e adolescentes participantes da pesquisa. Para a análise dos dados, foi recalculado a idade a partir da data de nascimento e data da coleta dos dados, para obter o valor em meses, necessário para o cálculo do diagnóstico antropométrico. Com os valores da idade (meses), peso (kg), altura (cm) e sexo (feminino ou masculino), foi possível calcular o diagnóstico antropométrico de acordo com os índices de referência de crescimento adotados para crianças e adolescentes de 5 a 19 anos em âmbito internacional, pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007).

Uma forma de realizar o cálculo do índice antropométrico é através do software WHO Anthro Plus, disponibilizado gratuitamente na website da OMS. O software funciona como uma calculadora antropométrica, considerando variáveis de peso, altura, idade e sexo, disponibilizando então o IMC, z-score e o valor do percentil que cada criança se enquadra. Os gráficos de z-score e percentil podem ser consultados diretamente no site da OMS, de acordo com o sexo.

No entanto, para utilização do software, é necessário incluir individualmente os dados de cada um dos indivíduos do estudo. Diante disso, para este estudo retrospectivo utilizou-se um método automatizado, através do software Excel. Primeiramente, com as informações de peso e altura do banco de dados, calculou-se o IMC para cada indivíduo. Após isso, extraiu-se do site da OMS as tabelas com as faixas de percentil de acordo com IMC, idade e sexo. As tabelas foram relacionadas com os dados dos indivíduos participantes do estudo, encontrando-se assim os valores de percentil correspondente. Por último, ainda utilizando o software Excel, comparou-se o percentil de cada indivíduo com as faixas de valores disponibilizadas pela OMS, que utiliza percentil e z-score para diagnóstico antropométrico, classificando os indivíduos em: magreza acentuada, magreza, eutrofia, sobrepeso, obesidade e obesidade grave. Dessa maneira, se obteve o diagnóstico antropométrico para cada indivíduo.

Para a análise estatística dos dados antropométricos deste estudo, considerou-se três categorias, observadas no quadro 1. “Eutrofia” e “sobrepeso” permaneceram com as mesmas faixas de corte preconizadas pela OMS. Já a classificação “obesidade” e “obesidade grave”, foram reduzidas a uma única faixa de valores de corte e denominada como “obesidade”. “Magreza” e “magreza acentuada” não foram consideradas na análise estatística.

Quadro 1 - Pontos de corte para classificação de diagnóstico antropométrico

Valores críticos		Diagnóstico antropométrico
\geq Percentil 3 e \leq Percentil 85	\geq Z-score -2 e \leq Z-score +1	Eutrofia
$>$ Percentil 85 e \leq Percentil 97	$>$ Z-score +1 e \leq Z-score +2	Sobrepeso
$>$ Percentil 97	$>$ Z-score +2	Obesidade

4.7 Análise estatística

Foram realizadas análises descritivas dos dados por meio de tabelas de frequência. Análises brutas e ajustadas foram realizadas para testar as associações entre as variáveis independentes e a variável de desfecho (Autoestima) estimando-se os Odds Ratios com os intervalos de 95% de confiança. Foi testada a interação entre diagnóstico antropométrico e faixa etária a fim de verificar possível relação entre as mesmas. As variáveis

com $p\text{-valor} < 0,20$ nas análises brutas foram testadas no modelo de regressão logística múltipla. O ajuste do modelo foi avaliado pelo Critério de Informação de Akaike (AIC). As análises foram realizadas no programa SAS.

5 RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo os dados de 1.209 escolares. Na tabela 1 observa-se a caracterização socioeconômica e nutricional da população estudada. A amostra foi composta predominantemente por crianças (75,17%) de cinco a doze anos incompletos, com pouco mais da metade do sexo masculino (54,01%).

A renda familiar de mais da metade da amostra era inferior ou igual a dois salários mínimos brasileiros vigentes em 2012 (59,74%), ou seja, R\$ 1.244,00 (BRASIL, 2011).

Quase dois terços das mães ou responsáveis tinham grau de instrução menor ou igual ao antigo ginásial (8ª série completa: 60,67%). Entre os estudantes, havia 65,76% de eutróficos.

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica e antropométrica da amostra de escolares da rede municipal de ensino de Ourinhos-SP (n=1.209)

Variáveis	Categorias	N (%)
Faixa etária	Crianças	890 (75,17)
	Adolescentes	294 (24,83)
Sexo	Feminino	556 (45,99)
	Masculino	653 (54,01)
Renda familiar	Menor ou igual a R\$ 1.244,00	460 (59,74)
	Maior que R\$ 1.244,00	310 (40,26)
Instrução da mãe ou responsável	Menor ou igual 8ª série completa	472 (60,67)
	Maior que 8ª série completa	306 (39,33)
Diagnóstico antropométrico	Eutrofia	530 (65,76)
	Sobrepeso	142 (17,62)
	Obesidade	134 (16,63)

Na tabela 2 observa-se associação significativa entre as variáveis faixa etária e renda com a autoestima, sendo que não houve interação entre diagnóstico antropométrico*faixa etária.

A tabela 3 mostra que os indivíduos da faixa etária adolescente (OR=1,83; 1,16-2,90; p=0,0096) e com renda menor ou igual a R\$ 1.244,00 (OR=1,54; IC=1,10-2,16; p=0,0115) tem mais chance de apresentar uma menor autoestima do que aqueles da faixa etária de crianças e com maior renda.

Tabela 2 - Análises brutas da autoestima e sua associação com faixa etária, sexo, diagnóstico antropométrico, renda familiar e instrução da mãe ou responsável em escolares do município de Ourinhos-SP

Variáveis	Categorias	Autoestima					p valor
		Menor	Maior	OR	IC (95%)		
		N (%)	N (%)	N (%)			
Faixa etária	Crianças	890 (75,17)	656 (73,71)	234 (26,29)	1,00	-	-
	Adolescentes	294 (24,83)	238 (80,95)	56 (19,05)	1,52	1,09-2,10	0,0127
Sexo	Feminino	556 (45,99)	409 (73,56)	147 (26,44)	1,00	-	-
	Masculino	653 (54,01)	507 (77,64)	146 (22,36)	1,25	0,96-1,62	0,0992
Diagnóstico antropométrico	Eutrofia	530 (65,76)	401 (75,66)	129 (24,34)	1,00	-	-
	Sobrepeso	142 (17,62)	110 (77,46)	32 (22,54)	1,11	0,71-1,72	0,6547
	Obesidade	134 (16,63)	105 (78,36)	29 (21,64)	1,17	0,74-1,84	0,5126
Renda familiar	Menor ou igual a R\$ 1.244,00	460 (59,74)	359 (78,04)	101 (21,96)	1,45	1,05-2,02	0,0262
	Maior que R\$ 1.244,00	310 (40,26)	220 (70,97)	90 (29,03)	1,00	-	-
Instrução da mãe ou responsável	Menor ou igual 8ª série completa	472 (60,67)	354 (75,00)	118 (25,00)	1,03	0,74-1,43	0,8776
	Maior que 8ª série completa	306 (39,33)	228 (74,51)	78 (25,49)	1,00	-	-
Diagnóstico antropométrico *faixa etária	Crianças com eutrofia	374 (46,40)	276 (73,80)	98 (26,20)	1,00	-	-
	Crianças com sobrepeso	100 (12,41)	73 (73,00)	27 (27,00)	0,96	0,58-1,58	0,8724
	Crianças com obesidade	110 (13,65)	87 (79,09)	23 (20,91)	1,34	0,80-2,25	0,2608
	Adolescentes com eutrofia	156 (19,35)	125 (80,13)	31 (19,87)	1,43	0,91-2,26	0,1228
	Adolescentes com sobrepeso	42 (5,21)	37 (88,10)	5 (11,90)	2,63	1,00-6,88	0,0490
	Adolescentes com obesidade	24 (2,98)	18 (75,00)	6 (25,00)	1,07	0,41-2,76	0,8965

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; não houve interação entre Diagnóstico antropométrico*faixa etária ($p > 0,25$)

Tabela 3 - Análises ajustadas da autoestima em escolares do município de Ourinhos-SP

Autoestima						
Variável	Categorias	Menor	Maior	OR	IC (95%)	p valor
		N (%)	N (%)			
Faixa etária	Crianças	656 (73,71)	234 (26,29)	1,00		
	Adolescentes	238 (80,95)	56 (19,05)	1,83	1,16-2,90	0,0096
Renda	Menor ou igual a R\$ 1.244,00	359 (78,04)	101 (21,96)	1,54	1,10-2,16	0,0115
	Maior que R\$ 1.244,00	220 (70,97)	90 (29,03)	1,00		

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança

6 DISCUSSÃO

A infância e a adolescência são períodos críticos para o desenvolvimento da autoestima, sendo influenciada por múltiplos fatores, tais como gênero, relações familiares e peso corporal (Button, 1990; Button et al., 1997; Biro et al., 2006). Tanto indivíduos do sexo feminino quanto do sexo masculino experienciam, na adolescência, mudanças físicas que podem estar em disparidade ou serem percebidas com disparidade pelas normas socioculturais de beleza (Clay et al., 2005), o que pode afetar sobremaneira na construção da autoestima. Partindo desta constatação, foi proposto o tema do presente estudo que verificou se condições antropométricas, especialmente sobrepeso e obesidade, poderiam estar associadas com o nível de autoestima de crianças e adolescentes de um município de médio porte do Estado de São Paulo.

A prevalência de crianças obesas neste estudo foi consistente com os achados de Ferreira et al. (2021), que investigaram a prevalência da obesidade infantil no Brasil na década de 2010 e concluíram que, a cada 100 crianças, 12 eram obesas. Entretanto, a prevalência de crianças classificadas com sobrepeso ou obesidade foi 1,5 vezes maior que a prevalência mundial. Segundo dados recentes da Organização Mundial de Saúde, houve um aumento drástico na prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes de 5 a 19 anos do mundo todo, passando de 4% em 1975 para pouco mais de 18% em 2016 (OMS, 2021).

Apesar da grande prevalência de crianças com excesso de peso neste estudo, não houve associação significativa entre esta variável e a autoestima. Também não foi significativa a relação entre autoestima e diagnóstico antropométrico por classificação etária de crianças e adolescentes. Os resultados corroboram com os de Silva et al. (2009), sobre insatisfação corporal e autoestima em crianças e adolescentes obesos (6 a 12 anos), que também utilizaram a Escala de Autoestima de Rosenberg, mas não encontraram significância estatística entre a autoestima e o excesso de peso, atribuindo isso à pequena amostragem e poucos recursos para realização do estudo.

Fragante et al. (2017) também não encontraram evidências suficientes da correlação entre índice de massa corporal e autoestima em crianças e adolescentes. Os autores utilizaram uma metodologia diferente deste estudo: para análise de autoestima, a escala *Hare Selfesteem Scale* foi a escolhida e para a análise antropométrica, utilizou-se o índice de Massa Corporal (IMC). Tanto este estudo quanto o de Fragante et al. (2017), foram analisados dados de alunos de escolas públicas. Os autores sugerem que estudos posteriores

possam abranger também alunos de escolas privadas, além de incluir maior número de amostra de escolares com excesso de peso.

Em contrapartida, é possível encontrar diversos estudos na literatura que demonstram a correlação entre baixa autoestima e obesidade em crianças e adolescentes. French et al. (1995), Griffiths et al. (2010) e Sanders et al. (2015) encontraram em suas respectivas revisões de literatura indicativos de que crianças e adolescentes obesas possuem menor autoestima.

Wang et al. (2009) analisaram essa associação através da análise dos dados da Pesquisa Nacional Longitudinal Canadense de Crianças e Adolescentes (*Canadian National Longitudinal Survey of Children and Youth*), e os resultados indicaram que crianças que eram obesas no início do estudo tiveram aproximadamente o dobro de chances de relatar baixa autoestima 4 anos depois, em comparação com crianças de peso normal. Aggarwal (2019) acompanhou a evolução da autoestima e do peso corporal ao longo de 6 anos, afirmando que há uma relação bidirecional entre peso corporal e autoestima, ou seja, o maior peso corporal colabora para ter menor autoestima, sendo que a autoestima mais elevada ajuda a manter o peso corporal saudável.

Como observado, estudos como de Wang et al. (2009) e Aggarwal (2019) analisaram a influência do sobrepeso sobre a autoestima de crianças e adolescentes de forma longitudinal e não transversal. Dessa maneira, apesar do presente estudo ter encontrado resultados não significativos entre excesso de peso e autoestima, sugere-se analisar a possibilidade de o diagnóstico antropométrico influenciar a autoestima do indivíduo ao longo do tempo, e não somente no momento presente da coleta de dados.

Outra variável analisada neste estudo foi a faixa etária, visto que a idade é um fator importante nas modulações da autoestima (Ogihara, 2016). Foi classificada a faixa etária em criança ou adolescente de acordo com o Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que considera criança a pessoa com até 12 anos incompletos e, adolescente, a pessoa entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990). O número de crianças no banco de dados deste estudo era cerca de três vezes maior que a de adolescentes e a idade dos participantes era de 5 a 17 anos. Neste estudo, foi possível observar associação significativa entre faixa etária e autoestima. Indivíduos da faixa etária adolescente têm mais chance de apresentar menor autoestima do que da faixa etária de criança.

Os resultados desta pesquisa estão de acordo com os apresentados por outros autores como Robins et al. (2002), Ogihara (2016), Gardner e Lambert (2019) e Wood et al. (2021). Existe um padrão claro de uma elevada autoestima na infância e decaimento desta

no início da adolescência, levando em consideração a análise a partir da idade dos participantes.

Uma das dificuldades encontradas para comparar os resultados entre estudos foi a falta de padronização de faixas etárias que compreendem crianças e adolescentes. Por exemplo, os autores Gardner e Lambert (2019) denominam de “adolescentes” os indivíduos de 10 a 18 anos, sendo que este estudo chamaria essa mesma população de “crianças” (10 a 12 anos incompletos) e “adolescentes” (12 a 18 anos completos). Além disso, outros estudos utilizam os anos escolares para classificação de idade, como por exemplo o estudo de Ogihara (2016), que concluiu que a autoestima em alunos do ensino fundamental (10 a 12 anos) era mais alta do que de alunos do ensino fundamental médio e ensino médio (13 a 17 anos).

Pode-se constatar que a maioria dos estudos que envolvem avaliação de autoestima em crianças o fazem a partir de faixas etárias mais elevadas, com idades próximas à adolescência. Apenas o estudo de Wood et al. (2021) analisou dados de crianças mais jovens (7 a 8 anos). Uma explicação para isso pode ser a falta de uma escala de autoestima destinada exclusivamente para crianças, validada e adaptada culturalmente, como acontece mundialmente com a Escala de Autoestima de Rosenberg, por exemplo.

Uma explicação para a diferença da autoestima entre crianças e adolescentes pode estar ligada ao fato de que crianças não exercem comparação social de suas próprias habilidades, pela sua falta de capacidade cognitiva, o que resulta em uma autoestima mais subjetiva. Visto isto, à medida que envelhecem e se tornam adolescentes, ganham capacidade de comparação social e as avaliações se tornam objetivas, ou seja, produzem julgamentos mais precisos entre sua própria posição em relação aos outros, resultando em diminuição da autoestima (Ruble et al., 1980; Ogihara, 2016).

Além disso, à medida que os indivíduos envelhecem, a relação com os pais se modifica, pois crianças aceitam melhor o cuidado e o amor incondicionais dos pais, enquanto que adolescentes experienciam um maior distanciamento, uma diminuição da conexão (Ogihara, 2016), e começam a receber maior número de feedback negativo, tanto dos pais, como dos professores e colegas, fazendo com que suas autoavaliações se tornem mais negativas e, conseqüentemente, a autoestima diminua (Ruble et al., 1980; Eccles et al., 1993).

Assim, sabe-se que a autoestima na adolescência é um constructo dinâmico e não estático, e suas mudanças são influenciadas por eventos da vida e pelo grau de conexão entre os membros da família (Baldwin e Hoffmann, 2002). As mudanças corporais também são propostas como uma possível explicação da baixa autoestima em adolescentes. Essas

mudanças da imagem corporal se estabelecem em um contexto sociocultural onde a mídia expõe imagens irrealistas, principalmente em relação à beleza feminina (Clay et al., 2005).

Visto que a trajetória de desenvolvimento da autoestima ao longo da vida pode divergir entre as culturas (Ogihara e Kusumi, 2020), sugere-se a realização de uma curva brasileira semelhante às realizadas por Ogihara (2016) com amostras da população Japonesa, por Orth et al. (2015) com amostras da população Alemã e por Orth et al. (2010 e 2012) com amostras da população Americana. Além disso, a exemplo destes autores, sugere-se que futuros estudos realizem uma análise longitudinal e não transversal, possibilitando entendimento sobre as variações da autoestima ao longo do tempo, evitando assim confundir as diferenças de autoestima em relação à idade, causadas pelo estágio de desenvolvimento e aquelas causadas por experiências de vida comuns aos participantes (efeitos de coorte).

Por fim, visto que problemas socioeconômicos também são reconhecidos riscos para a saúde mental (WHO, 2021), este estudo analisou a influência da renda familiar sob a autoestima de crianças e adolescentes e concluiu que houve associação significativa entre estas variáveis. Os indivíduos cujas famílias tinham renda menor ou igual a um salário mínimo tiveram mais chance de apresentar uma menor autoestima do que aqueles com maior renda, corroborando com os achados de Housley et al. (1987), Mullis et al. (1992), Bannink et al. (2016), Park e Kim (2016), Tekir et al. (2018), Kargin et al. (2021) e Renzaho et al. (2020).

Bannink et al. (2016), além de encontrarem associação positiva entre renda familiar e autoestima, afirmam que a autopercepção da posição social também pode explicar níveis mais baixos de autoestima em jovens: adolescentes que se autopercebem como mais pobres em relação aos seus amigos têm menor propensão a ter maior autoestima.

Para Easterbrook et al. (2020), os indivíduos podem definir quem são através de várias identidades potenciais, sendo a classe social (renda, escolaridade e profissão) um importante fator do autoconceito. Sendo assim, as identidades individualizadas de classe social são, em média, tão importantes para os indivíduos, quanto as identidades mais frequentemente estudadas em psicologia (identidade étnica e gênero). Já para Mahadevan et al. (2021), o status sociométrico (senso de importância, respeito e admiração do outro em relação a si próprio) é um preditor mais potente de autoestima do que o status socioeconômico (renda, educação e ocupação), embora tanto o status socioeconômico, quanto o status sociométrico sejam importantes para a autoestima.

A pesquisa de Sánchez-Rojas et al (2022) traz novas evidências de fatores que podem estar associados à autoestima de crianças e adolescentes e encontra correlações significativas entre autoestima e status socioeconômicos. Os autores analisaram várias

categorias dentro de status socioeconômicos, onde renda familiar sozinha não foi avaliada e sim um conjunto de variáveis, de acordo com a classificação de Graffar (ocupação do chefe da família, escolaridade da mãe, principal fonte de renda familiar e condições de moradia).

Sendo assim, para futuros estudos, sugere-se a associação de autoestima não somente com fatores socioeconômicos isolados, mas dentro de categorias, como por exemplo, avaliação do status sociométrico (importância, respeito e admiração), status socioeconômico (renda, educação e ocupação) e classe social (renda, escolaridade e profissão) para, assim, desenvolver um panorama geral e entender como e quais dessas categorias influenciam a autoestima dos indivíduos.

Além disso, é importante considerar que a comparação social, tão comum na adolescência, exerce um impacto importante na saúde mental dos indivíduos (Ogihara, 2016). Portanto, os resultados deste estudo podem ser utilizados por pais e profissionais da saúde como um recurso para prevenção de problemas de saúde mentais, como depressão e ansiedade, os quais podem surgir a partir de níveis mais baixos de autoestima (Mann et al., 2004).

7 CONCLUSÃO

Verificou-se que os indivíduos cujas famílias tinham renda menor ou igual à um salário mínimo e adolescentes tiveram mais chance de apresentar uma menor autoestima do que aqueles com maior renda e da faixa etária de criança.

REFERÊNCIAS*

Aggarwal H. Self-Esteem and Obesity: A Longitudinal Analysis among Children and Adolescents in Niagara. Brock University; 2019.

Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Adaptação Transcultural de Escala de Auto-Estima para Adolescentes. *Psicol Reflex Crit.* 2017; 20(3):397-405. doi: 10.1590/S0102-79722007000300007.

Baldwin SA, Hoffmann JP. The dynamics of self-esteem: A growth-curve analysis. *J Youth Adol.* 2002;31(2):101-13. doi: 10.1023/A:1014065825598.

Bannink R, Pearce A, Hope S. Family income and young adolescents' perceived social position: associations with self-esteem and life satisfaction in the UK Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child.* 2016 Oct;101(10):917-21. doi: 10.1136/archdischild-2015-309651.

Biro FM, Striegel-Moore RH, Franko DL, Padgett J, Bean JA. Self-esteem in adolescent females. *J Adolesc Health.* 2006 Oct;39(4):501-7. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.03.010.

Bleidorn W, Arslan RC, Denissen JJ, Rentfrow PJ, Gebauer JE, Potter J, et al. Age and gender differences in self-esteem-A cross-cultural window. *J Pers Soc Psychol.* 2016 Sep;111(3):396-410. doi: 10.1037/pspp0000078.

Brasil. Decreto Nº 7.655, de 23 de dezembro de 2011. [acesso 01 junho 2022]. Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua valorização de longo prazo. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7655.htm#textoimpressao.

Brasil. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [acesso 23 abr. 2022]. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

Button EJ, Loan P, Davies J, Sonuga-Barke EJ. Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: a questionnaire and interview study. *Int J Eat Disord.* 1997 Jan;21(1):39-47. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199701)21:1<39::aid-eat5>3.0.co;2-4.

Button E. Self-esteem in girls aged 11-12: baseline findings from a planned prospective study of vulnerability to eating disorders. *J Adolesc.* 1990 Dec;13(4):407-13. doi: 10.1016/0140-1971(90)90033-4.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors - Vancouver Group. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o PubMed.

Clay D, Vignoles VL, Dittmar H. Body Image and Self-Esteem Among Adolescent Girls: Testing the Influence of Sociocultural Factors. *J Res Adolesc.* 2005;15(4):451-77. doi: 10.1111/j.1532-7795.2005.00107.x.

Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Rev Bras Cir Plast.* 2004;19(1):41-52.

Easterbrook MJ, Kuppens T, Manstead ASR. Socioeconomic status and the structure of the self-concept. *Br J Soc Psychol.* 2020 Jan;59(1):66-86. doi: 10.1111/bjso.12334.

Eccles J, Wigfield A, Harold RD, Blumenfeld P. Age and gender differences in children's self- and task perceptions during elementary school. *Child Dev.* 1993 Jun;64(3):830-47.

Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev.* 2005 Feb;6(1):67-85. doi: 10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x.

Ferreira CM, Reis NDD, Castro AO, Höfelmann DA, Kodaira K, Silva MT, Galvao TF. Prevalence of childhood obesity in Brazil: systematic review and meta-analysis. *J Pediatr (Rio J).* 2021 Sep-Oct;97(5):490-9. doi: 10.1016/j.jped.2020.12.003.

Fragante JF, Flores JAS, Francisco JJM, Dipasupil JPP, Damaso PSD, Gutierrez AL, et al. The correlation between body mass index and self-esteem among children ages 9-12 years old in a public elementary school in Makati city, Philippines. *Pediatr Ther.* 2017;7(4 Suppl):50. doi: 10.4172/2161-0665-C1-046.

French SA, Story M, Perry CL. Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obes Res.* 1995 Sep;3(5):479-90. doi: 10.1002/j.1550-8528.1995.tb00179.x.

Gardner AA, Lambert CA. Examining the interplay of self-esteem, trait-emotional intelligence, and age with depression across adolescence. *J Adolesc.* 2019 Feb; 71:162-6. doi: 10.1016/j.adolescence.2019.01.008.

Gittins CB, Hunt C. Self-criticism and self-esteem in early adolescence: Do they predict depression? *PLoS One.* 2020 Dec;15(12):e0244182. doi: 10.1371/journal.pone.0244182.

Gow ML, Tee MSY, Garnett SP, Baur LA, Aldwell K, Thomas S, et al. Pediatric obesity treatment, self-esteem, and body image: A systematic review with meta-analysis. *Pediatr Obes.* 2020 Mar;15(3):e12600. doi: 10.1111/ijpo.12600.

Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *Int J Pediatr Obes*. 2010 Aug;5(4):282-304. doi: 10.3109/17477160903473697.

Housley K, Martin S, McCoy H, Greenhouse P, Stigger F, Chopin L. Self-esteem of adolescent females as related to race, economic status, and area of residence. *Percept Mot Skills*. 1987 Apr;64(2):559-66. doi: 10.2466/pms.1987.64.2.559.

Hunter KI, Linn MW, Harris R. Characteristics of high and low self-esteem in the elderly. *Int J Aging Hum Dev*. 1981-1982;14(2):117-26. doi: 10.2190/bgvm-2x68-ppfq-eyv8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [acesso 28 jul 2022]. Ourinhos. Panorama. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ourinhos/panorama>.

Kargin M, Aytop S, Hazar S, Yüksekol ÖD. The relationship between gender role stress and self esteem in students of faculty of health sciences. *Perspect Psychiatr Care*. 2021 Jan;57(1):363-70. doi: 10.1111/ppc.12605.

Mahadevan N, Gregg AP, Sedikides C. Self-esteem as a hierometer: Sociometric status is a more potent and proximate predictor of self-esteem than socioeconomic status. *J Exp Psychol Gen*. 2021 Dec;150(12):2613-35. doi: 10.1037/xge0001056.

Mann M, Hosman CM, Schaalma HP, de Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res*. 2004 Aug;19(4):357-72. doi: 10.1093/her/cyg041.

Marsh HW, Holmes IW. Multidimensional self-concepts: Construct validation of responses by children. *Am Educ Res J* 1990;27:89-117. doi: 10.2307/1163070.

Mullis AK, Mullis RL, Normandin D. Cross-sectional and longitudinal comparisons of adolescent self-esteem. *Adolescence*. 1992 Spring;27(105):51-61.

Nguyen DT, Wright EP, Dedding C, Pham TT, Bunders J. Low Self-Esteem and Its Association With Anxiety, Depression, and Suicidal Ideation in Vietnamese Secondary School Students: A Cross-Sectional Study. *Front Psych*. 2019 Sep;10:698. doi: 10.3389/fpsy.2019.00698.

Ogihara Y. Age differences in Self-liking in Japan: The developmental Trajectory of Self-Esteem from Elementary School to Old Age. 2016 June. *Letters on Evolutionary Behavioral Science* 7. doi: 10.5178/lebs.2016.48.

Ogihara Y, Kusumi T. The Developmental Trajectory of Self-Esteem Across the Life Span in Japan: Age Differences in Scores on the Rosenberg Self-Esteem Scale From Adolescence to Old Age. *Front Public Health*. 2020 Aug 6;8:132. doi: 10.3389/fpubh.2020.00132.

Orth U, Maes J, Schmitt M. Self-esteem development across the life span: a longitudinal study with a large sample from Germany. *Dev Psychol*. 2015 Feb;51(2):248-59. doi: 10.1037/a0038481.

Orth U, Robins RW, Widaman KF. Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 2012 Jun;102(6):1271-88. doi: 10.1037/a0025558.

Orth U. The lifespan development of self-esteem. *Personality Development Across the Lifespan*. Academic Press.2017 Mar. doi: 10.1016/B978-0-12-804674-6.00012-0.

Orth U, Trzesniewski KH, Robins RW. Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*. 2010 Apr;98(4):645-58. doi: 10.1037/a0018769

Park EY, Kim JH. An analysis of self-esteem in stroke survivors: the interaction between gender, income, and the presence of a spouse. *J Ment Health*. 2016;25(2):159-64. doi: 10.3109/09638237.2015.1101430.

Renzaho AMN, Doh D, Mahumud RA, Galukande M, Kamara JK. The impact of the livelihoods and income fortification and socio-civic transformation project on the quality of life, wellbeing, self-esteem, and quality of neighbourhood social environment among the youth in slum areas of in Kampala, Uganda. *BMC Public Health*. 2020 Dec;20(1):1872. doi: 10.1186/s12889-020-09868-y.

Roberts JE. Self-esteem from a clinical perspective. *Self-Esteem Issues and Answers: A Sourcebook of Current Perspective*. New York: Psychology Press; 2006. p.298-305.

Robins RW, Trzesniewski KH, Tracy JL, Gosling SD, Potter J. Global self-esteem across the life span. *PsycholAging*. 2022;17(3):423-34. doi: 10.1037/0882-7974.17.3.423.

Robson PJ. Self-esteem-a psychiatric view. *Br J Psychiat*. 1988 Jul;153:6-15. doi: 10.1192/bjp.153.1.6.

Rodgers RF, Melioli T, Laconi S, Bui E, Chabrol H. Internet addiction symptoms, disordered eating, and body image avoidance. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2013 Jan;16(1):56-60. doi: 10.1089/cyber.2012.1570.

Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1965. 30p. doi: 10.1515/9781400876136.

Rosenberg M. The association between self-esteem and anxiety. *J Psychiatr Res*. 1962 Sep;1:135-52. doi: 10.1016/0022-3956(62)90004-3.

Ruble DN, Boggiano AK, Feldman NS, Loebel JH. Developmental analysis of the role of social comparison in self-evaluation. *Dev Psychol*. 1980;16(2):105-15. doi:10.1037/0012-1649.16.2.105.

Sánchez-Rojas AA, García-Galicia A, Vázquez-Cruz E, Montiel-Jarquín ÁJ, Aréchiga-Santamaría A. Self-image, self-esteem and depression in children and adolescents with and without obesity. *Gac Med Mex*. 2022;158(3):118-23. doi: 10.24875/GMM.M22000653.

Sanders RH, Han A, Baker JS, Cogley S. Childhood obesity and its physical and psychological co-morbidities: a systematic review of Australian children and adolescents. *Eur J Pediatr*. 2015 Jun;174(6):715-46. doi: 10.1007/s00431-015-2551-3.

Sbicigo JB, Bandeira DR, Dell'Aglio DD. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS):factorial validity and internal consistency. *Psico-USF*.2010 dec;15(3). doi:10.1590/S1413-82712010000300012

Schmitt DP, Allik J. Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *J Pers Soc Psychol*. 2005 Oct;89(4):623-42. doi: 10.1037/0022-3514.89.4.623.

Silva D, Rego CM, Valente A, Faria M, Dias C, Azevedo LF et al. Avaliação da insatisfação corporal da autoestima em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade VS uma comunidade escolar. *Rev Port Endoc Diab Metab*. 2009;1:23-31.

Silvia CA. *Assessing body image from a parental and child's perspective [dissertation]*. Ann Arbor: University of Phoenix; 2012.

Tapia AJ, Barrios LM, González-Forteza C. Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Ment*. 2007 Oct;30(5):20-6.

Tekir Ö, Yaşar Ö, Çevik C, Dikoğlu M, Kaymak GÖ. [Examination of depression and self-esteem levels of health school students]. *Zmir Demokrasi University*.2018;8(1):15-21.Turkish.

Tirlea L, Truby H, Haines TP. Pragmatic, Randomized Controlled Trials of the Girls on the Go! Program to Improve Self-Esteem in Girls. *Am J Health Promot.* 2016 Mar;30(4):231-41. doi: 10.1177/0890117116639572.

Wang F, Wild TC, Kipp W, Kuhle S, Veugelers PJ. The influence of childhood obesity on the development of self-esteem. *Health Rep.* 2009 Jun;20(2):21-7.

Wood C, Griffin M, Barton J, Sandercock G. Modification of the Rosenberg Scale to Assess Self-Esteem in Children. *Front Public Health.* 2021 Jun;9:655892. doi: 10.3389/fpubh.2021.655892.

World Health Organization (WHO). Adolescent mental health. 2021 Nov. [acesso ago 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

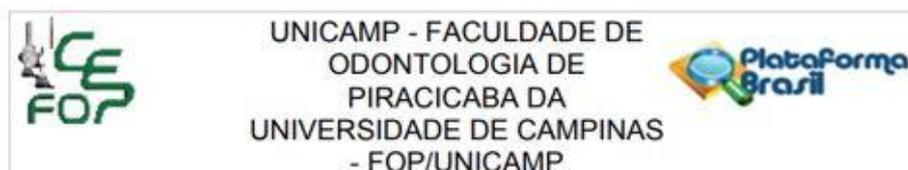
World Health Organization (WHO). Growth reference 5-19 years 2007. [acesso jun 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years>.

World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. Jun 2021. [acesso ago 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Zhou J, Li X, Tian L, Huebner ES. Longitudinal association between low self-esteem and depression in early adolescents: The role of rejection sensitivity and loneliness. *Psychol Psychother.* 2020 Mar;93(1):54-71. doi: 10.1111/papt.12207.

ANEXOS

Anexo 1 – Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo retrospectivo sobre estado nutricional, autoestima e condições bucais de crianças e adolescentes.

Pesquisador: Rosana de Fátima Possobon

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46230921.1.0000.5418

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.723.229

Apresentação do Projeto:

O parecer inicial é elaborado com base na transcrição editada do conteúdo do registro do protocolo na Plataforma Brasil e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil. Os pareceres de retorno, emendas e notificações são elaborados a partir dos dados e arquivos da última versão apresentada.

A EQUIPE DE PESQUISA citada na capa do projeto de pesquisa inclui ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON (Cirurgiã-Dentista, docente da área de Psicologia Aplicada da FOP – UNICAMP, Pesquisadora responsável), CAROLINE CAMERO (Graduanda no curso de graduação em Odontologia da FOP - UNICAMP), JÚLIA MORI GOMIDE (Graduanda no curso de graduação em Odontologia da FOP - UNICAMP), MICHELLY PIRES GONÇALVES (Graduanda no curso de graduação em Odontologia da FOP - UNICAMP), KARINE LAURA CORTELLAZZI MENDES (Cirurgiã-Dentista, Docente da área de Bioestatística da FOP – UNICAMP), o que é confirmado na declaração dos pesquisadores e na PB.

DELINEAMENTO DA PESQUISA: Trata-se de estudo transversal retrospectivo, com base em dados secundários de pesquisa coletados durante um estudo anterior, aprovado pelo CEP (CAAE: 13949813.3.0000.5418) e já finalizado. O estudo envolverá dados de 3106 alunos, com idade entre 06 e 18 anos, do ensino fundamental das escolas públicas do município de Ourinhos-SP. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo analisar dados secundários sobre estado nutricional, autoestima e condições de saúde bucal entre crianças e adolescentes matriculados do ensino fundamental das escolas públicas do município de Ourinhos-SP, a fim de verificar se baixos níveis de autoestima e presença de cárie dentária estão associados a diferentes estados nutricionais (magreza ou excesso de peso). **Metodologia:** Trata-se de análise de dados secundários, referentes à 3106 alunos, com idade entre

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PIRACICABA, 20 de Maio de 2021

Assinado por:
jacks jorge junior
(Coordenador(a))

Anexo 2 – Questionário da Autoestima

1.	De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito (a) comigo mesmo (a).	
2.	Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado (a) ou inferior em relação aos outros).	
3.	Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades	
4.	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).	
5.	Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	
6.	Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).	
7.	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.	
8.	Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a).	
9.	Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracassado (a).	
10.	Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a).	

Opções de resposta

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

Anexo 3 – Verificação de originalidade e prevenção de plágio



Recibo digital

Esse recibo confirma que o seu documento foi recebido por Turnitin. Abaixo você encontrará a informação do recibo referente ao seu envio.

A primeira página do seu documento está exibida abaixo.

Autor do material:	Caroline Camero
Título do Trabalho:	Autoestima
Título do envio:	Autoestima - obesidade
Nome do arquivo:	Turnitin_Carol.docx
Tamanho de arquivo:	43.3K
Contagem de páginas:	24
Contagem de palavras:	6,992
Contagem de caracteres:	38,410
Data de envio:	01-nov-2022 10:03AM (UTC-0300)
Identificação do Envio:	1941375230

Autoestima - obesidade

RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE

