

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO  
NÚCLEO DE SAÚDE  
CURSO DE NUTRIÇÃO

BRUNNA PATRÍCIA DE ARAUJO BEZERRA  
GABRIELA DOS SANTOS LINS

## **OBESIDADE INFANTIL E FATORES PSICOLÓGICOS**

RECIFE/2021

BRUNNA PATRÍCIA DE ARAUJO BEZERRA  
GABRIELA DOS SANTOS LINS

## **OBESIDADE INFANTIL E FATORES PSICOLÓGICOS**

Projeto de Pesquisa apresentado como requisito parcial para conclusão do curso de Nutrição do Centro Universitário Brasileiro, sob a orientação do professor MSc. Diego Ricardo da Silva Leite

RECIFE/2021

Ficha catalográfica elaborada pela  
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 2338/ O.

B574o Bezerra, Brunna Patrícia de Araujo  
Obesidade infantil e fatores psicológicos / Brunna Patrícia de Araujo  
Bezerra, Gabriela dos Santos Lins. - Recife: O Autor, 2021.  
29 p.

Orientador(a): Msc. Diego Ricardo da Silva Leite.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário  
Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Nutrição, 2021.

Inclui Referências.

1. Obesidade infantil. 2. Fatores psicológicos. 3. Criança. I. Lins,  
Gabriela dos Santos. II. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. III.  
Título.

CDU: 612.39

*Dedicamos esse trabalho ao espírito de cooperação demonstrado pela nessas famílias, que foram decisivas para a conclusão deste texto.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Aos nossos amigos e familiares, por todo o apoio e pela ajuda, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao nosso orientador por ter desempenhado tal função com dedicação e amizade.

*“O sucesso é a soma de pequenos esforços - repetidos dia  
sim, e no outro dia também”. Robert Collier*

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Comorbidades da obesidade infantil.....	16
Figura 2. Aspectos psicológicos relacionados à obesidade infantil.....	23

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
2.1 Obesidade Infantil.....	12
2.2 Tratamento e Prevenção da Obesidade Infantil.....	16
<b>3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>22</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>23</b>
4.1 Aspectos Psicológicos Relacionados à obesidade.....	23
4.2 Implicações Psicossociais da Obesidade Infantil.....	24
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>27</b>



## OBESIDADE INFANTIL E FATORES PSICOLÓGICOS

BRUNNA PATRÍCIA DE ARAUJO BEZERRA  
GABRIELA DOS SANTOS LINS

Orientador(a) MSc. Diego Ricardo da Silva Leite <sup>1</sup>

**Resumo:** É inegável que a saúde e o bem-estar das crianças são aspectos negativamente afetados pela obesidade infantil. Trata-se de uma doença multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. Na atualidade, ela é considerada um dos maiores problemas de saúde pública, especialmente pela grande variedade e gravidade das comorbidades que pode propiciar. A cada dia, o número de crianças obesas aumenta, e diversos fatores estão relacionados com sua gênese, entre os quais, os psicossociais vem se destacando. Nesse contexto, este trabalho tem por finalidade investigar os fatores psicológicos relacionados à obesidade infantil. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, cujos descritores foram obesidade, criança e fatores psicológicos. A obesidade infantil possui diversas causas, normalmente por combinação de fatores, entre as quais pode-se destacar: desmame precoce, substituição do leite materno pelo consumo excessivo de carboidratos, má distribuição de alimentos durante a infância, bem como o sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e propensão genética. Aspectos psicológicos estão diretamente relacionados à gênese ou às consequências da obesidade infantil. A obesidade infanto-juvenil traz diversas implicações psicossociais à vida do indivíduo, podendo comprometer sua saúde psicológica e social. Esta condição é um fator de risco que afeta a autoestima, em função principalmente da estigmatização, da dificuldade de aceitação da autoaceitação corporal, do sentimento de fracasso, de inferioridade e da vivência do bullying. Nesse contexto, a obesidade infantil torna-se um grande risco ao desenvolvimento da criança.

**Palavras-chave:** Obesidade infantil. Fatores psicológicos. Criança

## CHILD OBESITY AND PSYCHOLOGICAL FACTORS

BRUNNA PATRÍCIA DE ARAUJO BEZERRA  
GABRIELA DOS SANTOS LINS  
Orientador(a) MSc. Diego Ricardo da Silva Leite <sup>1</sup>

**Abstract:** It is undeniable that children's health and well-being are negatively affected by childhood obesity. It is a multifactorial disease, characterized by the excessive accumulation of body fat. Currently, it is considered one of the biggest public health problems, especially due to the great variety and severity of comorbidities it can cause. Every day, the number of obese children increases, and several factors are related to its genesis, among which the psychosocial ones have been standing out. In this context, this work aims to investigate the psychological factors related to childhood obesity. This is a narrative review of the literature, whose descriptors were obesity, children and psychological factors. Childhood obesity has several causes, usually due to a combination of factors, including: early weaning, replacement of breast milk by excessive consumption of carbohydrates, poor food distribution during childhood, as well as sedentary lifestyle, inadequate eating habits and genetic propensity. Psychological aspects are directly related to the genesis or consequences of childhood obesity. Childhood obesity brings several psychosocial implications to the individual's life, which can compromise their psychological and social health. This condition is a risk factor that affects self-esteem, mainly due to stigmatization, the difficulty in accepting bodily self-acceptance, the feeling of failure, inferiority and the experience of bullying. In this context, childhood obesity becomes a major risk to the child's development.

**Keywords:** Child obesity. Psychological factors. Kid

## 1. INTRODUÇÃO

A prevalência de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade supera os 20% no Brasil, índice que cresce a cada ano. Nos últimos trinta anos, a incidência das doenças correlacionadas vem aumentando, tornando-se uma questão de saúde pública, necessitando de atenção multiprofissional de modo a prevenir e prestar assistência especializada (ROCHA et al., 2017).

A obesidade infantil desenvolve-se pela soma de diversos fatores, como genético, comportamental, ambiental sociocultural e psicológico. Quanto às consequências, a maior complicação da obesidade infantil é o fato de cerca de 60% das crianças obesas se tornarem adultos obesos, com menor qualidade de vida e maior risco para doenças coronarianas (RODRIGUES et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2016; MARIZ et al., 2015).

A obesidade infantil pode gerar comorbidades que interferem diretamente a qualidade de vida e provocam outros riscos à saúde, como disfunções neuroendócrinas, cardiovasculares e psíquicas (MORAES; CAREGNATO; SCHNEIDER, 2014).

Estimativas apontam que 25% das crianças e 80% dos adolescentes obesos mantêm essa condição na fase adulta. Além da manutenção da obesidade na vida adulta, a adiposidade excessiva nessas fases da vida aumenta o risco de cardiopatias e Diabetes Mellitus Tipo II, que são doenças crônicas (CAMARGOS et al., 2019).

Diversas implicações psicossociais à vida do indivíduo são geradas pela obesidade infantil, podendo afetar sua saúde psicológica e social. Esta condição pode comprometer a autoestima, em função principalmente da estigmatização, da dificuldade de auto aceitação corporal, do sentimento de inferioridade, fracasso e, muitas vezes, da vivência do bullying (ROCHA et al., 2017).

Diante dessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo investigar os aspectos psicossociais relacionados obesidade infantil. Especificamente, objetiva-se neste estudo: conceituar e relatar aspectos relacionados ao diagnóstico, causas e consequências da obesidade infantil; correlacionar distúrbios emocionais e psicossociais à obesidade infantil; descrever a importância da atenção psicológica relacionada no tratamento nutricional da obesidade infantil.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Obesidade Infantil

#### 2.1.1 Aspectos Gerais da Obesidade

No século XXI, a obesidade tornou-se o agravo nutricional que mais preocupa, tanto pelo progressivo aumento na sua prevalência quanto pelo fato de ocorrer em todas as faixas etárias. Sobretudo, destaca-se a obesidade em crianças e adolescentes, visto que quando ocorre nessa faixa etária, seus agravos estendem-se por toda a vida (MARENO, 2014).

A população brasileira, nos últimos anos, tem sofrido uma importante mudança no perfil nutricional, que destaca-se pelo aumento na oferta de alimentos industrializados às crianças, a contar dos seus primeiros anos de vida. Além disso, estratégias de promoção de saúde são avariadas pela própria indústria alimentícia que, por meio dos seus anúncios e propagandas de alimentos hipercalóricos, incitam alimentação inadequada, especialmente em crianças. (FONSECA; DRUMOND, 2018; FRIEDRICH; SCHUCH; WAGNER, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), a obesidade é definida como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode alcançar graus capazes de afetar a saúde do indivíduo. Trata-se de uma doença de origem multifatorial crônica, não transmissível causada pelo do desequilíbrio entre a energia ingerida e a utilizada, englobando, fatores, socioeconômicos, genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos sendo assim caracterizada pela concentração excessiva de gordura nos tecidos, sob a forma de triglicerídeos (CORSO et al., 2012).

Para Rodrigues e colaboradores (2012) a obesidade infantil é a causa de maior preocupação devido ao crescimento das comorbidades e problemas de saúde na fase adulta. Conferir o tipo genético familiar e constatar risco para o desenvolvimento da obesidade na infância, torna-se necessário afim de que se possa traçar um plano de cuidados que vise a diminuição do risco para o surgimento de doença nas crianças.

Nos últimos anos, um importante aumento de sobrepeso e obesidade vem sendo notado nas mais variadas faixas etárias e em diferentes países. Durante as últimas décadas, o número de crianças com sobrepeso e obesidade quase duplicou. Estima-se que tenham mais de 17,6 milhões de crianças menores de 5 anos com sobrepeso ou com risco de sobrepeso em todo o mundo. Portanto, a obesidade é

considerada o principal desvio nutricional nessa faixa etária (OLIVEIRA & FANARO, 2015).

No Brasil, a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes chega a 14,1%. Para os menores de 2 anos, os números chegam a 6,5%. Esses dados preocupam, pois o ganho excessivo de peso nos primeiros anos de vida aumentam as chances da criança se tornar obesa durante toda a vida. Além disso, o excesso de peso nessa faixa etária é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas como Diabetes Mellitus tipo II, na vida adulta (CAMARGOS et al., 2019).

### *2.1.2 Causas da Obesidade Infantil*

O excesso de peso na infância e a obesidade infantil possuem várias causas, normalmente por combinação de fatores. Alguns dos fatores desencadeadores mais citados na literatura são: desmame precoce, substituição do leite materno pelo consumo excessivo de carboidratos, má distribuição de alimentos durante a infância, bem como o sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e propensão genética (CAMARGO et al., 2013).

Estudos apontam que 98% dos casos de obesidade em crianças e adolescentes são de origem exógena: apresenta causa nutricional, que é decorrente de fatores socioculturais como menor gasto energético, hábitos nutricionais inadequados e sedentarismo, ou seja, fatores predispostos pelo estilo de vida moderno ou por razões psicossociais. (ROCHA et al., 2017).

Os demais 5% apresentam etiologia endógena: aqueles, oriundos de fatores genéticos e neuroendócrinos. Esses casos são resultantes de problemas hormonais, tumores e síndromes genéticas (ROCHA et al., 2017).

Um fator que comprovadamente contribui com a obesidade infantil é o desmame precoce. Essa condição pode iniciar em qualquer idade, no entanto, o desmame precoce e a introdução alimentar inadequada são fatores que podem desencadear a obesidade infantil, visto que o lactente irá consumir excessiva quantidade de carboidratos simples, e excesso de gordura saturada, por meio de alimentos ultraprocessados. Portanto, a amamentação exclusiva deve ser praticada até os 6 meses de vida da criança. Além disso, a duração do aleitamento materno deve ser de dois anos ou mais (MIRANDA et al., 2015).

### *2.1.3 Diagnóstico*

A elevada frequência do excesso de peso e obesidade entre crianças e adolescentes, impõe a necessidade pelo diagnóstico do estado nutricional em nessa faixa etária durante a avaliação de rotina nos serviços de saúde. Portanto, profissionais como médicos e nutricionistas devem ficar atentos ao diagnóstico do sobrepeso e obesidade, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2018).

Em adultos, o Índice de Massa Corpórea (IMC) é classicamente utilizado para o diagnóstico de obesidade (IMC > 30 é considerado obesidade), no entanto, em crianças e adolescentes, a avaliação isolada do IMC é inadequada. Devem ser ponderadas as faixas etárias e o sexo, formando curvas de crescimento para o diagnóstico. Assim, de acordo com OMS (2006), o diagnóstico de sobrepeso e obesidade nessa faixa etária (0-19 anos) pode ser realizado de acordo com as curvas de escore (Z) para o IMC, ou pelos percentis (entre 85 e 97), tal como está resumido na tabela 1.

**Tabela 1** – Valores de referência para diagnóstico do estado nutricional utilizando as curvas de IMC para idade, da Organização Mundial de Saúde.

Valor encontrado na criança		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< Escore z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore z -3 e < Escore -2	Magreza
≥ Percentil 3 e < Percentil 85	≥ Escore z -2 e < Escore +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	≥ Escore z +1 e < Escore +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	≥ Escore z +2 e ≤ Escore +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore z +3	Obesidade grave

Fonte: Modificado da OMS 2006

São avaliadas também circunferência abdominal e dobras cutâneas, pois indicam de adiposidade abdominal ou central, e são importantes preditores de risco para doença cardiovascular, dislipidemia e hipertensão arterial. Portanto, monitorar esses índices é uma estratégia adequada para identificar maior risco cardiometabólico em crianças e adolescentes (SBP, 2019).

#### *2.1.4 Consequências da Obesidade na Infância*

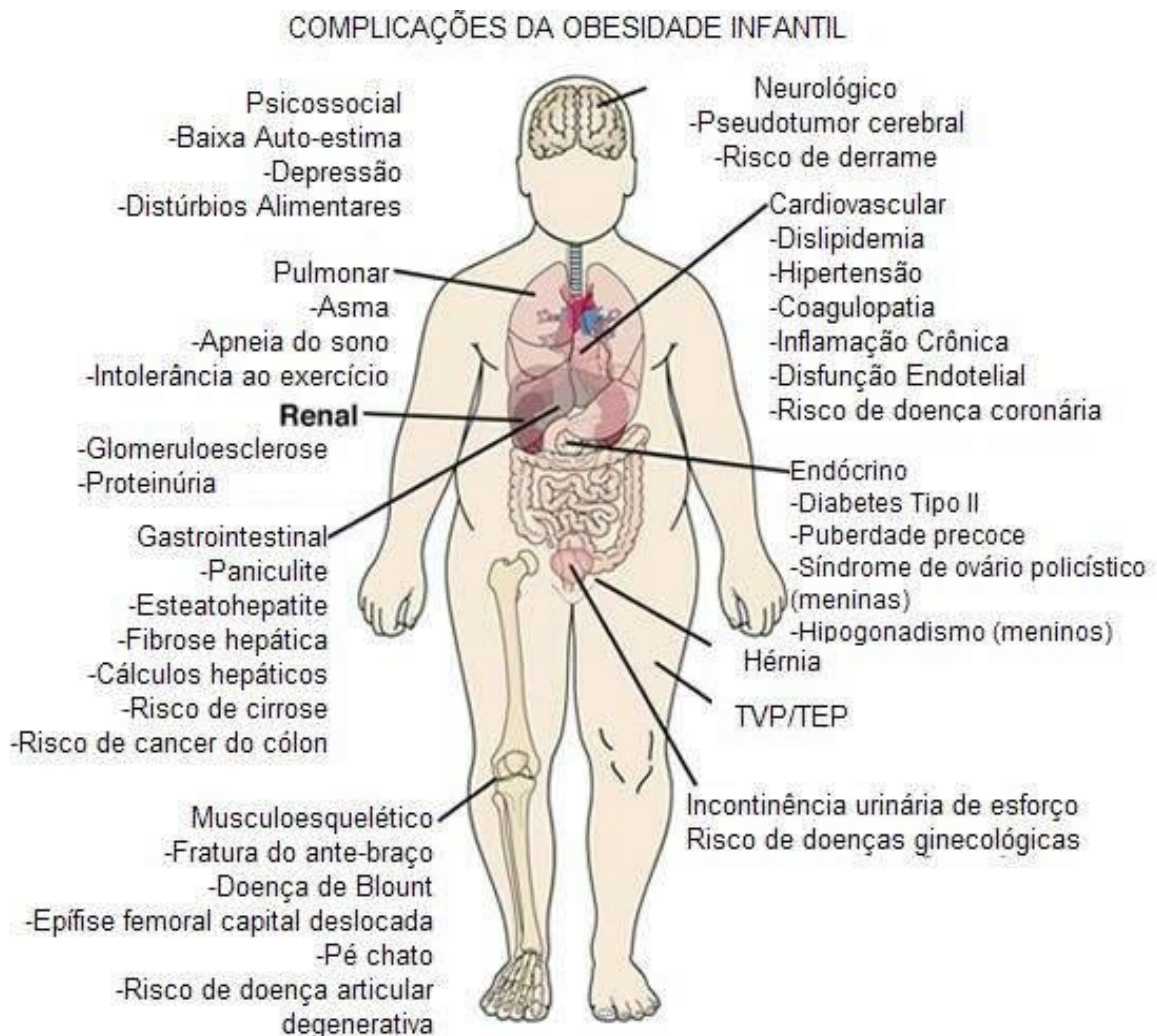
Dentre as comorbidades associadas à obesidade, há evidências de forte relação com inflamação, doença cardiovascular, processo aterosclerótico e impacto negativo na resposta imunológica. Na faixa etária entre 0 e 19 anos (crianças e adolescentes), o excesso de peso está diretamente relacionado às concentrações elevadas de insulina plasmática e dislipidemias, além de hipertensão arterial. Esse conjunto de eventos pode gerar prematuramente o surgimento de doença cardiovascular na vida adulta (ROCHA et al., 2017).

A obesidade infantil causa inflamação vascular, predispões a criança ao desenvolvimento de aterosclerose precoce. Além disso, valores de pressão arterial elevados são evidenciados. Lesões em membros inferiores caracterizam-se como outra comorbidade. Assim, os pacientes obesos com fraturas do fêmur e da tíbia têm lesões mais graves, e estão pré-dispostos a maior morbidade e mortalidade (SBP, 2019).

Na infância, a obesidade aumenta os riscos de desenvolvimento de diabetes, por promover resistência à insulina, podendo causar Diabetes Mellitus Tipo II. Além disso, essa doença obesidade representa um fator de risco para o desenvolvimento de doenças renais crônicas, como nefropatia diabética, nefrosclerose hipertensiva, além de determinar hiperfiltração e hiperperusão renal, favorecendo o acometimento de falência renal (SILVA JÚNIOR et al., 2017).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria evidencia que a obesidade em crianças e adolescentes aumenta o risco de ocorrência de hipertensão arterial e dislipidemias, aumentando a pré-disposição a eventos cardiovasculares, principalmente na fase adulta da vida. Além disso, existem relações entre a obesidade infantil e a ocorrência de doenças hepáticas, pulmonares, dermatológica e distúrbios psicológicos, que serão abordados na seção a seguir. A figura 1 resume as principais comorbidades relacionadas à obesidade infantil.

**Figura 1 – Comorbidades da obesidade infantil.**



Fonte: Modificado da SBP, 2019.

## 2.2. Tratamento e Prevenção da Obesidade Infantil

### 2.2.1 Aspectos Gerais do Tratamento

Tendo em vista sua complexidade, o tratamento da obesidade pode ser um grande desafio, especialmente na faixa etária pediátrica. Mesmo que as crianças conheçam diversos alimentos saudáveis e quais os alimentos indicados pelo país, elas ainda tendem a escolher os alimentos ricos em açúcar, gordura saturada e sal. Isso evidencia as necessidades de alterações no ambiente social. Mudanças



relacionadas à preferência alimentar podem impactar significativamente a mudança de atitude (FRANCHINI et al., 2018).

O tratamento deve ser baseado nos seguintes domínios: modificação do estilo de vida, dieta, incentivo à prática de atividade física, ajustes na dinâmica familiar e apoio psicossocial. Destaca-se ainda a importância de uma equipe multiprofissional nessa abordagem, composta pelo nutricionista, médico, educador físico, psicólogo e assistente social (SANTOS et al., 2014).

. O tratamento de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade não deve ser iniciado logo após o diagnóstico, tempo de duração da doença e a sua gravidade estão diretamente relacionados às possibilidades de persistência dessas condições na vida adulta, somado ao risco de doenças cardiovasculares, hipertensão, dislipidemias e baixa tolerância a glicose (FRANCHINI et al., 2018)..

Apesar das recomendações voltadas para o tratamento da obesidade serem indicadas tanto em consultas individuais como em grupos educativos, ressalta-se que estas orientações não devem ser vistas como regras, uma vez que a alimentação deve ser singular para cada indivíduo, família e grupo social. Portanto, se faz necessário o respeito às diferenças culturais da população (GÜNGÖR, 2014).

As recomendações são baseadas em sete diretrizes gerais e duas diretrizes especiais, a saber: Os alimentos saudáveis e as refeições; Cereais, tubérculos e raízes; Frutas, legumes e verduras (FLV); Feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas; Leite e derivados, carnes e ovos; Gordura, açúcares e sal; Água; Atividade física (diretriz especial); Qualidade sanitária dos alimentos (diretriz especial) (SBP, 2019).

Refeições saudáveis são aquelas preparadas com alimentos variados, com tipos e quantidades adequadas às diversas fases da vida, compondo refeições coloridas e saborosas. Nelas são inclusos alimentos tanto de origem vegetal e animal. A prática do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e aleitamento materno juntamente com a alimentação complementar até pelo menos os 2 anos caracterizam o início da alimentação saudável (GÜNGÖR, 2014).

Quanto à prevenção, vale destacar fatores que devem ser observados desde o pré-natal, como: orientação nutricional materna e controle do ganho de peso Corporal; cuidados que a mãe deve ter com seu ganho de peso e alimentação balanceada; e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade e hipertensão (YAN et al., 2014).

Adequadas recomendações relacionadas ao aleitamento materno e a introdução de alimentação complementar também fazem parte da prevenção da obesidade infantil. Além disso, outros fatores são importantes para a prevenção, como: monitoração de medidas antropométricas (peso corporal, circunferência abdominal e estatura); avaliação do hábito alimentar; avaliação de pressão arterial; estímulo à prática de atividade física regular; avaliação de dinâmica e estilo de vida familiar (SANTOS et al., 2014).

As consequências da obesidade infantil no público com faixa etária escolar, bem como os elevados índices do Brasil, indicam a necessidade de intervenções, com pais e crianças, de modo a promover alimentação saudável desta população. A escola é o local propício para implementação dos métodos de prevenção e controle da obesidade infantil. Portanto, o ambiente escolar tem grande influência na saúde da criança, tendo em vista longo tempo de permanência, e também por proporcionar convívio e aprendizado (PEREIRA et al., 2013).

### *2.2.2 Tratamento Dietoterápico*

A família possui um papel crucial no tratamento e prevenção da obesidade infantil. Deve-se incentivar os programas de tratamento baseados na família, que combinam atividade física, terapia de comportamento e dieta, pois efetivamente levam à redução do excesso de peso em crianças e adolescentes. Portanto, ensinar a criança de uma forma positiva e gradual a controlar a dieta e a atividade física de modo a alcançar a perda de peso. Deve-se também evitar que a criança obesa se sinta culpada pelos hábitos pessoais relacionados ao ganho de peso (KAUFMAN, 2014).

De acordo com Kaufman (2014), para um adequado tratamento nutricional em crianças e adolescentes obesos, deve-se conhecer, em suma: por que se come e por que não se come; em que momento se come; com quem se come; o que se sabe acerca do que se come; que significado tem o que se come; quais são as representações do que se come.

Em suma, para o tratamento de sobrepeso e obesidade infantil deve ser recomendada uma abordagem em estágios, facilitando o manejo do peso em criança.

A tabela 2 resume os principais estágios a serem seguidos no tratamento ditoterápico da obesidade infantil.

**Tabela 2** – Valores de referência para diagnóstico do estado nutricional utilizando as curvas de IMC para idade, da Organização Mundial de Saúde.

Estágio	Recomendações
Estágio 1	Nesse estágio são incluídas dieta e atividade física, com o aumento no consumo de frutas e vegetais e limitando as atividades sedentárias como assistir televisão, games e uso de computadores, celulares e tablets. Caso não haja melhora no IMC em 3 a 6 meses, recomenda-se passar para o próximo estágio.
Estágio 2	Recomenda-se a ingestão de alimentos com baixa densidade calórica, refeições estruturadas e refeições balanceadas, atividade física supervisionada por profissional qualificado de no mínimo 60 minutos por dia, além de restrição de atividades sedentárias. Acompanhamento com nutricionista é necessária nesse estágio, destacando-se os retornos mensais a depender da necessidade do paciente e família. De acordo com a resposta ao tratamento, deve-se considerar seguir para o próximo estágio.
Estágio 3	São necessárias mais estratégias comportamentais e monitoramento. Envolvimento dos pais de forma mais efetiva para crianças menores de 12 anos. Se faz necessário o envolvimento de uma equipe multidisciplinar com experiência em obesidade infantil incluindo um aconselhador comportamental (assistente social, psicólogo e enfermeiro especialista em trabalhos comportamentais), nutricionista registrado e educador físico qualificado. Crianças com resposta inadequada ao estágio 3 devem ser consideradas para o próximo estágio.
Estágio 4	São recomendadas dietas hipocalóricas, uso de medicamentos e/ou cirurgia. Requer uma equipe multidisciplinar especialista em obesidade infantil. Cardápios de substituição são recomendados e adaptados para a realidade dos pacientes e responsáveis.

Estratégias comportamentais que visam à diminuição no consumo total de calorias, aumento de atividade física e diminuição do tempo sedentário são as bases para o manejo ponderal da obesidade na criança e no adolescente. Além disso, a inclusão dos pais da criança ou responsáveis é recomendada para as abordagens comportamentais (SBP, 2019).

No campo da Atenção em Saúde, o nutricionista diferencia-se dos demais profissionais, pois essa categoria conjuga conhecimentos mais gerais em Saúde com conhecimentos mais específicos sobre os alimentos, prescrição dietoterápica, a técnica dietética, práticas educativas em nutrição, e outros. Portanto, o nutricionista trabalha na aplicação cotidiana desses princípios, contribuindo na construção de práticas que vão desde o momento da compra do alimento até o preparo, distribuição e consumo, nos mais diversos espaços sociais (BRASIL, 2014)

### *2.2.3 Tratamento Farmacológico*

Os medicamentos que visam à perda de peso foram desenvolvidos para serem utilizados juntamente com alterações no estilo de vida, como prática de atividade física e hábitos alimentares saudáveis. O uso isolado desses fármacos não é recomendado. Além disso, vale salientar que no Brasil não existem fármacos antiobesidade direcionados e aprovados para uso pediátrico. No entanto, a intervenção terapêutica com esses fármacos pode ser realizada de forma limitada nesse público quando existem comorbidades associadas a obesidade grave, tais como compulsão alimentar, depressão e outros transtornos psiquiátricos (SBP, 2019).

As possibilidades medicamentosas para o combate à obesidade podem ser divididas em 2 grupos: medicamentos antiobesidade, como sibutramina e orlistate; e medicamentos com ação indireta sobre a obesidade, como ISRS (Inibidores seletivos de receptação de serotonina – fluoxetina), e ritalina (metilfenidato). A sibutramina promove inibição da recaptção da serotonina, dopamina e noradrenalina no hipotálamo, causando saciedade precoce, além do aumento do gasto energético. Sua eficácia é reconhecida a partir dos 12 anos de idade (FRANCO et al., 2014).

O Orlistate atua reduzindo até 30% da absorção da gordura ingerida, por meio da inibição da ação da lipase pancreática. Os ISRS inibem de forma potente e seletiva a recaptação de serotonina, potencializando a neurotransmissão serotoninérgica, dessa forma, podem ser utilizados nos casos nos transtornos de compulsão alimentar, depressão e nos transtornos de ansiedade (MILLER et al., 2015).

O mecanismo de ação das drogas psicoestimulantes, como o metilfenidato baseia-se no estímulo de receptores alfa e beta-adrenérgicos diretamente, ou a liberação de dopamina e noradrenalina dos terminais sinápticos de forma indireta. A indicação para o uso de metilfenidato é em crianças maiores de 6 anos para o tratamento de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (SBP, 2019).

### **3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO**

O presente trabalho trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e qualitativo. O estudo será realizado entre Fevereiro e Novembro de 2021. Como descritores serão utilizados: “obesidade”, “criança” e “fatores psicológicos”, bem como seus correspondentes em inglês. As buscas serão empreendidas nas seguintes bases de dados eletrônicas: MEDLINE, LILACS E SCIELO. Também serão utilizados livros e plataformas eletrônicas do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

Como critérios de inclusão destacam-se: textos cujas abordagens estejam voltadas para a temática proposta; textos publicados entre 2012 e 2021; textos em português ou inglês; textos completos; artigos de revisão. Após a leitura, trabalhos que não condizem com a temática proposta serão desconsiderados.

A análise dos dados caracteriza-se como uma análise descritiva, que se baseia na leitura criteriosa das principais evidências contidas nos textos analisados.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

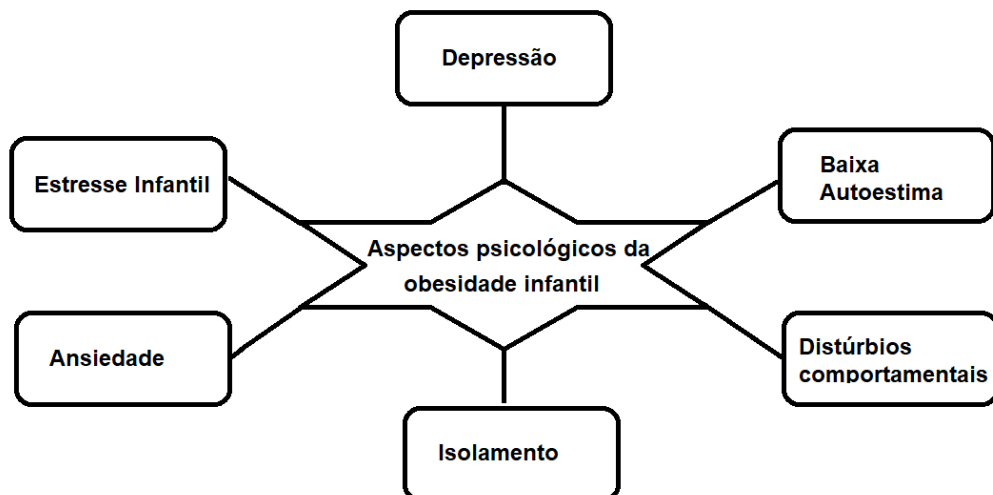
### 4.1. Aspectos Psicológicos Relacionados à obesidade

Além das patologias, a obesidade pode estar associada a modificações no comportamento alimentar e transtornos psicológicos. Ao se comparar crianças que são tratadas com as que não são tratadas de obesidade, pode-se evidenciar que o grupo em tratamento apresenta problemas comportamentais e emocionais mais acentuados e sofrem com maior frequência de transtornos mentais. Isso caracteriza uma maior vulnerabilidade em grupos clínicos de crianças obesas (ROCHA et al., 2017).

A obesidade não é apenas uma questão de saúde física decorrentes do excesso de gordura corporal, mas destacam-se nessa condição problemas psicológicos resultantes de comentários maldosos (*bulliyng*) de colegas, que diminuem a autoestima da criança. Também, a própria ausência de autoaceitação e a sensação de estar fora dos padrões observados são fatores relacionados aos distúrbios psicossociais (GONÇALVES; SILVA; ANTUNES, 2012).

Assim como ocorre em adultos, crianças obesas estão propensas a apresentar distúrbios comportamentais, baixa autoestima e depressão. Assim, elas podem compensar o sofrimento emocional por meio da ingestão compulsiva de alimentos (ROCHA et al., 2017). A figura 2 esquematiza alguns dos principais aspectos psicológicos relacionados à obesidade infantil.

**Figura 2** – Aspectos psicológicos relacionados à obesidade infantil.



Diante dos problemas psicológicos relacionados à obesidade, o tratamento de condição pode ser um grande desafio. São necessárias alterações no ambiente social. Apenas a indicação da escolha alimentar para as crianças não promove a mudança de atitude. Faz-se necessária a intervenção de equipes multiprofissionais de modo a aumentar a eficiência do tratamento da obesidade infantil (PINTO; NUNES; MELLO, 2016).

Do ponto de vista nutricional, a obesidade infantil tem se mostrado um problema de elevada complexidade, a inserção da educação alimentar e nutricional deve ser realizada individualmente, coletivamente no ambiente familiar e coletivamente nas escolas. Esta última tem sido uma alternativa eficaz e fundamental para a formação de bons hábitos alimentares (FRANCHINI; SCHMIDT; DEON, 2018).

Portanto, deve ser avaliada a necessidade de tratar sedentarismo, a compulsão alimentar, promover adequada intervenção nutricional, incentivar atividade física e tratar eventuais distúrbios como: depressão, ansiedade, estresse (ROCHA et al., 2017).

## **4.2. Implicações Psicossociais da Obesidade Infantil**

A obesidade em crianças e adolescentes traz diversas implicações psicossociais à vida do indivíduo, estando relacionada com o comprometimento de sua saúde psicológica e social. Esta condição é considerada um fator de risco que afeta a autoestima, devido à estigmatização, do sentimento de fracasso, da dificuldade de autoaceitação corporal, de inferioridade e da vivência do *bullying* No ambiente social no qual o indivíduo está inserido (ROCHA et al., 2017).

### *4.2.1 Saúde mental e o impacto do bullying para crianças e adolescentes com obesidade*

A saúde mental na obesidade vem sendo cada vez mais discutida. Entende-se que a fisiopatologia da obesidade está diretamente relacionada ao adoecimento biopsicossocial nos quais hábitos de vida, estados emocionais e experiências



traumáticas podem desregular os sistemas neuroimunoendócrinos (ROCHA et al., 2017).

A literatura aponta semelhança em relação às alterações emocionais de depressão, ansiedade, autoestima, irritabilidade, imagem negativa do corpo e sofrimento psíquico associado ao *bullying* como sendo consequência da obesidade na infantil ou na adolescência. O *bullying* é um termo da língua inglesa, introduzido à língua portuguesa, caracterizado por um ato agressivo verbal ou físico, de modo repetido e intencional, cujo intuito é humilhar, intimidar, excluir, independente de motivação. No contexto da obesidade, o estigma corporal é facilmente observável na prática de *bullying* (SCUTTI et al., 2014).

A prática do *bullying* causa ansiedade e depressão nas crianças e adolescentes obesos, e são apontadas como causa do abandono do tratamento da obesidade, pois estes sintomas afetam negativamente a vida destes atores. É comum nesses casos a presença do isolamento social e da ansiedade em querer emagrecer de forma rápida. Esta, quando não obtida, repercute diretamente em desistência (SCUTTI et al., 2014).

Nessa diretriz, evidencia-se que os principais sinais mentais relacionados à saúde do obeso são ansiedade, depressão e vestresse. Estes aspectos geralmente estão relacionados com a insatisfação corporal, baixa autoestima e percepção negativa de autoimagem, considerados fatores de risco para estados mais graves de reações ansiosas e depressivas. Portanto, muitos desses indivíduos necessitam de apoio psicossocial para um adequado manejo da obesidade (TURCO et al., 2013).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Destaca-se que os resultados deste trabalho apontam para a existência de consequências psicossociais no desenvolvimento humano das crianças e adolescentes obesos. Evidencia-se que crianças e adolescentes obesos apresentam sintomas de ansiedade, depressão e estresse, oriundos das relações interpessoais, em virtude dos padrões estigmatizados na sociedade. Percebe-se também a importância do apoio familiar, no que diz respeito aos suportes afetivos e emocionais, pois isso pode interferir na autoestima a criança obesa.

Foi possível destacar a relevância de mais pesquisas sobre o fenômeno da obesidade na faixa etária avaliada neste estudo, de modo a complementar os achados aqui descritos. Isso pode contribuir para aprofundar os conhecimentos relacionados aos aspectos psicossociais que resultam da obesidade na infância e adolescência.

Por fim, pode-se destacar também a importância e o papel do nutricionista no manejo de crianças e adolescentes obesos, de modo a contribuir com uma adequada redução do peso corporal.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Cadernos de Atenção Básica, n. 38, Brasília, 2014.

CAMARGO, A. P. P. M.; BARROS, F. A. A.; ANTONIO, M. A. R. G. M.; GIGLIO, J. S. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 323-33, 2013.

CAMARGOS, A. C. R. et al. Prevalência de sobrepeso e de obesidade no primeiro ano de vida nas Estratégias Saúde da Família. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 32-38, 2019.

CORSO, A. C. T. et al. Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e a obesidade em escolas do estado de Santa Catarina. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 29, n. 1, p.117-131, 2012.

FONSECA, J.G.; DRUMONS, M.G. O consumo de alimentos industrializados na infância. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6. n. Especial. 2018.

FRANCHINI, L. A.; SCHMIDT, L.; DEON, R. G. Intervenção nutricional na obesidade infantil. **Perspectiva**, m. v. 42, n.157, p. 151-160, 2018.

FRANCO, R. R.; COMINATO, L.; DAMIANI, D. O efeito da sibutramina na perda de peso de adolescentes obesos. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 58, n.3, pp.243-250, 2014.

FRIEDRICH, R. R.; SCHUCH, I.; WAGNER, M. B. Efeito de intervenções sobre o índice de massa corporal em escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 551 – 560, 2012.

GONÇALVES, S.; SILVA, D.; ANTUNES, H. Variáveis psicossociais no excesso de peso e na obesidade infantil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 2, p. 1–11, 2012.

GÜNGÖR, N. K. Overweight and obesity in children and adolescents. **J Clin Res Pediatr Endocrinol.**, v. 6, p. 129-43, 2014.

KAUFMAN, A. Aspectos psicológicos e sociais da obesidade infantil. **Evidências em obesidade**, n. 71, 2014.

MARENO, N. Parental perception of child weight: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 70, n. 1, p. 34-45, 2014.

MARIZ L. S. et al. Causas de obesidade infantojuvenil: reflexões segundo a teoria de Hannah Arendt. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 891-7, 2015.

MILLER, M.L.; WRIGHT, C.C.; BROWNE, B. Lipid-lowering medications for children and adolescents. **J Clin Lipidology**, v. 9, p. 67-76, 2015.

MORAES, J. M., CARAGNATO, R. C. A.; SCHNEIDER, D. S. Qualidade de vida antes e após a cirurgia bariátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, 27, 157-164, 2014.

NASCIMENTO, V. G. et al. Aleitamento materno, Introdução precoce de leite não materno e excesso de peso na idade pré-escolar. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34 n. 4, p.454-459, 2016.

OLIVEIRA, M. F & FANARO, G. B. Aleitamento materno na prevenção de sobrepeso, obesidade infantil e alergias. **Revista Brasileira de Nutrição clínica**, v. 30 n. 4, p. 328-37, 2015.

PEREIRA, H. R. C. et al. Obesidade na criança e no adolescente: quantas calorias a mais são responsáveis pelo excedente de peso? **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 2, p. 252-257, 2013.

PINTO, R. P.; NUNES, A. A.; MELLO, L. M. Análise dos fatores associados ao excesso de peso em escolares. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 4, p. 460-468, 2016.

ROCHA, Marília et al. Aspectos psicossociais da obesidade na infância e adolescência. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 3, p. 712-723, 2017.

SANTOS et al. Perspectivas atuais no tratamento da obesidade infantil. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 5, n. 2, p.09-16, 2014.

SCUTTI, C. S.; SEO, G. Y.; AMADEU, R. S.; SAMPAIO, R. F. O enfrentamento do adolescente obeso: a insatisfação com a imagem corporal e o bullying. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 16, p. 130-133, 2014.

SILVA JÚNIOR, G. B.; BENTES, A. C.; DAHER, E. D.; MATOS, S. M. Obesidade e doença renal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 39, n. 1, p. 65-69, 2017.

RODRIGUES, V.M & FIATES, G.M.R. Hábitos alimentares e comportamento de consumo infantil: influência da renda familiar e do hábito de assistir à televisão. **Revista de Nutrição**, v. 25 n. 3, p. 353-362, 2012.

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. RJ: SBP, 2018. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/nutrologia-e-suporte-nutricional>. Acessado em 15-03-2021.

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento de Nutrologia. **Obesidade a infância e adolescência** – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de

Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 3ª. Ed. – São Paulo: SBP. 2019. 236 p.

TURCO, G.; BOBBIO, T.; REIMÃO, R.; ROSSINI, S.; PEREIRA, H.; BARROS FILHO, A. Quality of life and sleep in obese adolescents. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 71, p. 78-82, 2013.

WHO - World Health Organization. **WHO Child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development**. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>. Acesso em 10-03-2021.

YAN, J.; LIU, L.; ZHU, Y.; HUANG, G., WANG, P. P. The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 14, p.1267, 2014.