



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Redeenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Luana Moura Sousa

OBESIDADE INFANTIL: Uma reflexão do *Bullying* através da Terapia Cognitivo –
Comportamental

Palmas – TO

2017

Luana Moura Sousa

OBESIDADE INFANTIL: Uma reflexão do *Bullying* através da Terapia Cognitivo –
Comportamental

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. Me Iran Johnathan Silva Oliveira

Palmas – TO

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca do Centro Universitário Luterano de Palmas - TO

S725o Sousa, Luana Moura

Obesidade Infantil: Uma reflexão do Bullying através da Terapia
Cognitivo – Comportamental / Luana Moura Sousa – Palmas, 2017.
38 fls.

Monografia (TCC) Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharel em Psicologia - Centro
Universitário Luterano de Palmas, 2017/2

Orientador (a): Prof. Me Iran Johnathan Silva Oliveira

1 . Obesidade Infantil. 2. Família. 3. Bullying. I. Oliveira, Iran Johnatan II. Título. III.
Psicologia.

CDD:159.9

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária – Maria Madalena Camargo – CRB 2/1527
Todos os Direitos Reservados – A reprodução parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio
deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº
9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código penal.

Luana Moura Sousa

OBESIDADE INFANTIL: Uma reflexão do *Bullying* através da Terapia Cognitivo –
Comportamental

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II
elaborado e apresentado como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel em Psicologia
pelo Centro Universitário Luterano de Palmas
(CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. M.e Iran Johnathan Silva Oliveira

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. M.e Iran Johnathan Silva Oliveira

Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. M.e Rosângela Veloso de Freitas Morbeck

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof. M.e Marta Cristina de Menezes Pavlak

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2017

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, sempre me fortalecendo na busca de grandes conquistas.

Aos meus queridos pais Aivaldo e Regina por me dar asas para voar, acreditando sempre no meu potencial e apoiando minhas decisões.

A professores e acadêmicos do curso de Psicologia, pelo convívio, troca de experiências, incentivos e carinho de todos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força e coragem durante toda essa longa caminhada. A minha família que sempre será a base de tudo, grata pelo amor, carinho e apoio de todos. Ao meu esposo, pelo incentivo nos momentos difíceis de desânimo e cansaço.

Ao meu mestre, supervisor de estágio e orientador de TCC, Iran Johnathan, obrigada pelas orientações, pelos ensinamentos ao longo das supervisões, ou em sala de aula, por ter paciência e compreensão nesse processo tão delicado, durante a finalização de uma etapa de grande importância na academia, receber seu incentivo e apoio foi gratificante para a conclusão desse ciclo.

Os professores (as) são como grandes mestres, com quem aprendemos muito sobre a vida, dentro ou fora da sala de aula. Muito obrigado, Iran Johnathan, Renata Bandeira, Izabela Querido e Carolina Cótica, grata por toda a dedicação, paciência e inspiração de todos vocês.

Agradeço à professora Amanda Beligni pelo incentivo na temática do trabalho, pelo conhecimento e desenvolvimento apresentado na perspectiva Terapia Cognitivo – Comportamental.

Aos acadêmicos de psicologia que estive desde o início dessa jornada, até o momento, pelas alegrias e tristezas compartilhadas, experiências vivenciadas, agradeço a todos carinhosamente pelas palavras de apoio nos momentos de dificuldade.

Precisamos, antes de tudo, “[...] sensibilizar crianças e pais para os malefícios da obesidade e de como se pode prevenir dela através da alimentação saudável e exercício físico, que se revestem de particular importância para a saúde [...]” (PRAZERES; FONSECA, 2010, p. 123).

RESUMO

SOUSA, Luana Moura. **Obesidade Infantil: Uma reflexão do *Bullying* através da Terapia Cognitivo – Comportamental**. 2017. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2017.

A presente pesquisa propõe discutir sobre obesidade na população infantil e possíveis fatores que influenciam na qualidade de vida. Sendo os fatores psicológicos, ambientais e fatores no âmbito escolar, são identificadas neste ambiente representações e tipos de *Bullying* atribuídos as crianças. O objetivo geral dessa pesquisa é identificar o prejuízo emocional na vida da criança obesa e destacar a contribuição do psicólogo cognitivo – comportamental no tratamento da obesidade infantil. A obesidade tem se tornado habitual na população infantil causando inúmeros problemas de saúde. Diante dessa situação será utilizada a metodologia de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa através de artigos científicos sobre Obesidade Infantil, publicados nos bancos de dados da internet nos anos 1964 a 2016. Esta pesquisa apresenta o quanto precisamos intervir na prevenção e no combate da Obesidade Infantil e de forma ampla expandir formas eficientes para informar a sociedade sobre as consequências causadas. Percebeu-se que o ambiente social conflituoso pode trazer danos à saúde emocional da criança obesa, gerando maior consumo de alimentos, para possivelmente aliviar a pressão emocional da mesma na maioria dos casos. Diante desse estudo reflexivo, convém ser valorizada a intervenção na vida da criança obesa, a partir da família em conjunto com a escola e a psicoterapia, afim de implantar estratégias para melhoria e bem-estar significativo na redução de conflitos.

Palavras-chave: Obesidade Infantil. Família. *Bullying*. Psicologia.

ABSTRACT

SOUSA, Luana Moura. **Childhood Obesity: A reflection of *Bullying* through cognitive behavioral therapy**. 2017. 38 f. Course completion Work (graduation) – Psychology course, Lutheran University Center of Palmas, Palmas/TO, 2017.

This research proposes discussing obesity in the infant population and possible factors influencing the quality of life. Being the psychological factors, environmental and school-level factors, are identified in this environment depictions and types of *Bullying* attributed to children. The general purpose of this research is to identify the emotional injury in the life of the obese child and highlight the contribution of cognitive psychologist – behavioural in the treatment of infant obesity. Obesity has become habitual in the infant population causing countless health problems. In this situation, the methodology of a bibliographical survey of qualitative approach is used by scientific articles on childhood obesity, published in the Internet databases in the years 1964 to 2016. This research shows how much we need to intervene in the prevention and combat of infant obesity and extensively expand efficient ways to inform society about the consequences caused. It was realized that the confrontational social environment could bring damage to the emotional health of the obese child, generating higher food consumption, to possibly alleviate the emotional pressure of it in most cases. Faced with this reflective study, the intervention in the life of the obese child should be valued, from the family in conjunction with the school and psychotherapy, in order to implement strategies for improving and well-being in the reduction of conflicts.

Keywords: Childhood Obesity. Family. Bullying. Psychology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráficos

Gráfico 1 – Evolução da frequência de excesso de peso no Brasil entre crianças e adolescentes.	14
Gráfico 2 – Avaliação do Inventário de Depressão Infantil.....	16
Gráfico 3 – Problemas Psicológicos e Psicodinâmicos de Crianças Obesas.	17
Gráfico 4 – Problemas Psicológicos e Psicodinâmicos de Obesidade Infantil.....	19

Quadro

Quadro 1 – Intervenções Fundamentais.....	25
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychological Association
CDI	Inventário de Depressão Infantil
CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
EPACI	Estudo do Padrão e de Crescimento Infantil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
TCC	Terapia Cognitivo – Comportamental
TV	Televisão
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 Obesidade e Desenvolvimento.....	13
2.2 Fatores Psicológicos	15
2.3 Fatores Ambientais na perspectiva Familiar.....	17
2.4 Fator Social no Âmbito Escolar	19
2.5 Prevenção da Obesidade Infantil	22
2.6 Tratamento da Obesidade Infantil	23
3 METODOLOGIA	28
3.1 Desenho do Estudo (Tipo De Estudo).....	28
3.2 Procedimentos	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A obesidade tem se tornado comum e crescente na população infantil causando inúmeros problemas de saúde (NASCIMENTO, 2012). Avalia-se que 41 milhões de crianças menores de 5 anos sejam obesas ou estejam acima do peso no mundo (ONU, 2017) segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo um dos problemas mais complexos do século XXI (OMS, 2004).

De acordo com Barbosa (2004) a obesidade relaciona-se à condição na qual o indivíduo expõe quantidade excessiva de gordura corporal. O aumento do peso corporal é uma visibilidade do acúmulo da gordura em excesso no tecido adiposo, mas não significa essencialmente que o indivíduo esteja obeso.

A desnutrição, embora ressaltante, vem diminuindo, e a obesidade e decorrências a ela relacionados, vêm crescendo. Isto acontece em partes devido à transformação nos padrões alimentares da sociedade (TORRES; FURUMOTO; ALVES, 2010).

Durante as últimas décadas, aconteceram alterações no modo de vida e no hábito alimentar da população infantil que aumentaram as chances das crianças se tornarem obesas. Esse manifesto pode estar acompanhado ao desmame precoce, a comportamentos inadequados na alimentação infantil, e ao consumo elevado de alimentos com alto teor de açúcar e gordura (BARBOSA, 2004).

Na opinião de um indivíduo desconhecedor sobre o assunto, diz habitualmente que a criança obesa é vista como saudável e bonita. Contudo a obesidade é um problema de saúde que causa o desenvolvimento de várias patologias, como os problemas cardiovasculares, a hipertensão arterial, infecções e o diabetes, podendo até levar à óbito. Existe uma grande probabilidade de a criança obesa se tornar um adolescente obeso, e em seguida, um adulto obeso (LUIZ; GORAYEB, 2002).

A Obesidade traz consequências diante ao comportamento social da criança obesa, causando prejuízos na saúde social e psicológica influenciando nas interações sociais, tal processo que acaba limitando algumas atividades do cotidiano, como ir à praia, brincar com os amigos, sair com a família. Existe então uma percepção negativa do seu corpo e de sua vida, ocorre o isolamento e afastamento para com o outro (SORAIA; MAGALHÃES, 2010).

Além desses problemas de saúde, as crianças obesas constantemente sofrem "*bullying*" por parte dos colegas, com isso se sentem envergonhadas excluídas do grupo, e podem demonstrar características de transtornos psicológicos tais como depressão, ansiedade e dificuldade de adaptação social (LUIZ et al. p.37, 2005).

Portanto na perspectiva teórica da Terapia Cognitivo – Comportamental a maneira como os indivíduos percebem e processam cognitivamente a realidade influenciará a maneira como eles se sentem e se comportam. Portanto a Obesidade Infantil seria a ocorrência de uma sequência de comportamentos, hábitos e crenças inadequados, desenvolvidos no decorrer da vida do indivíduo e capazes de modificações (SANTOS; MARANHÃO; BATISTA, 2016).

A partir destas considerações, visa-se responder a seguinte pergunta: a utilização da Terapia Cognitivo – Comportamental vai corresponder as necessidades de tratamento da criança obesa, a qual sofre *bullying* no ambiente social?

A pesquisa tem como objetivo geral identificar o prejuízo emocional na vida da criança obesa e destacar a contribuição do psicólogo no tratamento da obesidade infantil. Alguns objetivos específicos é definir a obesidade na infância e mostrar os fatores de risco do *bullying*, conferir se há motivos de discriminação com a criança obesa no âmbito Escolar, analisar o relacionamento familiar como desencadeante da Obesidade Infantil e mostrar as técnicas que a Terapia Cognitivo – Comportamental (TCC) utiliza como alternativa de tratamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 OBESIDADE E DESENVOLVIMENTO

A obesidade é conceitualmente considerada como o acúmulo de tecido gorduroso, situado em todo o corpo, determinado por doenças genéticas, endócrino-metabólicas ou por variações nutricionais (FISBERG, 1995).

Falar em etiologia multifatorial da obesidade significa avaliar como causalidade variáveis biológicas, genéticas, ambientais, sociais, culturais e por fim psicológicas, em múltiplos aspectos que perpassam desde o comportamento até a chamada psicologia dinâmica. A obesidade é considerada de dois modos como endógena, decorrente de outras doenças, por exemplo as síndromes genéticas e as alterações endocrinológicas, ou exógena, resultante de ingestão excessiva de alimentos, quando comparada à necessidade energética do sujeito. A obesidade endógena é responsável por apenas 1,0% dos casos de obesidade e os 99,0% restantes são estimados de causa exógena, ou seja, com predominância da influência de fatores ambientais (DAMIANI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2000).

Quanto aos fatores endógenos biológicos, estudos realizados por Orera (1997), buscaram a causalidade das variáveis, em múltiplos enfoques e que apenas 5% dos casos de obesidade infantil se enquadram nessa definição, com primazia para o fator genético que se manifesta como uma predisposição metabólica para ganhar peso. A herança genética numa família com histórico de obesidade é estimada em 50 a 80% de probabilidade de que os filhos venham a ser obesos em alguma etapa da vida.

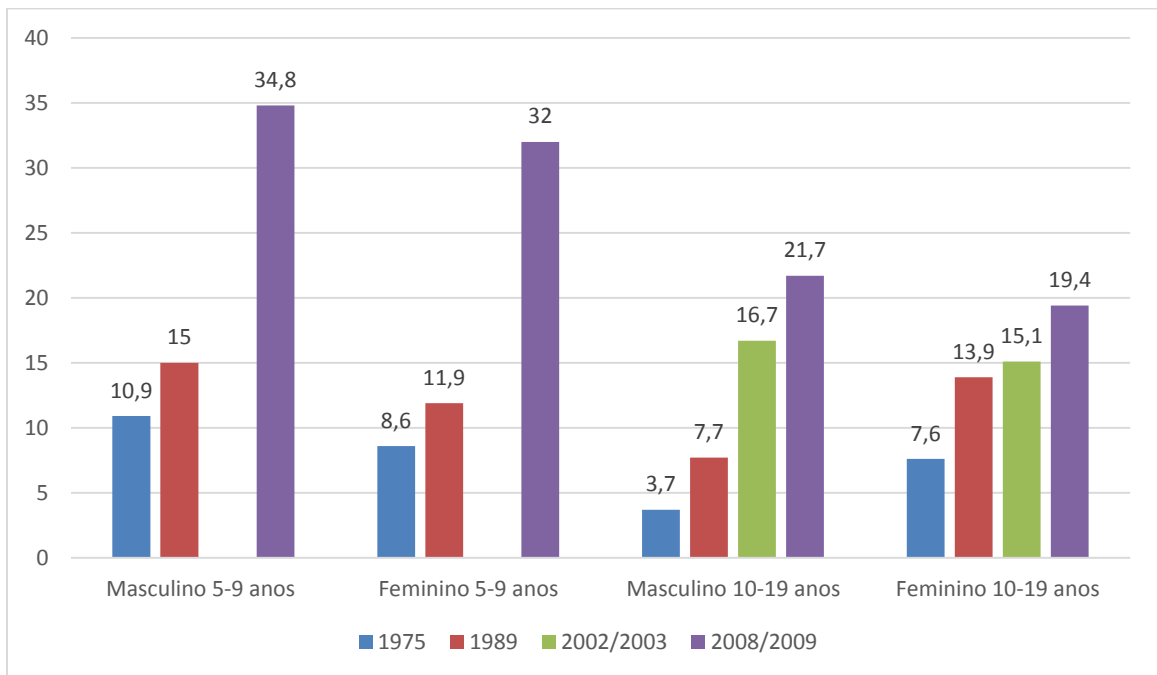
Strauss (1999) cita que a proporção de obesidade infantil que prevalece como obesidade moderada na fase da vida adulta é de 15,0% a 20,0%, e que esses números aumentam à medida que a criança cresce.

Em 2010, o estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* encontrou uma prevalência de 30,2% de excesso de peso (incluindo obesidade) e 14,3% de obesidade em crianças de 6-8 anos em todo o mundo. Já o Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil (EPACI) revela uma prevalência de cerca de 38% de excesso de peso (incluindo obesidade) e de 6,5% de obesidade em crianças dos 12-36 meses de vida (EPACI, 2010 apud RITO, 2012; NAZARETH, 2013).

Dados obtidos nos anos 2008 e 2009 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) mostram, pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) que

uma entre três crianças com idade entre cinco e nove anos está acima do peso recomendado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde. Este índice é mais elevado entre a população de baixa renda e com escolaridade inferior a oito anos de estudos. No gráfico abaixo pode-se observar a evolução das crianças que estão acima do peso.

Gráfico 1 – Evolução da frequência do excesso de peso no Brasil entre crianças e adolescentes.



Fonte: POF 2008-2009 – IBGE – Períodos 1974-1975, 1989, 2002-2003 e 2008-2009.
<<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/25/552fe98518b8a.pdf>>

Portanto através dos dados expostos, é possível analisar a população do sexo masculino, com faixa etária de 5-9 anos que estavam acima do peso, mais que dobrou entre 1989 a 2009, passando de 15% para 34,8%. Entre as meninas nos respectivos anos, que estavam acima do peso, os números são alarmantes, passando de 11,9% para 32% no grupo de 5-9 anos de idade (IBGE, 2010).

Segundo Cunha (2000) as complicações da obesidade na infância, variam entre problemas ortopédicos, respiratórios, como hipoventilação e apneia, doenças cardiovasculares, dores abdominais relacionada à doença na vesícula, problemas endocrinológicos, como ovário policístico e diabetes.

A respeito das condições de saúde na infância, foi observado que as crianças obesas apresentam mais problemas do que as crianças de peso normal, como maior

predomínio de dificuldades de sono, dor de cabeça, dor de estômago, alterações no apetite, desânimo, agressividade e baixo desempenho escolar (APA, 2010).

“Há estudos que afirmam que os hábitos nutricionais da mãe no último trimestre da gravidez podem modificar a composição corporal do feto em desenvolvimento” (SOARES; PETROSKI, 2003, p. 64).

A obesidade no início e durante a gravidez, o aumento excessivo de peso da mãe e o consumo de álcool e outras drogas são exemplos de fatores de risco para a obesidade infantil no período da gravidez (BIRCH; PARKER; BURNS, 2011).

2.2 FATORES PSICOLÓGICOS

A Obesidade Infantil é um processo dinâmico no qual a cognição, o comportamento e a emoção interagem reciprocamente, sofrendo ainda a influência das atitudes parentais, atividade física, padrão nutricional e estresse familiar (PUDER; MUNSCH, 2010).

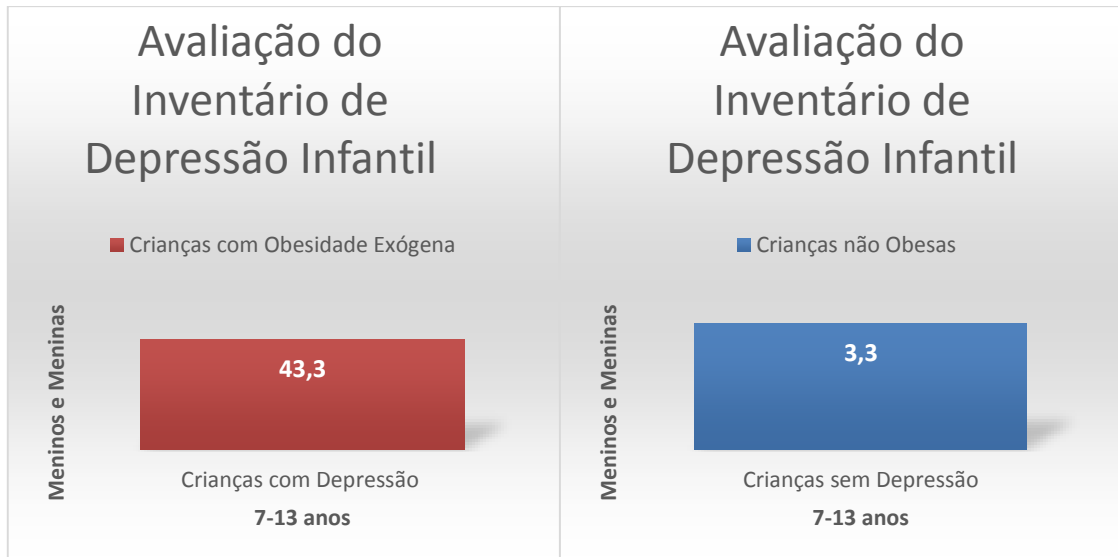
Fatores psicológicos relacionados à etiologia da obesidade estão associados a sofrimento psíquico que trazem danos à saúde emocional da criança obesa, quanto quadros de depressão e ansiedade generalizada se instalarem. São diversas consequências psíquicas dessa psicodinâmica. Sentimentos de desprezo e inferioridade para consigo são comuns em crianças com obesidade. Características de personalidade tais como dependência, passividade, imaturidade e baixa autoestima possuem alta correlação com a obesidade infantil, o que se articula com a dinâmica psicossocial da criança, podendo acarretar tristeza e solidão. Dificuldades no convívio social são frequentemente relatadas (MISSHIMA; BARBIERI, 2009).

Segundo Luiz, Gorayeb e Júnior (2010) esclareceram de acordo com pesquisas na avaliação do Inventário de Depressão Infantil (CDI) que é um instrumento de autorrelato, ele avalia sinais cognitivos, afetivos e comportamentais de depressão em crianças (KOVACS, 1982), evidencia maior número de crianças obesas com sintomas de depressão, quando comparadas com as crianças não obesas. A bibliografia estabelece que a depressão pode ser diagnosticada nas crianças obesas, assim como nas pessoas que tenham outros problemas crônicos de saúde, distúrbios endocrinológicos e neurológicos (LUIZ; GORAYEB; JÚNIOR, 2010 apud ANTON et al., 2006; MIYAZAKI, 1993; ROSE, 1988; VAN; BRAET; MELS, 2008).

No gráfico abaixo identifica-se, uma maior dimensão de sintomas depressivos entre as crianças obesas do que entre as crianças de peso adequado e algumas diferenças entre os sexos, não apresentando, portanto, um acordo, já que poucos

estudos mostram uma estabilidade de sintomas depressivos entre as meninas e os meninos (LUIZ; GORAYEB; JÚNIOR, 2010).

Gráfico 2 – Avaliação do Inventário de Depressão Infantil.



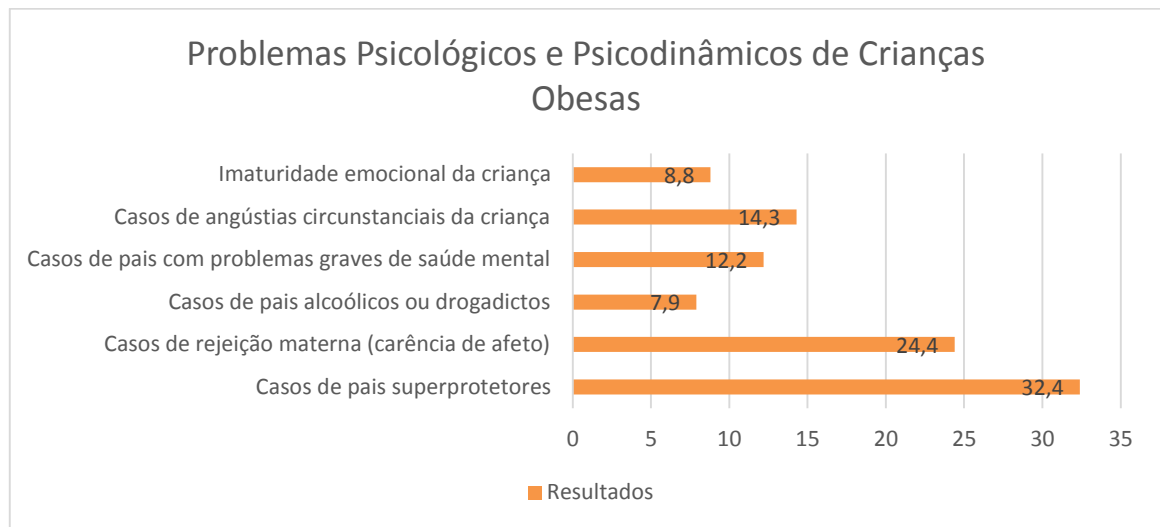
Fonte: LUIZ; GORAYEB; JÚNIOR, (2010).

De acordo com Luiz, Gorayeb e Junior (2010) no gráfico de Avaliação do Inventário de Depressão Infantil, evidenciou-se maior número de crianças obesas com sintomas de depressão, possuiu uma diferença significativa entre crianças obesas e não obesas, em relação as variáveis psicológicas constatadas.

Decaluwé et al. (2006) averiguaram a relação das características e dos comportamentos dos pais aos problemas psicológicos das crianças obesas, e evidenciaram que essa relação acontece não somente de forma direta, com comportamentos de agressividade ou dificuldades no ambiente escolar, mas também de forma indireta, como transtornos de depressão, ansiedade, retração social entre outros.

Segundo Magalhães, Belloto e Ancona (2014) os comportamentos inadequados dos pais são demonstrados através do gráfico problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças obesas, a partir dele é apresentado os problemas que as crianças obesas sofrem de acordo com a história de vida do indivíduo e das características do ambiente em que o indivíduo vivencia.

Gráfico 3 – Problemas Psicológicos e Psicodinâmicos de Crianças Obesas.



Fonte: MAGALHÃES; BELLOTO; ANCONA, (2014).

No gráfico acima é exposto os problemas psicodinâmicos mais frequentes vivenciados pela criança obesa, os principais foram os relacionados a casos de pais superprotetores, e por seguinte, os relacionados à rejeição materna. O ambiente familiar perturbador induz a criança a estados de depressão e ansiedade, apresentando dificuldades no ambiente escolar, e demonstrando comportamento agitado e agressivo (MAGALHÃES; BELLOTO; ANCONA, 2014).

Luiz et al. (2005), confirmam que as consequências do estudo indicam a necessidade da inserção do psicólogo em programas que lidem com medidas preventivas, visto que de tal maneira a obesidade está fortemente correlacionada a problemas emocionais, e ao sofrimento. As medidas preventivas são extensas e podem incluir campanhas que abordem as pessoas estigmatizadas, transformação no estilo de vida e orientação especial para pais ou responsáveis, profissionais de saúde professores, e toda a comunidade.

2.3 FATORES AMBIENTAIS NA PERSPECTIVA FAMILIAR

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2008) é possível identificar nas famílias de crianças obesas a apresentação de vínculos disfuncionais que se demonstram em comportamentos de superproteção, exagero de dependência e cuidados pelos pais ou responsáveis, nas quais as trocas afetivas acontecem quase exclusivamente por meio da alimentação.

A obesidade infantil é uma dificuldade tanto da área cultural como na saúde, pois as modificações sociais têm levado a uma alimentação rápida e inadequada, contribuindo para o aumento do sobrepeso e obesidade, afetando, assim, a qualidade de vida desses sujeitos (STRAUSS, 1999).

A literatura aponta como fator de ameaça para a obesidade infantil o fato de os pais serem obesos. Pode-se relacionar a obesidade infantil às questões de aprendizagem de hábitos alimentares e da reedição da obesidade a partir da assimilação com os pais (TASSARA; NORTON; MARQUES, 2010; OLIVEIRA; CUNHA; FERREIRA, 2010). Comportamentos ansiosos, como o consumo alimentar excessivo, comer depressa e comer em frente à televisão, também foram associados à obesidade. Então concluiu-se que os hábitos de vida familiar são os fatores de intervenção mais importantes no tratamento de sobrepeso e da obesidade infantil; concluiu-se ainda que os aspectos emocionais estão sempre relacionados como causa ou resultado dessa enfermidade (OLIVEIRA; CUNHA; FERREIRA, 2010).

Os pais exercem um forte controle sobre a ingestão de alimentos saudáveis para as crianças. Entretanto, quanto mais os pais persistem no consumo de certos alimentos, menor a probabilidade de que elas os consumam. A advertência por parte dos pais pode ter efeito prejudicial. É viável que na primeira infância os pais providenciem às crianças refeições e lanches saudáveis como verduras, frutas e legumes, alimentos com nutrientes adequados (AAP, 1998; OLIVERIA et al., 1992).

Recomendações feitas pelo Guia alimentar para crianças menores de dois anos do Ministério da Saúde (2005), os pais devem seguir alguns passos para uma alimentação saudável, sendo eles, dar somente leite materno até os seis meses, a partir dos seis meses introduzir gradualmente alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais. A alimentação deve ser oferecida sem pressão de horário, respeitando a vontade da criança. Oferecer a criança diferentes tipos de alimentos por dia, se possível uma alimentação colorida para chamar atenção. Evitar açúcar, frituras, sal, refrigerantes e alimentos enlatados. Cuidar da higiene no cuidado dos alimentos e estimular a criança a comer alimentos saudáveis, contudo respeitando sua aceitação.

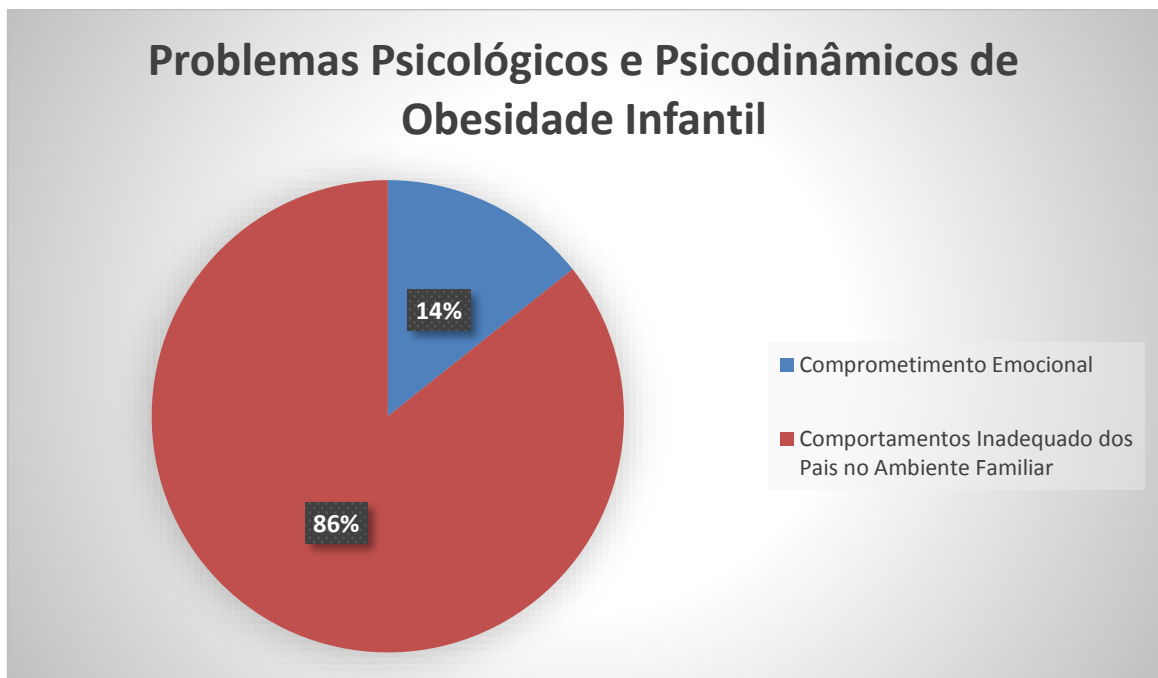
Segundo Luiz et al. (2005) as consequências mostram a necessidade de preparar estratégias exclusivas de tratamento, como recomendação o atendimento psicológico a essas crianças obesas, indicando a diminuição de tais conflitos, e propondo

procedimentos específicos aos pais, com o objetivo de ensinar novos repertórios adequados para lidarem com os filhos.

As crianças obesas, são frequentemente importunadas pelos colegas no ambiente escolar e tem menor aceitação social do que as crianças com peso apropriado. Tais dificuldades enfrentadas pelas crianças obesas causam sofrimento e restrições diante de tarefas rotineiras, como ir à escola, fazer determinada atividade física, comprar roupas, fazer amizades entre outras (DAMIANI, 2002; FERRIANI et al., 2005; KHAODHIAR; MCCOWEN; BLACKBURN, 1999).

Conforme Escrivão (2009) as interações familiares conflituosas têm levado crianças ao maior consumo de alimentos como maneira de aliviar as crises emocionais, e apresenta como fator desencadeante e mantenedor da obesidade, no gráfico abaixo convém avaliar os dados.

Gráfico 4 – Problemas Psicológicos e Psicodinâmicos de Obesidade Infantil.



Fonte: MAGALHÃES; BELLOTO; ANCONA, (2014).

Diante do gráfico apresentado, mostra-se o problema da obesidade infantil é bem mais complexo, não se resumindo apenas a um problema individual com sintomas de sofrimento emocional, mas, também, nos comportamentos inadequados dos pais no ambiente familiar. Então é preciso verificar com cuidado o ambiente familiar, o vínculo dos pais e seus filhos, todo o seu contexto, pois muitas vezes é um ambiente social doentio que vivem tais crianças obesas (MAGALHÃES; BELLOTO; ANCONA, 2014).

2.4 FATOR SOCIAL NO ÂMBITO ESCOLAR

Além dos problemas de saúde, as crianças obesas constantemente sofrem *bullying* por parte dos colegas ou pela família, portanto se sentem envergonhadas, excluídas, inferiorizadas e podem apresentar transtornos psicológicos como depressão, ansiedade e dificuldade de interação social (LUIZ et al., 2005).

Crianças obesas são grupos de risco para o *bullying*, caracterizado por condutas violentas, podendo ocorrer através de ofensas, gozações, apelidos, entre outros tipos de agressões que podem ser morais ou físicas, sendo que estes acometimentos ocorrem de forma contínua e de maneira premeditada, consistindo em uma relação desigual de poder em que a vítima quase sempre é uma pessoa considerada diferente e, por possuir distinção dos demais, seja por questão de aparência física, de gênero, etnia, raça, condição econômica, seja por qualquer outra diferença, torna-se alvo dessas ações (GUARESCHI; SILVA, 2008).

De acordo com Silva (2015), o *bullying* se apresenta de várias formas, classificando-as em diretas e indiretas. Em sua metodologia, ele define as agressões utilizadas na violência do *bullying*, como 1) verbal: Insultar, falar mal, apelidar; 2) Físico e Material: Bater, chutar, espancar, empurrar, ferir, beliscar, destruir os pertences da vítima, atingir objetos contra a vítima; 3) Psicológicas e Moral: Irritar, humilhar, ridicularizar, excluir, ignorar, desprezar, discriminar, ameaçar, chantagear, dominar, perseguir; 4) sexual: Assediar, violentar e abusar; 5) Virtual ou *Cyberbullying*: Utilizar dos meios de comunicação e de rede sociais para espalhar agressões maldosas contra outra pessoa.

Segundo Fante (2005), pode-se estigmatizar os estudantes conforme seu envolvimento com o *bullying* em quatro categorias. A primeira delas é composta pelos alvos (vítimas): são os estudantes que sofrem o *bullying*, geralmente pouco sociáveis, inseguros e com dificuldades de adequação aos grupos; podem também expor aspectos físicos diferenciados dos padrões sociais impostos (por exemplo, obesidade infantil). A baixa autoestima também é uma característica dos alvos, o que acaba sendo agravado pelas atitudes negativas direcionadas a eles. O segundo grupo é o dos autores (agressores): são os estudantes que praticam o *bullying*, na maioria das vezes pouco empáticos e mais violentos do que os colegas de classe, o que lhes dá a superioridade característica das atitudes de *bullying*. Eles podem advir de famílias nas quais o relacionamento é pouco afetivo entre os membros e comportamentos

violentos são utilizados para decidir confusões. O terceiro grupo é o das testemunhas (espectadores): são os estudantes que não sofrem nem cometem o *bullying*, mas convivem em um ambiente em que esses atos acontecem. Muitos não se manifestam diante do ocorrido com medo de se tornarem as próximas vítimas. O quarto grupo é dos alvos/autores, que são os estudantes que sofrem e praticam o *bullying*, transferindo para outros colegas as agressões sofridas. Como em todo ato de *bullying*, tais agressões ocorrem em alguma condição de hierarquia de poder, consecutivamente com os mais fortes agredindo os mais fracos.

De acordo com Albuquerque, Williams e D'affonseca (2013), sobressaem as fundamentais decorrências as alterações psicológicas, como comportamentos depressivos e de ansiedade, distúrbios alimentares, dificuldade para lidar com as emoções e baixa estima, sendo capaz até mesmo ao suicídio.

Com relação às vítimas, com frequência, as crianças têm dores de cabeça, pouco apetite, dores de estômago, tonturas sempre próximas aos horários de ir para a escola ou a um grupo social ao qual fazem parte (FANTE; BENAVENTE, 2005).

A escola como uma instituição educadora que poderia ser vista como um ambiente em potencial para se debater sobre a obesidade, acaba por reproduzir e, em alguns casos, gerar conflitos e atitudes preconceituosas e discriminatórias com a criança obesa, do que geralmente ocorre em diferentes ambientes sociais (COSTA; SOUZA; OLIVEIRA, 2012).

Segundo Meotti e Pericoli (2013) declaram que na maioria das vezes o modo como o professor age em sala de aula, consideravelmente o aluno passa a respeitar aqueles com quem convive nesse ambiente. Portanto, o professor é o exemplo na sala de aula para os alunos e possui função de suma importância como conscientizador deles.

Pesquisas realizadas pelo Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor (2010), no ano de 2009, a maior parte dos alunos já experienciou uma ocorrência de *bullying*. Além disso, de acordo com estas respectivas pesquisas alunos e pais declaram que as escolas não estão preparadas para lidar com a situação.

Quando se auxilia a criança a falar de si própria, ela é ajudada a tomar consciência de sua existência e a estabelecer suas representações de si. Quando falam, as crianças têm possibilidade de expressar os sentimentos e emoções presentes em si e, comunicando-os aos outros, ou mesmo à professora ou aos pais, elas apresentam probabilidades de se controlar e de se auto conhecer (TOGNETTA, 2016).

2.5 PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

Prevenir a obesidade infantil é a melhor atitude, iniciando pela amamentação materna, a educação alimentar. A ligação da educação alimentar e o aumento da atividade são eficazes, pois apontam a alteração e melhorias dos hábitos diários de curto a longo prazo, e tornam-se elementos de conscientização auxiliando a refletir sobre a saúde, bem-estar e qualidade de vida (MONTEIRO, 2014).

Segundo Oliveira e Costa (2016), afirmam que a participação da família para prevenir a obesidade infantil é imprescindível. O ambiente familiar representa para a criança o exemplo de comportamento que deve seguir, a criança é influenciada pelos hábitos no ambiente em que vivem. Nesse caso a alimentação rápida de alimentos inadequados em conjunto com o sedentarismo trazem consequências desagradáveis no estilo de vida dessa criança, há grandes chances de a criança seguir os mesmos hábitos da família.

Embora os pais revelem uma parcela significativa na influência do comportamento da criança, eles raramente ganham suporte ou treinamento para este papel. Contudo o papel da família na supervisão do estilo de vida para o tratamento da obesidade em crianças tem sido pouco discutido em outras populações (SCHIERI; SOUZA, 2008).

Outra forma utilizada para impedir e combater a obesidade infantil é a atividade física. Para as crianças que exibem aumento no peso, a atividade física é de inteira importância, dessa forma uma criança inativa pode se tornar um adulto sedentário (DALCASTAGNÉ et al., 2008).

Intervenções que faz ligação da nutrição e a atividade física, apresentam um nível variável, tem encontrado geralmente redução da ingestão de açúcar e gordura, aumento da atividade física durante o tempo no ambiente escolar, aumento do consumo de frutas e de vegetais e diminuição do tempo assistindo à televisão, porém em algumas crianças não foram capazes de reduzir a prevalência do excesso de peso corporal (PERRY et al., 1990).

A televisão (TV) foi o veículo de comunicação geralmente bastante utilizada para o entretenimento e para a educação e representa uma das maiores fontes de informação sobre o mundo. Diante disso, uma criança pode aprender visões inadequadas sobre o que é um alimento saudável, uma vez que a maioria dos alimentos veiculados possui elevados teores de gorduras, açúcares e sal. Há demonstrações de que os comerciais influenciam o comportamento alimentar infantil.

Assim, devido ao contexto algumas medidas devem ser estudadas, no sentido de alterar o padrão de exposição à TV em crianças, já que aliadas a educação alimentar poderiam prevenir o aumento da taxa de obesidade da sociedade. Reconhecer como os meios de comunicação influenciam a qualidade de vida e, especialmente o comportamento alimentar, é importante na tarefa de educar e informar aos pais a respeito da influência da TV nas alternativas alimentares de seus filhos, além de produzir elementos para a elaboração de estratégias de intervenção contra sua propagação (ALMEIDA; NASCIMENTO; QUAIOTI, 2002).

É importante lembrar que a publicidade alimentar não existe só no veículo de informação no caso a televisão, mas que estabelece apenas numa questão do marketing, há também a internet, incluindo as redes sociais, nos *outdoors* e nos pontos de venda como os supermercados, que todos estes podem influenciar o consumo, e as preferências alimentares das crianças, bem como fazendo o pedido dos alimentos ricos em gordura, açúcar e sal aos familiares (SOFIA et al. 2011).

A escola é um local importante para realizar ações voltadas para a prevenção da obesidade infantil por conter profissionais e disciplinas capazes de influenciar sobre as orientações de hábitos saudáveis. Assim, o desenvolvimento saudável da criança é de responsabilidade não só da família, mas em conjunto com a escola. O ambiente escolar é, portanto, um local para a socialização e, dessa forma, favoreceria e promoveria hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2006).

2.6 TRATAMENTO DA OBESIDADE INFANTIL

As recomendações da Academia Americana de Pediatria (AAP, 2003) para o tratamento da obesidade infantil são: identificar indivíduos em risco através do histórico familiar, peso ao nascer ou fatores socioeconômicos, étnicos, culturais e comportamentais; avaliar e registrar o Índice de Massa Corporal (IMC), uma vez ao ano em todas as crianças; empregar alterações no IMC para identificar taxa excessiva de ganho de peso referente ao crescimento linear; guiar pais ou responsáveis a solicitar padrões alimentares saudáveis, oferecendo lanches nutritivos; esforçar a autonomia das crianças no controle da sua ingestão alimentar, colocando limites apropriados nas escolhas; promover frequentemente atividades físicas, na escola e na comunidade; decidir limite no tempo de assistir à televisão ou de usar a internet para um máximo de 2 horas por dia.

Para o tratamento da obesidade infantil é muito importante a apresentação de equipe multiprofissional (DÂMASO; TEIXEIRA; CURI, 1995), composta por médico, nutricionista, educador físico e psicólogo. O tratamento é de longo prazo, por isso é viável que o relacionamento da equipe com a criança seja conectado.

A atuação do psicólogo relacionado à obesidade infantil tem a opção de ter atendimento grupal com uma equipe multidisciplinar, focalizado no controle da obesidade e de suas consequências tanto físicas como psicológicas; mas exclusivamente, o grupo permite a troca de conhecimentos dos participantes, favorece a adesão ao tratamento e contribui para a recuperação da competência social das crianças (LUIZ et al., 2005).

A utilização da TCC com crianças tem desenvolvido bons resultados ao longo do tempo. Isso se deve as aplicações que aparecem sobre a efetividade da TCC com crianças no tratamento de transtornos psicológicos como ansiedade, depressão e fobias (SILVERMAN et al., 1999; STALLARD, 2010). Segundo Beck (1964), não é a ocorrência ou o contexto que determina o que os indivíduos sentem, mas a maneira como eles interpretam e pensam sobre os eventos em uma dada situação.

A TCC baseia-se no reconhecimento da interdependência entre cognição, emoção e comportamento. Essa teoria trabalha analisando a cognição atuante na relação do sujeito com o mundo exterior, sendo determinante na expressão de comportamentos e emoções (BECK, 2009). Dobson e Dozois (2001), distinguem que existem três princípios fundamentais que caracterizam a TCC: a atividade cognitiva influencia o comportamento, a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada e o comportamento desejado pode ser influenciado por meio da mudança cognitiva.

Especificamente se tratando de crianças obesas, Fisberg et al. (2004), defende que as técnicas comportamentais são importantes ferramentas para a prevenção da obesidade e que o comportamento familiar deve ser estudado e as técnicas utilizadas para isto geralmente são essenciais. A TCC, que é derivada de teorias da aprendizagem, é citada como abordagem de alternativa para o tratamento da obesidade por promover a adesão e a manutenção ao tratamento, bem como transformar padrões de comportamentos. Visa principalmente gerar estratégias apropriadas para restrições dietéticas, desencorajar práticas inadequadas em relação à alimentação e aumentar a motivação para manter um estilo de vida mais saudável (SHAW et al., 2005; LARRAÑAGA; GARCÍA-MAYOR, 2007; VIGNOLO, 2008).

Segundo J. Piaget e Inhelder (1966), crianças que se encontram no estágio de desenvolvimento do nível pré-operatório que é aproximadamente dos dois aos sete anos, onde o pensamento é incoerente, devido à restrição para o trabalho cognitivo com a mesma, será oferecida mais ênfase no trabalho com os pais. Já aquelas crianças que apresentam um nível de pensamento operatório concreto que é de sete a onze anos, serão capacitadas para o trabalho com intervenções cognitivas simples, e a ênfase no trabalho com os pais no processo. Quanto às crianças com pensamento do nível operatório formal que é de onze anos em diante, consistir em realizar o trabalho com preparação em intervenções mais complexas juntamente com os pais.

O papel do terapeuta cognitivo comportamental de acordo com Kendall (2000), consiste em investigar várias fontes de informações (pais, irmãos, professor, médico e do próprio cliente) para conseguir obter uma síntese concreta da situação. Consiste realmente no trabalho de interação e colaboração entre paciente e terapeuta na busca de soluções de problemas. E por fim, o terapeuta cognitivo comportamental é aquele que oferece estratégias para que o cliente tenha um aprendizado em certas habilidades cognitivas e comportamentais para que seja capaz de enfrentar as ocorrências de conflitos por si próprio.

Sobre a sala de atendimento infantil necessita ser organizada e limpa, traduzindo sólido a estrutura do tratamento. O material de cada cliente pode ficar guardado em uma pasta individual para indicar o cuidado com a privacidade e sigilo do material produzido. Alguns brinquedos variados coletivos são interessantes dispor na sala, como brinquedos de encaixe, fantoches para role-play, família com bichos, casinhas de boneca, entre outros (PETERSEN; WAINER, 2009). “É importante, ao iniciar o atendimento, sempre verificar a preferência e história da criança, de modo a adaptar os materiais e brinquedos antes da sessão” (OLIVEIRA; SOARES, 2012). É essencial que, na primeira sessão com a criança, os pais estejam orientados a explicar para a criança, a razão dela encontrar-se com o psicólogo. É importante incluir toda a família no processo, de modo a eliminar o aspecto punitivo do tratamento (RIBEIRO et al., 2014).

A intervenção terapêutica da TCC na Obesidade Infantil é baseada na análise e modificação de comportamentos disfuncionais relacionados ao estilo de vida do cliente. O objetivo do programa de tratamento é implementar estratégias que auxiliem a perda de peso (SANTOS; MARANHÃO; BATISTA, 2016).

Quadro 1 – Intervenções Fundamentais para o Programa de Tratamento da Criança Obesa.

<p>Treinamento no Reconhecimento das Emoções (BUNGE; GOMAR; MANDIL,2012)</p>	<p>Várias crianças não sabem diferenciar emoções, exatamente por isso o primeiro passo é poder diferenciar e denominar essas emoções, para depois tratar outros aspectos.</p>
<p>Exposição Graduada (BECK, 1997)</p>	<p>No primeiro momento se define uma meta, depois divide essa meta “passo a passo”, e explica para a criança que ela deverá vencer cada fase, como se fosse um desafio. A cada etapa alcançada, o terapeuta deve reforçar o cliente, incentivando-o a continuar.</p>
<p>Controle de Estímulos (SANTOS; MARANHÃO; BATISTA, 2016)</p>	<p>Procura transformar condições antecedentes ao comportamento que se deseja evitar, tal como comer demais, um exemplo. Os exercícios costumam ser interligados a brincadeiras e desafios que apontam o despertar do interesse e motivação da criança para enfrentar o problema.</p>
<p>Reestruturação Cognitiva (BUNGE; GOMAR; MANDIL,2012)</p>	<p>O objetivo é eliminar ou minimizar distorções cognitivas comuns em crianças obesas, pode-se utilizar marionetes, caracterizando autoverbalizações positivas frente a situação estressante.</p>
<p>Resolução de Problemas (SANTOS; MARANHÃO; BATISTA, 2016)</p>	<p>Psicólogo busca prováveis estratégias e soluções para o excesso de peso. Essas estratégias e soluções são aplicadas pela própria criança em seu dia-a-dia com a ajuda da família e seu efeito é avaliado na sessão. A finalidade é elaborar novos padrões de comportamento benéficos para a perda e manutenção do peso.</p>
<p>Analogia do Semáforo (LIZUKA; BARRETT, 2011)</p>	<p>Essa técnica ensina a criança a identificar e classificar seus tipos de pensamentos em: "pensamentos vermelhos", aqueles negativos e que impedem o bem-estar; "pensamentos amarelos", que servem para a reflexão; e os "pensamentos verdes", que são produtivos e que incentivam o bem-estar.</p>
<p>Uso da Biblioterapia, Contos e implementação de Narrativas Terapêuticas (BUNGE; GOMAR; MANDIL,2012)</p>	<p>O uso do material psicoeducacional adaptado para crianças. No caso da criança obesa, um livro indicado é “João não cabe mais no seu calção”, o psicólogo irá trabalhar os problemas relacionados, através de imagens que estimulem a criatividade da criança.</p>
<p>Suporte Social (SANTOS; MARANHÃO; BATISTA, 2016)</p>	<p>A participação da família, amigos e contexto clínico envolvido no tratamento da obesidade é fundamental. Esse suporte social auxilia e motiva a perda de peso do cliente.</p>

Segundo Santos, Maranhão e Batista (2016) afirmam que há quatro momentos nas sessões terapêuticas, sendo a avaliação da motivação para a mudança; avaliação da história de vida e do estado atual a ser tratado; o embasamento de uma formulação teórica do problema; e o planejamento do programa de tratamento. O planejamento do programa de tratamento citado acima utiliza de estratégias da TCC com o intuito

de modificação dos comportamentos inadequados associados a obesidade infantil. Visto que estas intervenções apresentadas foram escolhidas no contexto da obesidade na infância, pois existem várias opções de intervenções nessa abordagem.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO (TIPO DE ESTUDO)

Para a preparação da presente pesquisa, trata-se de um desenho de caráter qualitativo, com objetivo metodológico descritivo e procedimento bibliográfico.

Uma pesquisa qualitativa, não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados num processo indutivo.

A pesquisa descritiva é o método de pesquisa que observa, registra, e descreve fatos e fenômenos sem manipulá-los. Para Martins (1994, p. 28), pesquisa descritiva “tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis e fatos.”

Segundo Gil (1987, p. 44), “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica, seria no fato de deixar ao investigador a cobertura de vários fenômenos, de uma forma mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

3.2 PROCEDIMENTOS

Refere-se a uma pesquisa que foi baseada em livros e artigos científicos, na língua portuguesa e inglesa, sobre Obesidade Infantil. Publicados nos bancos de dados de sites eletrônicos: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Lilacs (www.ovid.com); Scielo (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Academic Index, que foram publicados nos anos de 1964 a 2017. Os resultados da pesquisa terão como base as palavras-chaves: Obesidade na Infância. Família. Escola. *Bullying*. Psicologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa pode-se perceber que a obesidade infantil não é uma doença, mas um problema de saúde, que pode causar o desenvolvimento de várias patologias, se não houver intervenções, existe probabilidade da criança obesa se tornar um adolescente obeso, e posteriormente um adulto obeso.

Além de ser um dos comportamentos problema mais complexos do século XXI, a obesidade infantil é um elemento de interesse para essa pesquisa por ser um assunto tão delicado e preocupante diante as questões que envolve a criança obesa. O ser humano é um ser biopsicossocial, a obesidade infantil não se torna diferente, então a pesquisa aborda no caso os aspectos, biológicos, sociais e psicológicos que fazem parte de toda a pesquisa apresentada.

Em virtude dos fatores psicológicos mencionados, sobressaem os sintomas depressivos e sintomas de ansiedade, que resulta fortemente um sofrimento psíquico na criança obesa. De acordo com as pesquisas citadas, identifica-se maior sintomas depressivos nas crianças obesas do que nas crianças com peso adequado. De acordo com as características dos pais, é identificado que os comportamentos inadequados dos pais podem trazer danos à saúde emocional da criança obesa.

Levando em consideração os fatores ambientais, é possível identificar nas famílias, que por várias situações os pais ou responsáveis suprem as necessidades afetivas da criança obesa por meio da alimentação. Durante todo o processo de desenvolvimento, os pais ou responsáveis diante do seu estilo de vida podem influenciar seus membros, construindo um padrão alimentar insatisfatório para o ambiente, concretizando o acúmulo de peso. Na mesma ideia, a família tem o papel muito importante na vida da criança obesa, pois são os pais que controlam a ingestão de alimentos saudáveis ou inapropriados para a criança visto que o ambiente conflituoso gera maior consumo de alimentos para aliviar a pressão emocional na maioria dos casos.

Pela observação do fator social, é interessante analisar que a criança obesa sofre *bullying* por parte dos colegas na escola ou da família, por conta da sua aparência física e o resultado desse problema é a apresentação de transtornos psicológicos. A escola é um lugar de socialização e inclusão de indivíduos, porém ao se tratar da criança obesa é visto que existe uma dificuldade da escola, na maioria das vezes, não sabendo como reagir diante às atitudes de discriminação que muitas

crianças obesas sofrem no âmbito escolar. Ainda, o ambiente escolar é uma instituição educadora que fornece conhecimento, a mesma é capaz de permitir que as diferenças sejam tratadas como desigualdade, uma sugestão é aceitar essas diferenças, acolher e respeitar enquanto seres humanos.

Dado o exposto, a prevenção da obesidade infantil é uma excelente atitude. O ideal seria a influência dos pais no andamento para um estilo de vida saudável, para melhores resultados. Sugere-se que a família em conjunto com a escola, faça orientações e intervenções para a prática de atividade física, também ensinar para a criança o que é um alimento saudável, propor um comportamento de educação alimentar, ou seja, um processo de aprendizagem, pois na modificação de comportamentos inadequados, vem as consequências benéficas tanto para a saúde física quanto para a saúde emocional.

Necessário para o tratamento da obesidade infantil a apresentação de uma equipe multiprofissional para a contribuição de forma perspicaz de cada área, no tratamento da obesidade em todo seu contexto. A inserção e atuação do psicólogo vem através da prevenção, nas orientações de saúde e bem-estar para a criança obesa e no tratamento através de intervenções clínicas, tendo a terapia cognitivo – comportamental pesquisas e resultados satisfatórios nas últimas duas décadas.

Foi observado como essa terapia trabalha a relação da criança obesa diante da expressão de comportamentos e emoções em uma dada situação. Consistiu em apresentar técnicas essenciais e específicas voltado a prática de alimentação e intervenções para perda de peso, com objetivo de motivar a criança obesa a manter hábitos mais saudáveis, esperando-se como consequência uma boa saúde emocional. É interessante ressaltar a estrutura da composição do ambiente clínico, mostrar as intervenções fundamentais e optar pela inclusão dos pais de acordo com a idade da criança no processo psicoterapêutico, lembrando que cada indivíduo é único com suas particularidades.

Acredita-se que essa pesquisa, têm o objetivo de estimular outros estudos, que sejam capazes de encontrar novos métodos e resultados de acordo com o tema, e estando voltado para todas as áreas da saúde. Sendo assim, pesquisar, contribuir e agregar conhecimento a esta realidade de obesidade na infância, afim de ser mais eficaz para a promoção de saúde e qualidade de vida na população em geral.

REFERÊNCIAS

AAP. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Obesity in Children: Pediatric Nutrition Handbook**. Illinois, p. 58-423, 1998.

AAP. COMMITTEE ON NUTRITION. **Prevention of Pediatric Overweight and Obesity**. Pediatrics, v.112, n. 2, p. 424-30, 2003.

ALBUQUERQUE, Paloma Pegolo de; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque; D’AFFONSECA, Sabrina Mazo. Efeitos Tardios do Bullying e Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão Crítica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Carlos, v. 29, n. 1, p. 91-98, 2013.

ALMEIDA, Sebastião de Sousa; NASCIMENTO, Paula Carolina BD; QUAIOTI, Cristina Bolzan. **Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira**. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 36, n. 3, junho, 2002.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA. **Stress in America Findings**, 2010. Disponível em: <<http://www.apa.org/news/press/releases/stress/nationalreport.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

ANTON, S. D.; NEWTON, R. L. JR.; SOTHERN, M.; MARTIN, C. K.; STEWART, T. M.; WILLIAMSON, D. A. Association of depression with body mass index, sedentary behavior, and maladaptive eating attitudes and behaviors in 11 to 13-year old children. **Eating Weight Disord**, v.11, n. 3, p. 102-108, 2006.

BARBOSA, Vera Lúcia Perino. **Prevenção da obesidade na infância e na adolescência: Exercício, nutrição e psicologia**. 1 ed. Barueri, SP, Brasil: Manole Ltda, p.136, 2004.

BECK, A. T. Thinking and Depression: 2. Theory and therapy. **Archives of General Psychiatry**, v. 10, p. 561-71, 1964.

BECK, J. S. **Pense magro: a dieta definitiva de Beck**. Porto Alegre, 2009.

BECK J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed; 1997.

BENAVENTE, Isabel Menéndez. **Bullying: acoso escolar**, 2005. Disponível em: <www.isabelmenendez.com> Acesso em: 01 mai. 2017.

BIRCH, L. L.; PARKER, L.; BURNS, A. Editors. **Early childhood obesity prevention policies**. Washington, DC: The National Academies Press. Institute of Medicine, 2011.

BUNGE, E.; GOMAR, M.; MANDIL, J. Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: Aportes técnicos. **São Paulo: Casa do Psicólogo**, p. 306, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção básica. **Política nacional e nutrição**. 2. ed. rev. Brasília, 2006.

CEATS, Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor. **Plan Bullying Escolar no Brasil Relatório Final**, 2010. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/portals/0/pesquisabullying.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

COSTA, Miguel Ataíde Pinto; DE SOUZA, Marcos Aguiar; DE OLIVEIRA, Valéria Marques. Obesidade infantil e bullying: a ótica dos professores. **Educação e Pesquisa**, v. 38, n. 3, p. 653-665, 2012.

CUNHA, L. N. Diet Book Junior: tudo o que você deve saber sobre alimentação e saúde de crianças e adolescentes. **São Paulo: Mandarin**, 2000.

DALCASTAGNÉ, Giovanni et al. Influência dos pais no estilo de vida dos filhos e sua relação com a obesidade infantil. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2, n. 7, p. 5, 2008.

DÂMASO, Ana R.; TEIXEIRA, Luzimar R.; CURI, Claudia Maria Oller do Nascimento. Atividades motoras na obesidade. In: **Obesidade na infância e adolescência**. Fundo Editorial Byk, p. 91-9, 1995.

DAMIANI, D. Obesidade: fatores genéticos ou ambientais? **Pediatria Moderna**, v. 38, n. 3, p. 57-80, 2002.

DAMIANI, Durval; CARVALHO, Débora Pereira de; OLIVEIRA, Renata Giudice de. Obesidade na infância—um grande desafio. **Pediatria moderna**, v. 36, n. 8, p. 489-528, 2000.

DECALUWÉ, V.; BRAET, C.; MOENS, E.; VAN Vlierberghe, L. The association of parental characteristics and psychological problems in obese youngsters. **Int. J. Obes**, v. 30, n.12, p. 1766-74, 2006.

DOBSON, K.S; DOZOIS D.J. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: Dobson KS, editor. **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001.

ESCRIVÃO, M. A. M. S. Obesidade na infância e adolescência. In D. Palma, M. A. M. S. Escrivão & F. L. C. Oliveira. **Nutrição clínica na infância e adolescência. (Série: Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP–EPM)**. Barueri, SP: Manole, p. 299-324, 2009.

FANTE, Cleo. **Fenômeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz**. Verus Editora, 2005.

FERRIANI, M. G. C.; DIAS, T. S.; SILVA, K. Z.; MARTINS, C. S. Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 1, p. 27-33, 2005.

FISBERG, Mauro. Obesidade na infância e adolescência. In: **Obesidade na infância e adolescência**. Fundo Editorial BYK, 1995.

FISBERG, M. et al. Obesidade em crianças e adolescentes: relatório do grupo de trabalho do Segundo Congresso Mundial de Nutrição, Hematologia e gastroenterologia pediátrica. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 39, n. Suppl 2, p. 686, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1987.

GUARESCHI, Pedrinho A.; SILVA, Michele R. Bullying: mais sério do que se imagina. **Porto Alegre: EDIPUCRS**, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. IBGE, 2010.

KENDALL, P. **Child and adolescent therapy**. Nova York London. Editorial The Guilford Press, 2000.

KHAODHIAR, L.; MCCOWEN, K. C.; BLACKBURN, G. L. Obesity and its comorbid conditions. **Clinical Cornerstone**, v. 2, n. 3, p.17-31, 1999.

KOVACS, M. **Children depression inventory: manual**. New York: MHS, 1982.

LARRAÑAGA, A.; GARCÍA-MAYOR, R. Psychological treatment for obesity. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 129, n. 10, p. 387-391, 2007.

LIZUKA CA, BARRETT PM. **Programa friends para tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes**. In: Petersen CS, Wainer R. Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LUIZ, A. M. A. G. et al. Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 35-39, 2005.

LUIZ, Andréia Mara Ângelo Gonçalves; GORAYEB, Ricardo. Obesidade infantil e depressão. **CEP**, v. 15085, p. 310, 2002.

LUIZ, A. M. A. G.; GORAYEB, R.; LIBERATORE JÚNIOR, R. D. R. Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 27, n.1, p. 41-48, 2010.

MAGALHÃES ANDRADE, Tarsila; BELLOTTO DE MORAES, Denise Ely; ANCONA-LOPEZ, Fábio. Problemas Psicológicos e Psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos: relato de pesquisa. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 34, n. 1, 2014.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

MEOTTI, Juliane Prestes; PERÍCOLI, Marcelo. A postura do professor diante do bullying em sala de aula. **Panorâmica**, Barra do Garça, v. 15, n. 1, p. 66-84, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos / Ministério da Saúde**, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p.10, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_menores_2anos.pdf> Acesso em: 01 dez. 2017.

MISSHIMA, F. K. T.; BARBIERI, V. **O brincar criativo e a obesidade infantil**. Estudos de Psicologia, n. 14, v. 3, p. 249-255, setembro-dezembro, 2009.

MIYAZAKI, M. C. O. S. **Enfoque psicossocial da doença crônica: um estudo sobre depressão em pacientes pediátricos asmáticos e suas mães**. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1993.

MONTEIRO, Uyara Gomes. Fatores desencadeadores da obesidade infantil. **Acervo da Iniciação Científica**, n. 2, 2014.

NASCIMENTO, Viviane Gabriela et al. Prevalence of overweight preschool children in public day care centers: a cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 130, n. 4, p. 225-229, 2012.

NAZARETH, M. Como se cresce em Portugal nos primeiros 3 anos de vida: Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil: EPACI Portugal 2012: alimentação e crescimento nos primeiros anos de vida: a propósito do EPACI Portugal 2012. **Direção-Geral da Saúde**, 2013.

OLIVEIRA, Luís Fernando de Lima; COSTA, Célia Regina Bernardes. **Educação física escolar e a obesidade infantil** – Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento, Ano 1. vol. 10, p. 87-101, 2016.

OLIVEIRA, T. R. P. R.; CUNHA, C. F.; FERREIRA, R. A. Características de adolescentes atendidos em ambulatório de obesidade: conhecer para intervir. **CEP**, v. 31015, p. 360, 2010.

OLIVEIRA R.G.; SOARES S. C. **Terapia cognitivo-comportamental para crianças**. In: Oliveira MS, Andretta I, organizadores. Manual prático de terapia cognitivo-comportamental. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 467-80, 2012.

OLIVERIA S. A; ELLISON R. C; MOORE L. L; GILLMAN M. W; GARRAHIE E. J; SINGER M. R. Parent-child relationships in nutrient intake: the Framingham Children's Study. **Am J Clin Nutr**. v. 56, n. 3, p. 593-8, 1992.

ONU, **Organização das Nações Unidas no Brasil**, Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-lanca-novas-diretrizes-de-combate-a-obesidade-infantil-no-mundo/>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

ORERA, M. **Aspectos genéticos de la obesidade.** In: Moreno B, Monereo S, Álvarez J. *Obesidad: presente y futuro.* Madrid: Biblioteca Aula Médica; p.51-69. 1997.

ORIENTAÇÃO, Manual. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência—São Paulo**, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global: relatório da consultoria da OMS.** São Paulo: Editora Roca, 2004.

PERRY, C. L.; STONE E. J.; PARCEL G. S.; ELLISON R. C.; NADER P. R.; WEBBER L. S. et al. **School-based cardiovascular health promotion: the child and adolescent trial for cardiovascular health (CATCH).** J Sch Health, v 60, p. 406-13, 1990.

PETERSEN, Circe; WAINER, Ricardo. **Terapias Cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes.** Artmed Editora, 2009.

PIAGET, J.; INHELDER, B. **Psicología del Niño.** Madrid: Ediciones Morata, 1996.

PRAZERES, T.; FONSECA, J. L. Rastreio da obesidade infantil—três anos de Jornadas Nacionais. **American Academy of Pediatrics**, v. 41, n. 3, p. 122-6, 2010.

PUDER, J.J.; MUNSCH, S. Psychological correlates of childhood obesity: **International Journal of Obesity**, v. 34, p. 37-43, 2010.

RIBEIRO, Agliani Osório et al. Fundamentos E Aplicações Terapia Cognitivo Comportamental Com Crianças E Adolescentes. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, 2014.

RITO, A. **Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2010.** Observações: Bol Epidemiol., v. 3, p. 6, 2012.

ROSE, R. M. Psicoendocrinologia. **Tratado de Endocrinologia.** São Paulo: Manole, p.809-841, 1988.

SANTOS, Raimunda Alice; MARANHÃO, Thercia Lucena Grangeiro; BATISTA, Hermes Melo Teixeira. Obesidade Infantil e Abordagens em Psicologia: Uma Revisão da Literatura. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 10, n. 30, p. 345-375, 2016.

SCHIERI, R.; SOUZA, R. A. **Estratégia para Prevenção da Obesidade em Criança e adolescente.** Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 01-37, 2008.

SHAW, K. et al. Psychological interventions for overweight or obesity. **Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)**, Oxford, v. 18, n. 2, p. CD003818, 2005.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Bullying: mentes perigosas nas escolas.** Globo Livros, 2015.

SILVERMAN, W. K. et al. Treating anxiety disorders in children with group cognitivebehavioral therapy: a randomized clinical trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 67, n. 6, p. 995-1003, 1999.

SOARES, Ludmila D.; PETROSKI, Edio L. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 5, n. 1, p. 63-74, 2003.

SOFIA RODRIGUES, Ana et al. Associação entre o marketing de produtos alimentares de elevada densidade energética e a obesidade infantil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública/Portuguese Journal of Public Health**, v. 29, n. 2, 2011.

SORAIA PINTO, Maria; MAGALHÃES BOS, Maria Lúcia. Muito mais do que pe (n) sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, 2010.

STALLARD, Paul. **Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens**. Artmed Editora, 2010.

STRAUSS, R. Childhood obesity: **Current Problems in Pediatrics**, v. 29, n. 5, p. 5-29, 1999.

TASSARA, Valéria; NORTON, Rocksane Carvalho; MARQUES, Walter Ernesto U. importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 3, p. 309-314, 2010.

TOGNETTA, Luciene Regina Paulino. Educação dos sentimentos: um caminho para a paz. **Revista de EDUCAÇÃO do Cogeime**, v. 14, n. 27, p. 23-32, 2016.

TORRES, Andréia; FURUMOTO, Rosimeire Aparecida; ALVES, Elioenai Dornelles. **Obesidade infantil – Prevalência e fatores etiológicos**. Data da publicação: 2010. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:4r5VCA4zqwkJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em 23 abril 2017.

VAN V. L.; BRAET, C.; MELS, S. Psychiatric disorders and symptom severity in referred versus non-referred overweight children and adolescents. **European Child Adolescents Psychiatry**. v. 18 n. 3, p. 164-173, 2008.

VIGNOLO, M. Five-year follow-up of a cognitive-behavioural lifestyle multidisciplinary programme for childhood obesity outpatient treatment. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 9, n. 62, p. 1047-1057, 2008.