



EFEITOS DE INTERVENÇÕES MOTIVACIONAIS PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE EM CRIANÇAS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.

Júlia Conte Bazzi

Caxias do Sul, 2019

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE PSICOLOGIA

EFEITOS DE INTERVENÇÕES MOTIVACIONAIS PARA O TRATAMENTO DA OBESIDADE EM CRIANÇAS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.

Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina PSI0519AB – Trabalho de Conclusão de Curso II, sob orientação da Profa. Dra. Raquel Boff.

Júlia Conte Bazzi

Caxias do Sul, 2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha mãe, Maristela, pelo amor, incentivo e apoio incondicional nos momentos difíceis. Agradeço ao meu pai, Santo (in memoriam), que de alguma forma sempre esteve presente na minha caminhada, mesmo que não fisicamente. Agradeço aos meus avôs, que nunca mediram esforços para me auxiliar.

Ao meu namorado, Fabrício que sempre esteve comigo, me apoiando e incentivando, acreditando e vivendo meus sonhos junto à mim. Agradeço por ter compreendido todos os momentos em que tive que abrir mão de algo para realizar este estudo.

A minha amiga Marina Duda, que esteve comigo desde o primeiro dia da graduação. Agradeço por termos compartilhado tantos momentos e vivências, e por estar sempre ao meu lado quando necessitei.

Gratifico a Universidade de Caxias do Sul e seu corpo docente pela oportunidade de realizar este curso e pelos conhecimentos oportunizados. Agradeço, em especial, minhas orientadoras Cristina Lhullier e Raquel Boff, que são exemplos de profissionais, das quais me espelho para traçar minha trajetória. Raquel e Cris obrigada pela orientação, pelo apoio, pela confiança, pela paciência e pelo conhecimento compartilhado.

Muito obrigada a todos que, de alguma forma, estiveram envolvidos na minha trajetória acadêmica.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUÇÃO	9
MOTIVAÇÃO PESSOAL DA PESQUISADORA.....	13
OBJETIVOS	14
Geral.....	14
Específicos	14
REVISÃO DA LITERATURA	15
Diagnóstico da Obesidade Infantil	15
A Interface entre a Psicologia e a Saúde: Apoio na Adesão a Tratamentos	19
Modelos Motivacionais de Intervenção: Entrevista Motivacional e Modelo Trateó- rico.....	21
MÉTODO	26
Delineamento	26
Fontes.....	27
Instrumentos.....	27
Critérios de Elegibilidade	27
Procedimentos	28
Referencial de Análise	30
RESULTADOS.....	32
DISCUSSÃO	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Ponto de Corte de IMC, de Acordo com a Idade, para Diagnóstico de Excesso de Peso e Obesidade.....	16
Tabela 2. Características dos Estudos	34

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Estágios de Mudança.....	25
Figura 2. Opção para Checagem de Estudos Duplicados no <i>Mendeley</i>	29
Figura 3. Organização dos Artigos em Pastas no <i>Mendeley</i>	30
Figura 4. Fluxograma dos Estudos Incluídos.....	33

RESUMO

Objetivo: determinar se intervenções motivacionais contribuem para a eficácia de tratamento não farmacológicos destinados a promover a mudança de comportamentos em crianças obesas. Método: foram utilizadas três bases de dados para a realização das pesquisas, sendo elas: *Medline*, *Psychinfo* e *Web of Science*. Seleção dos Estudos: Foram selecionados estudos de ensaios clínicos de tratamentos para obesidade e sobrepeso em crianças de 05 a 10 anos, dos últimos 10 anos (2009 – 2019), publicados em Inglês e Português. Resultados: Um total de 916 estudos foram encontrados, dois quais, apenas 5 foram incluídos na amostra final da pesquisa. As intervenções encontradas variaram, mas todas elas abordaram de algum modo intervenções motivacionais para a mudança de comportamento. Os resultados demonstraram que intervenções motivacionais são efetivas na modificação do IMC, mas principalmente, mudanças comportamentais são observadas, tanto na ingestão de calorias, quanto na aderência ao exercício físico. A motivação dos pais e da família também parece ser relevante para os resultados. Sessões para a prevenção da recaída devem ser implantadas no tratamento para que seus efeitos se mantenham a longo prazo. Limitações: Poucos estudos foram encontrados com essa temática. A falta de rigor metodológico também impediu que as intervenções realizadas fossem avaliadas na íntegra. Além disso, todos os estudos encontrados foram em língua inglesa. Conclusão: A utilização de estratégias motivacionais é eficaz no tratamento da obesidade infantil, porém uma série de variáveis devem ser levadas em consideração.

Palavras-chaves: crianças obesas, intervenções motivacionais, psicologia da saúde, efetividade.

ABSTRACT

Objective: To determine if motivational interventions contribute to the efficacy of non-pharmacological treatments designed to promote behavioral change in obese children. **Method:** Three databases were used for the research, being Medline, Psycinfo and Web of Science. **Selection of Studies:** Clinical trials of treatments for obesity and overweight in children aged 5 to 10 years, from the last 10 years (2009 - 2019), published in English and Portuguese, were selected. **Results:** A total of 916 studies were found, of which only 5 were included in the final sample of the study. The interventions found varied, but they all somehow addressed motivational interventions for behavior change. The results demonstrated that motivational interventions are effective in modifying BMI, but mainly behavioral changes are observed both in calorie intake and in adherence to physical exercise. The motivation of parents and family also seems to be relevant to the results. Relapse prevention sessions should be deployed in treatment so that their effects will be maintained in the long term. **Limitations:** Few studies have been found with this theme. The lack of methodological rigor also implied that the interventions carried out were evaluated in their entirety. In addition, all studies found were in English. **Conclusion:** The use of motivational strategies is effective in the treatment of childhood obesity, but a number of variables must be taken into account.

Keywords: obese children, motivational interventions, health psychology, effectiveness.

INTRODUÇÃO

Alterações ocorreram nos padrões alimentares das famílias a partir da década de 1990, isto se deu, pelo aumento do consumo de *fast-food* e de alimentos fartos em açúcar, sal e gorduras. Por outro lado, ao longo deste mesmo período, houve uma diminuição da ingestão de alimentos orgânicos e ricos em fibra (Carvalho et al. 2013). Diante disto, a obesidade infantil vem apresentando um acelerado crescimento, sendo reconhecida como uma epidemia mundial e um dos grandes problemas da saúde pública, uma vez que atinge todos os níveis socioeconômicos (Oliveira & Fisberg, 2003).

O acesso a alimentos industrializados pelas classes econômicas menos favorecidas está fazendo com que haja uma passagem da desnutrição para a obesidade. Porém, a obesidade presente em crianças está relacionada a fatores de riscos para doenças cardiovasculares, metabólicas e respiratórias. O excesso de peso também poderá causar uma série de complicações às crianças obesas, dentre elas, complicações psicológicas, como baixa autoestima, problemas com a imagem corporal. Além disso, a obesidade infantil pode colaborar para a discriminação social, podendo gerar complicações emocionais (Silva & Bittar, 2012). Todas essas consequências contribuem para uma maior taxa de mortalidade infantil (Mello, Luft & Meyer, 2004).

Pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), juntamente com o Ministério da Saúde, demonstraram que o número de crianças obesas no Brasil tem aumentado significativamente. O número de meninos obesos com idade entre 5 e 9 anos, passou de 4,1% em 1989 para 16,6% em 2008-2009, isto representa um aumento de mais de 300%. Já o número de meninas com a mesma faixa etária foi de 2,4%, 1989 para 11,8%, 2008-2009. Esse mesmo estudo apontou que o sobrepeso e a obesidade atingem mais de 30% das crianças e adolescentes do Brasil (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2009 [ABESO]).

Segundo a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, (ABESO, 2009), a obesidade é definida como uma doença crônica marcada pelo excesso de gordura corporal, o qual propicia danos à saúde do indivíduo. A obesidade apresenta uma etiologia multifatorial, derivada, na maior parte das vezes, da combinação de fatores genéticos, comportamentais e ambientais (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). Os fatores ambientais ou externos são conhecidos como exógenos, e os fatores genéticos como endógenos. Aproximadamente, apenas 5% dos casos de obesidade na infância e adolescência estão ligados a fatores endógenos, ou seja, 95% dos casos correspondem à obesidade exógena (Escrivão, Oliveira, Taddei & Lopez, 2000).

Algumas políticas públicas voltadas ao combate da obesidade na infância e adolescência já foram criadas. Entre elas, pode-se citar a merenda escolar que deve ser preferencialmente feita por alimentos *in natura*, ou semi-elaborados. O cardápio semanal das escolas deve ser preparado por um profissional da nutrição capacitado, respeitando os costumes alimentares de cada local (Ministério da Saúde, 2016).

Além do tratamento nutricional e a prática de atividades físicas, o Ministério da Saúde (2014), indica o tratamento psicológico como sendo fundamental para o tratamento da obesidade. As Diretrizes Brasileiras da Obesidade e o Caderno de atenção Básica número 38 do ministério da saúde indicam como terapia de apoio para mudança de Hábitos a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Isto porque é a abordagem com mais evidências de efetividade para mudanças comportamentais de pacientes com obesidade. Contudo, esses resultados obtidos por meio de intervenções baseadas na TCC não se mantêm a médio e a longo prazo (Dorsten & Lindley em Finger & Potter, 2011). Uma provável explicação para a não manutenção dos novos hábitos está na ambivalência presente nestes pacientes. Esta ambivalência expressa o querer e o não querer mudar os comportamentos não saudáveis, como a má alimentação e os baixos níveis de atividade física. Logo, uma das possibilidades clínicas que melhor trabalha com a ambivalência, e que também é indicada pelo Ministério da Saúde, é a entrevista motivacional (EM) (Finger & Potter, 2011).

Inicialmente a EM foi descrita no tratamento para a dependência química, mas posteriormente suas contribuições se estenderam para outras áreas (Rollnick, Miller & Butler, 2009). A EM pode ser usada para auxiliar as pessoas a identificarem seus problemas presentes, e a agirem caso estejam motivados para isso. Na maior parte das vezes, é utilizada como uma etapa inicial do tratamento, sendo ela uma intervenção focada no problema, que tem breve duração. Essa técnica, não tem como objetivo ensinar novas habilidades, psicoeducar ou fazer uma reestruturação cognitiva, mas sim estimular e guiar a mudança por meio do incremento da motivação, portanto, baseia-se em dois conceitos principais: ambivalência e motivação (Andretta, Oliveira, Zambom & Dornelles, 2012).

A motivação para a mudança é identificada por meio de outro modelo, conhecido como Modelo Transteórico de Motivação para a Mudança Comportamental (MTT). Esse modelo foi desenvolvido por dois psicólogos: James Prochaska e Carlo DiClemente (1982). O desenvolvimento desta teoria se deu a partir das experiências com tabagistas, pois os psicólogos queriam responder a pergunta “o que faz as pessoas mudarem?”. Para isso, estudaram diversas teorias psicológicas e com base nelas desenvolveram o MTT. Este modelo compreende a mudança como um processo que perpassa quatro dimensões: está-

gios de mudança, processos de mudança, marcadores da mudança e o contexto da mudança.

Conforme as indicações do caderno de saúde pública nº 38 do Ministério da Saúde (2014) a compreensão sobre os estágios motivacionais é essencial para que o tratamento de crianças obesas seja eficaz. A EM é uma forma de comunicação com o paciente que tem o objetivo facilitar os processos de mudança de comportamentos. Ela não possui uma estrutura, mas sim estratégias e princípios. Já o MTT traz os conceitos de estágio de motivação para a mudança. Assim, ambas as teorias podem ser utilizadas em conjunto, ou seja, quanto menos pronto o paciente estiver para mudar, quanto mais inicial for o seu estágio de prontidão para a mudança, mais se empregará a EM (Ludwig, Suzin, Bortolon, Boff & Oliveira, 2016).

Verificam-se as dificuldades em modificar comportamentos que sejam disfuncionais. Em função disso, pensa-se que com os resultados obtidos para dependência química, e para o tabagismo, as intervenções com Entrevista Motivacional e MTT possam auxiliar no tratamento da obesidade. Estudos têm demonstrado que uma pequena parte da população de crianças e adolescentes consegue aderir a tratamentos para perda de peso (Boff, 2017). A dificuldade em manter os hábitos aprendidos em diferentes programas nutricionais perpassa por questões psicológicas, como a motivação para manutenção de hábitos. Neste sentido, outros estudos com adolescentes e adultos demonstram que quando abordagens motivacionais são combinadas com orientações nutricionais e de atividade física a mudança de hábitos se mantém por mais tempo (Boff, 2017; Bean et al., 2015; Gourlan, Sarrazin & Trouilloud, 2013).

Uma revisão sistemática demonstrou que as abordagens motivacionais tem sido a terapia de apoio mais utilizada em programas para redução de peso em adolescentes (Boff, Liboni, Batista, Souza & Oliveira, 2017). No entanto a literatura é escassa em abordar as estratégias mais eficazes com crianças. Assim, este estudo pretende investigar o efeito de intervenções motivacionais não medicamentosas sobre a mudança de hábitos na obesidade infantil. O estudo dessas intervenções poderá contribuir para que haja uma maior interação sobre essa estratégia de tratamento, dado que a EM e o MTT são recentes e o uso ainda é limitado pela área da psicologia.

Intervenções motivacionais surgem como possíveis intervenções para a obesidade. A utilização pela Psicologia pode ser de grande valia para o tratamento da obesidade, pois ela pode ser o primeiro passo do tratamento, que posteriormente continuará, ou ser suficiente para que as mudanças sejam alcançadas. Caso ela seja o primeiro passo do tratamento, é importante saber se o paciente está motivado e preparado para as próximas intervenções,

pois isso faz com que o índice de recaídas seja menor. Sabe-se que a recaída durante o processo de tratamento é normal e até esperada, porém a EM exige do paciente algumas atitudes, contudo não o obriga a fazê-las. Por esta razão, além da utilidade para a Psicologia, outras áreas poderão se beneficiar da presente pesquisa, visto que o trabalho com a obesidade deverá acontecer de maneira interdisciplinar.

Uma revisão de literatura semelhante foi encontrada. Contudo, este estudo foi publicado na língua inglesa e incluiu pesquisas relacionadas à eficácia apenas da Entrevista Motivacional com crianças com sobrepeso e obesidade. Além disso, o estudo utilizou somente duas bases de dados para a seleção dos artigos (Borrello, Pietrabissa, Ceccarini, Manzoni & Castelnuovo, 2015). Já a presente pesquisa utilizou três bases de dados para seleção e a amostra foi de crianças obesas. Além disso, foram incluídos estudos que contemplassem a Entrevista Motivacional e o Modelo Transteórico de Mudança, por se entender que a eficácia dos tratamentos é maior quando ambas as intervenções são combinadas.

Assim, este estudo irá inicialmente apresentar as motivações pessoais da pesquisadora e seus objetivos. Em seguida, as variáveis da pesquisa serão conceituadas por meio de uma revisão de literatura. Logo após, o método de revisão sistemática será apresentado como escolha para resposta do problema de pesquisa. Por fim, será apresentado os resultados e as discussões decorrentes do estudo.

MOTIVAÇÃO PESSOAL DA PESQUISADORA

A escolha dessa temática se deu principalmente a partir da disciplina de Psicologia e Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, cursada durante a graduação. Nesta disciplina pode-se perceber a importância do auxílio psicológico nos transtornos alimentares e na obesidade. Além disso, conversas foram realizadas com uma nutricionista que atua utilizando a entrevista motivacional e outras técnicas da TCC. Através disso, percebeu-se que a utilização desses saberes psicológicos aumenta a eficácia no tratamento e na não recaída de pacientes obesos.

A realização de um intercâmbio na Universidade de Coimbra (UC), Portugal, também contribuiu para a escolha do tema. Em uma das disciplinas cursadas na UC tive a oportunidade de aprender sobre a Entrevista Motivacional e o Modelo Transteórico. Nesta ocasião foi enfatizada a efetividade desse tipo de abordagem com crianças e no tratamento de doenças complexas, em que há pouca adesão ao tratamento e o manejo é dificultado.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar o efeito de intervenções motivacionais não invasivas e não medicamentosas sobre a mudança de hábitos em crianças

Objetivos Específicos

- Discorrer sobre as avaliações antropométricas de crianças com sobrepeso/obesidade;
- Demonstrar dados epidemiológicos da obesidade no mundo e no país e o seu impacto para saúde física e emocional nas crianças;
- Apresentar as principais estratégias de tratamento da obesidade infantil de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais;
- Dissertar sobre abordagens psicológicas mais usuais e recomendadas a esta população;
- Apresentar a interface da Psicologia da Saúde com a obesidade infantil e as abordagens motivacionais;
- Descrever as abordagens motivacionais (Entrevista Motivacional e Modelo Trans-teórico de Mudança);
- Avaliar o efeito de abordagens motivacionais sobre a mudança de hábitos em crianças por meio de uma revisão sistematizada da literatura.

REVISÃO DA LITERATURA

Diagnóstico da Obesidade Infantil

As doenças crônicas não transmissíveis apresentam-se, no cenário brasileiro e mundial, como sendo um desafio contemporâneo. Nessa conjuntura, ressalta-se a obesidade infantil, pois simultaneamente, é uma doença e uma condição de risco para outras complicações (Ministério da Saúde, 2014). Em vista disso, e devido ao significativo aumento de crianças obesas e da persistência dessa doença ao longo da vida adulta, a obesidade infantil situa-se como um dos problemas de saúde pública (Carvalho et al. 2013).

Estudos realizados no Brasil demonstram que a obesidade e o sobrepeso estão cada vez mais presentes nas crianças. Uma pesquisa realizada na Bahia apontou que 9,3% e 4,4% das crianças tinham sobrepeso e obesidade respectivamente (Oliveira, Cerqueira, Oliveira, 2003). Já um estudo feito no estado do Paraná apontou que 16,65% das crianças com idade pré-escolar tinham excesso de peso (Alves, Colauto, Fernandes, Zabine & Nienow, 2008). Outra pesquisa, realizada no mesmo estado, demonstrou que 51,86% dos meninos estavam com sobrepeso e obesidade, enquanto 30,77% das meninas apresentavam sobrepeso (Viera, Machineski, Lopes, Favil & de Paula, 2017). A partir desses dados fica visível o aumento do excesso de peso infantil. A identificação da obesidade precocemente é fundamental para que sejam planejadas intervenções, visando a prevenção de doenças e complicações futuras.

A obesidade é uma doença crônica com origens multifatoriais. Na maior parte dos casos, o seu progresso está associado a fatores genéticos, ambientais e comportamentais (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). Caracteriza-se por ser um distúrbio do metabolismo energético, no qual há uma reserva excessiva de energia, sob a forma de triglicérides no tecido adiposo. A energia estocada no ser humano é regulada através da ingestão e do gasto energético, que quando equilibrados, mantém o peso corporal. Porém, quando a ingestão calórica for maior que o gasto energético tem-se, em longo prazo, a obesidade (Escrivão, Oliveira, Taddei & Lopez, 2000).

Para que o estado nutricional de uma criança seja classificado é necessário atentar para a sua idade. A classificação de crianças menores de 5 anos é feita através das curvas de crescimento infantil propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2006. Já para as crianças com idade entre 5 e 10 anos a referência foi lançada pela OMS no ano de 2007. A fim de realizar essa avaliação, são necessários dados como data de nascimento, data do atendimento, peso, estatura e o sexo da criança. Com esses dados, é possível realizar o cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) por idade. Esse cálculo é feito através da

divisão entre o peso e a altura da criança, o qual proporciona um resultado que pode ser verificado conforme a Tabela 1 (Ministério da Saúde, 2014).

Tabela 1

Ponto de Corte de IMC, de Acordo com a Idade, para Diagnóstico de Excesso de Peso e Obesidade

Idade em anos	Meninos		Meninas	
	Sobrepeso	Obesidade	Sobrepeso	Obesidade
2	17,33	18,84	17,09	18,72
2,5	17,09	18,56	16,92	18,53
3	16,89	18,34	16,80	18,42
3,5	16,75	18,21	16,76	18,44
4	16,67	18,17	16,77	18,53
4,5	16,63	18,21	16,83	18,67
5	16,62	18,29	16,9	18,81
5,5	16,68	18,35	16,92	19,01
6	16,76	18,52	17,01	19,22
6,5	16,89	18,75	17,13	19,48
7	17,05	19,02	17,29	19,79
7,5	17,23	19,33	17,49	20,15
8	17,44	19,67	17,73	20,56
8,5	17,66	20,06	18,01	21,02
9	17,91	20,47	18,33	21,51
9,5	18,18	20,92	18,67	22,03

Tabela reproduzida de: Ministério da Saúde (2014). *Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade* (Caderno de atenção básica n 38). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde (p. 39).

Além da utilização do cálculo do IMC por idade, o diagnóstico da obesidade infantil pode ser feito através dos gráficos de Peso por Idade, por Percentis e pelos *Score-Z* disponibilizados pela OMS (Mello, Luft & Meyer, 2004). Para mais, a avaliação do excesso de peso pode ser clínica, sendo baseado na história clínica e nutricional do paciente. Assim, o profissional irá realizar um exame físico detalhado, o qual busca sinais relativos a distúrbios nutricionais e dados antropométricos (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012).

A rotina de permanecer várias horas por dia em frente a diferentes telas, a disseminação dos jogos eletrônicos, a diminuição do aleitamento materno e o consumo de alimentos altamente processados e industrializados são condições que contribuem para o cresci-

mento da obesidade infantil (Escrivão, Oliveira, Taddei & Lopez, 2000). Além disso, a redução dos espaços de lazer, a insegurança, a comodidade de deslocamento e os avanços tecnológicos reduzem as atividades físicas realizadas por crianças, levando-as ao sedentarismo (Barbosa, 2009).

A inatividade física está ligada principalmente, ao *tempo de tela* diário das crianças. O número de horas assistindo televisão, jogando vídeo game, utilizando dispositivos eletrônicos, como *tablet*, computador e celular, faz com que o gasto calórico das crianças seja reduzido, implicando assim, no aumento de peso (ABESO, 2016). Porém, além do sedentarismo provocado por essas atividades, o público infantil acaba sendo um dos maiores alvos da mídia presente nestes dispositivos. As propagandas de alimentos, que se utilizam de desenhos animados, músicas, coleções de brinquedos entre outras formas de atrair as crianças, incentivam o consumo de determinados produtos. Geralmente, os produtos em questão são altamente calóricos e pouco nutritivos (Ministério da Saúde, 2014).

O excesso de peso na infância é considerado um fator de risco para surgimento da obesidade na adultez, isto é, existe um risco ampliado da criança obesa perdurar com excesso de peso na vida adulta (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). “A probabilidade de que uma criança obesa permaneça obesa na idade adulta varia de 20% a 50% antes da puberdade e 50% a 70% após a puberdade.” (ABESO, 2016, p.137)

Além disso, a obesidade na infância se torna algo preocupante na medida em que esse aumento de peso causa uma série de complicações (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). Dentre elas, pode-se citar: asma, doenças cardiovasculares, aumento do colesterol, problemas ortopédicos, diabetes, hipertensão arterial, apnéia obstrutiva do sono, refluxo, síndrome dos ovários policísticos, incontinência urinária, diferentes formas de cânceres, além de problemas psicossociais (ABESO, 2011). No caso das doenças cardiovasculares, a manifestação irá ocorrer anos depois, porém as causas aparecem na infância. Quanto maior o grau de obesidade, maiores serão os fatores de risco desenvolvidos na vida adulta para o aparecimento dessas doenças. Em consequência das doenças citadas, a qualidade de vida de crianças obesas fica comprometida. Contudo, o comprometimento físico, a intolerância ao calor, o cansaço e a falta de ar, também são fatores que impactam no bem-estar dessas crianças (ABESO, 2016).

Os aspectos psicológicos relacionados à obesidade infantil também devem ser contemplados, dado que a obesidade provocada por fatores endócrinos ou genéticos equivalem a um pequeno percentual (Escrivão & Lopes, 1995). Um estudo realizado por Andrade (1995), no ambulatório de Obesidade Infantil da Universidade Federal de São Paulo, apontou que 76,8% das crianças obesas apresentavam problemas emocionais. Entre esses pro-

blemas emocionais, cabe destacar que crianças obesas podem ser mais regredidas e infantilizadas, fatores que geram dificuldades nas relações sociais, dependência materna, baixa auto-estima, insegurança e agressividade reprimida (Salim & Bicalho, 2004). Para mais, em uma sociedade que enfatiza a aparência física, o indivíduo obeso acaba enfrentando discriminação e estigmatização social (Luiz, Gorayeb, Liberatore & Domingos, 2005).

Outra questão importante apontada por Andriola e Cavalcante (1999), é a de que crianças obesas são mais vulneráveis à depressão infantil. O desenvolvimento dessa depressão estaria relacionado às dificuldades comportamentais, familiares, sociais e escolares enfrentadas por crianças obesas. Os autores ainda salientam que quanto mais problemas comportamentais a criança manifestar, maiores serão as chances de desenvolver um quadro depressivo (Andriola & Cavalcante, 1999).

A obesidade pode ser considerada uma das mais complexas alterações do corpo humano, a qual exige um bom entendimento. Para isso, esse problema deve ser abordado de maneira transdisciplinar (Luz & Oliveira, 2013). O tratamento da obesidade infantil não deve ser prorrogado, já que existem possibilidades de permanência da doença na vida adulta. Para o tratamento são abordadas questões relacionadas à dieta, ao estilo de vida, a dinâmica familiar e a prática de atividades físicas (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012).

O desenvolvimento dos hábitos alimentares se inicia desde o nascimento do bebê, através dos padrões de comportamento alimentar introduzidos pelos pais e responsáveis. É nesse momento que a criança internaliza questões como o sabor, o cheiro, a textura, a quantidade, o horário e o ambiente das refeições. A formação desses hábitos se inicia na infância e se prolonga para as outras fases da vida (Ministério da Saúde, 2014).

Conforme indicações da Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), o tratamento dietético da obesidade infantil deve ser elaborado de maneira individualizada, e fixado de maneira gradativa, evitando dietas rígidas e restritivas. A dieta dar-se-á de maneira balanceada, com a escolha de alimentos aceitos pela criança. Essa reeducação alimentar é fundamental para que a criança crie o hábito de se alimentar de forma saudável. Além do tratamento nutricional, a atividade física também é indicada. É recomendado que crianças em idade escolar pratiquem ao menos 60 minutos de atividades físicas diárias. Essa prática pode se dar por meio de brincadeiras, jogos, esportes, transporte, educação física e outras maneiras lúdicas de envolver a criança.

Já a abordagem psicossocial assinalada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2012) é a sistêmica. Assim, o foco deveria ser ampliado abrangendo a família do paciente, pois a criança não é a única responsável pelo seu excesso de peso. Ademais, o tratamento

medicamentoso não é indicado no caso da obesidade infantil, somente quando existem comorbidades agravadas pelo excesso de peso.

A Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) (2016) também recomenda a abordagem dietética e o aumento das atividades físicas para o tratamento da obesidade infantil. Contudo, além dessas duas maneiras, a ABESO também pontua a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como uma estratégia. O seu objetivo seria auxiliar no controle do peso, aumentando a motivação para o tratamento e diminuindo as recaídas. Para isso, uma das estratégias comportamentais presente nas Diretrizes Brasileiras da obesidade é a Entrevista Motivacional.

A Interface Entre a Psicologia e a Saúde: Apoio na Adesão a Tratamentos

A Psicologia da Saúde pode ser definida como sendo a utilização de conhecimentos e técnicas psicológicas voltadas à saúde, as doenças e aos cuidados em saúde, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças (Marks, Murray, Evans & Willig, 2005). Essa área da psicologia compreende que os contextos sociais e culturais, onde os processos de saúde-doença ocorrem, são relevantes, pois o significado desse processo se difere dependendo do nível socioeconômico, do gênero e da diversidade cultural (Teixeira, 2004).

Ter um distúrbio psicológico não é obrigatório para que o indivíduo seja atendido pela Psicologia da Saúde. O que diferencia essa área da psicologia das demais é justamente o fato de que os sujeitos por ela atendidos possuem, normalmente, dificuldades ligadas à saúde física, de diferentes gravidades. Frequentemente são pessoas que apresentam um problema orgânico vinculado a questões comportamentais e/ou emocionais (Gorayeb, 2010). O trabalho desenvolvido em Psicologia da Saúde é multidisciplinar, o que exige que o psicólogo e os outros profissionais tenham conhecimento das demais áreas de atuação em saúde, como por exemplo, em Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, dentre outras. O trabalho em conjunto entre as áreas do conhecimento torna o tratamento mais eficaz, pois os profissionais devem conhecer e respeitar o trabalho do outro (Gorayeb, 2010).

Sendo assim, o trabalho desta área contribui para que doenças crônicas sejam tratadas e prevenidas. As doenças crônicas não transmissíveis são apontadas como uma das principais causas de morte em todo o mundo, sendo que seus principais fatores de risco são o tabaco, a má alimentação, o sedentarismo e o elevado consumo de álcool, responsáveis pela epidemia da obesidade e sobrepeso, pelas altas taxas de hipertensão arterial e pelo elevado colesterol (Ministério da Saúde, 2011; Malta et al., 2006). Contudo, esse tipo de patologia apresenta dificuldades na adesão ao tratamento e na modificação de hábitos o que implica em aspectos emocionais como mediadores dos desfechos de melhora.

O entendimento de que a saúde depende do comportamento e da dedicação de cada um, está cada vez mais difundida. Entretanto, essa compreensão não é suficiente para que as pessoas assumam a responsabilidade pela sua saúde (Viana & Almeida, 1998). Comportamentos e hábitos consolidados estão ligados a doenças em que o tratamento implica na modificação desses comportamentos, os quais dificilmente se alterarão. Dentre estas doenças encontra-se a obesidade que é resistente a tratamentos, e os resultados obtidos raramente se mantêm (Viana, 2002).

Diversos fatores estão implicados na adesão ao tratamento que envolve mudanças comportamentais. Esses fatores envolvem diferentes esferas, como a prescrição em si (complexidade, efeitos colaterais, exaustão), fatores individuais (saúde mental, motivação e personalidade), características sociodemográficas e fatores interpessoais (suporte social) (Williams, Haskard-Zolnieriek & Dimatteo, 2014). Essas esferas se relacionam e influenciam no tratamento e na modificação dos comportamentos, e por isso, torna-se complexo para o profissional que irá auxiliar na mudança comportamental desejada. A mudança comportamental demanda tempo e energia, e por isso, não acontece por meio de um único movimento. A modificação de comportamentos é um processo e acontece interna e comportamentalmente. Seu início geralmente se dá através dos processos cognitivos, ou seja, dos pensamentos que a pessoa tem e que estão envolvidos na situação ou no comportamento-problema (Velasquez, Mauer, Crouch & DiClemente, 2001).

Referindo-se a obesidade infantil e ao seu tratamento, pode-se pensar que diferentes situações constituem-se como barreiras para a mudança. Obstáculos individuais, sociais e ambientais fazem parte do processo de modificação dos comportamentos. Dentre as barreiras individuais cita-se a falta de conhecimento, a motivação limitada ou inexistente, a falta de consciência, hábitos alimentares inadequados e outros. Já as sociais abrangem as normas da cultura, feriados e práticas religiosas, composição familiar e isolamento social, refeições feitas fora de casa dentre outras. As dificuldades ambientais contemplam a mídia e os estímulos externos, o acesso facilitado a alimentos pouco saudáveis, a frequência de exposição a comidas e etc. (Thomson & Foster, 2014).

Sendo o comportamento o objeto de análise da Psicologia, esta pode ser coerente com os comportamentos das pessoas em diferentes contextos, especialmente nos processos que dizem respeito à saúde e a doença (Viana, 2002). As barreiras enfrentadas pelos indivíduos em processo de mudança podem ser superadas quando a motivação é potencializada, e para isso, intervenções motivacionais se mostram eficientes (Boff, et al., 2017). Por isso, a Psicologia da Saúde, e as abordagens motivacionais, como a Entrevista Motivacio-

nal e o Modelo Transteórico de Mudança, são indicadas para o processo a adesão ao tratamento e a prevenção da obesidade infantil.

Modelos Motivacionais de Intervenção: Entrevista Motivacional e Modelo Transteórico

A entrevista motivacional (EM) foi descrita inicialmente no ano de 1983 pelo psicólogo americano William Miller, como sendo uma intervenção breve voltada ao tratamento de alcoolistas, visto que essa população costuma apresentar pouca motivação para o tratamento (Rollnick, Miller & Butler, 2009). Posteriormente as bases da EM foram publicadas em um ensaio clínico de TCC designado ao tratamento de dependências químicas e uso de álcool. A partir dessa experiência, Miller redigiu as diretrizes atuais da entrevista motivacional, as quais focam, especialmente, no modo como são dadas as respostas ao discurso e na empatia para com o cliente (Ludwig et al., 2016).

O primeiro manual de EM foi publicado em 1991 por Miller e Rollnick, o qual relatava de maneira mais precisa os processos e as técnicas clínicas (Ludwig et al., 2016). Após essa primeira publicação, outras pesquisas foram feitas para a utilização da EM para jogo patológico, transtornos alimentares, ansiedade, depressão, entre outros (Finger & Potter, 2011). O foco da entrevista motivacional é ajudar o paciente a resolver sua ambivalência com relação à modificação de comportamentos, utilizando a própria motivação, esforço e engajamento (Souza, Silva, Boff, Trindade & Oliveira, 2012). Assim, a EM passou a ser utilizada em uma série de comprometimentos ligados a mudança de comportamento e estilo de vida (Rollnick, Miller & Butler, 2009).

A EM foi influenciada por diversas teorias psicológicas tais como: behaviorismo, cognitivismo, terapias cognitivo-comportamentais, sistêmica e centrada na pessoa. Sendo assim, a EM faz uso de elementos diretivos e não diretivos (Andretta et al., 2012). Sua duração é breve, podendo ser realizada em apenas uma entrevista ou como um processo terapêutico com duração de até oito sessões (Oliveira & Laranjeira, 2004).

A EM caracteriza-se por ser focada e centrada no cliente, que através da resolução da ambivalência, procura desenvolver motivação intrínseca de mudança comportamental direcionada a um objetivo (Payá & Figlie, 2004). A EM é forma de conversa colaborativa direcionada a consolidação da motivação e compromisso com a mudança (Figlie & Guimarães, 2014). Conforme Miller e Rollnick (em Finger & Potter, 2011) a EM é uma maneira de ajudar as pessoas a identificarem e a realizarem algo acerca de seus problemas atuais ou possíveis, sendo satisfatória a pessoas que se encontram ambivalentes com relação à mudança. Dessa maneira, a EM não é considerada uma técnica e sim um estilo clínico, assina-

lado por um espírito colaborativo, evocativo e que respeita a autonomia do paciente (Rollnick, Miller & Butler, 2009).

Fundamentada por dois conceitos principais, ambivalência e motivação, a entrevista motivacional atua como uma ferramenta que auxilia o paciente para que ele se sinta implicado e no comando de sua saúde (Souza et al., 2012). A ambivalência configura-se como sendo a expressão do conflito entre duas possibilidades. É necessário que a ambivalência seja trabalhada, pois ela é o centro da problemática, dado que se os prós ultrapassam os contras, a probabilidade de mudança é ampliada. Isso quer dizer que, mesmo querendo mudar, o sujeito também quer permanecer igual. As pessoas normalmente permanecem com comportamentos que de alguma maneira trazem recompensas. Assim, esses comportamentos poderão se tornar hábitos ou comportamentos aditivos. Para que a mudança seja realizada a motivação para alterar esses comportamentos deve ser superior do que o motivo para permanecer como tal. A EM deverá examinar a ambivalência e os conflitos do paciente, encorajando-o a expor suas aflições acerca da mudança (Andretta et al., 2012).

O sucesso da EM dependerá, em grande parte, da postura do terapeuta. Rollnick, Miller e Butler (2009), apontam três habilidades comunicativas básicas para profissionais que farão uso da EM. A primeira delas é *perguntar*. As perguntas são feitas com o intuito de compreender a problemática do paciente. A *escuta* é a segunda habilidade, que quando feita de maneira adequada estimula o paciente para que ele explore e revele mais seus obstáculos. Além disso, é através da escuta que se verifica se o que foi entendido está correto. Por fim, a terceira habilidade é a de *informar*. Esta habilidade é o modo essencial de transmitir conhecimentos para o paciente acerca de uma diversidade de dados sobre a problemática e orientações.

Na prática clínica, o propósito da entrevista motivacional é consolidar a importância da mudança para o paciente, fazendo uso de cinco princípios. O primeiro deles é *expressar empatia*, utilizando-se da escuta para compreender e aceitar os sentimentos e as crenças do paciente, deixando-o livre para a mudança. O segundo princípio é *desenvolver discrepância*. Este princípio diz respeito à situação atual do paciente e aonde ele quer chegar. É necessário analisar as metas pessoais e os valores do cliente, mostrando como essas são discrepantes ao comportamento manifesto. *Evitar a argumentação* é o terceiro princípio. A argumentação não é indicada, pois, ela poderá gerar atitudes defensivas por parte do paciente. O quarto princípio é *acompanhar a resistência* de acordo com as prioridades que o cliente deseja trabalhar. Este princípio é o oposto da argumentação, visto que, quando o cliente está ambivalente, o terapeuta procura realizar reflexões com o intuito de nortear as percepções do paciente. Já o quinto estágio diz respeito à *promoção da autoeficácia*. O

terapeuta trabalha para que o paciente se sinta confiante e capaz de realizar mudanças, pois só assim, eles irão considerar a possibilidade de mudar. (Andretta et al., 2012; Ludwing et al., 2016; Oliveira & Laranjeira, 2004; Payá & Figlie, 2004).

Inicialmente, o primeiro passo para ajudar os pacientes a considerar a mudança positiva é preparar-se para conversar sobre a mudança. A função do terapeuta será a de evocar essa conversa, ao invés de impulsionar sua resistência. O tema da conversa, em um primeiro momento, deverá ser sobre o desejo de mudar, para posteriormente abordar a questão da capacidade do paciente para isso. As razões para modificar algum comportamento poderão aparecer na conversa sobre a mudança, juntamente com a necessidade de mudar. A ambivalência geralmente compreende conflitos entre esses quatro temas motivacionais: desejo, capacidade, razões e necessidades. Além disso, o comprometimento é essencial para que a mudança ocorra. Outra forma de conversa sobre mudança contempla os passos que já foram dados, mesmo que tenham sido incertos, ao longo do tempo (Rollnick, Miller & Butler, 2009).

Para que isso seja possível é necessário que sejam feitas perguntas abertas, para que o cliente tenha espaço para falar. Ademais, compreender, apoiar e fazer elogios ao paciente através de afirmações, também é uma estratégia relevante na EM. Para que o paciente perceba que o terapeuta está compreendendo o que ele está expressando, é importante que sejam feitos resumos do que o paciente mencionou dentro de um período de tempo. O resumo também permite que o cliente escute novamente as suas ambivalências, mas também suas afirmações motivacionais (Ludwing et al., 2016)

Assim, para que as pessoas ajam a fim de alcançar seus objetivos, é necessário que elas tenham motivação (Vicente Júnior, Dunker, Teixeira, Timerman & Alvarenga, 2015). Portanto, a motivação é a probabilidade de que uma pessoa comece, continue e permaneça em um plano de mudança específico. É um estado de prontidão ou desejo de mudar, que poderá variar de um momento para outro (Jungerman & Laranjeiras, 1999). A motivação é intrínseca, ou seja, ela é um aspecto individual e interno, podendo ser influenciada por fatores externos. Os procedimentos utilizados pela EM se associam ao fato de que grande parte das pessoas não está inteiramente preparada para a mudança, porém não estar pronto não significa que não queiram mudar (Andretta et al., 2012).

A motivação para mudança pode ser compreendida mais satisfatoriamente através dos estágios motivacionais desenvolvidos por Prochaska e Diclemente, no MTT. Embora sejam abordagens motivacionais elas são distintas, pois enquanto a EM é descrita por seus precursores como uma “ferramenta”, um método de comunicação com o cliente/paciente, o

MTT é uma abordagem transteórica explicativa e interventiva sobre o processo de mudança de comportamento (DiClemente, 2017).

O MTT salienta que os seres humanos modificam seus comportamentos de modo intencional. Contudo, essas mudanças pressupõem o comprometimento e a colaboração do sujeito para que se realizem e se mantenham. Esse tipo de mudança se torna diferente na medida em que não são impostas por outras pessoas e/ou circunstâncias. Conforme destaca DiClemente (2017) “esse processo de mudança é relevante para o entendimento dos diferentes padrões de mudança que um indivíduo pode vivenciar: gerar novos comportamentos, modificar comportamentos já existentes ou cessar padrões problemáticos de comportamento.” (p.25) Este modelo baseia-se no pressuposto que a modificação comportamental é um processo com diferentes níveis de motivação e prontidão para mudar. Existem cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (Oliveira & Laranjeira, 2004).

No estágio de *pré-contemplação* o indivíduo não identifica o problema, ou não acredita que necessita de ajuda. Neste, o sujeito não apresenta intenção de mudança. O segundo estágio, *contemplação*, é caracterizado por ser o estágio de transição. Nele o sujeito inicia sua conscientização sobre o problema, considerando possibilidades para modificar seu comportamento, sendo o estágio em que a ambivalência se faz mais presente. Na *preparação* a pessoa está pronta para mudar, ou seja, a intenção e o comportamento se conectam colocando em prática tentativas de mudança. O quarto estágio de mudança, a *ação*, é a etapa em que os comportamentos do indivíduo são modificados explicitamente. O sujeito escolherá uma estratégia de mudança movendo-se em direção da mesma. A *manutenção* é o quinto e último estágio. Este estágio leva algum tempo para se estabelecer, visto que implica na manutenção de novos padrões de comportamento. Nele, também são feitos movimentos com o intuito de prevenir a recaída. As recaídas podem acontecer durante todo o processo de mudança, mas, mais especificamente nos estágio de *ação* e *manutenção*, contudo elas fazem parte do processo e devem ser entendidas como passos do tratamento. Os estágios de mudança são representados em um modelo de espiral como pode ser visto na Figura 3 (Boff, Segalla, Feoli, Gustavo & Oliveira, 2017; Leão et al., 2015; Ludwing et al., 2016; Oliveira & Laranjeira, 2004; Payá & Figlie, 2004).

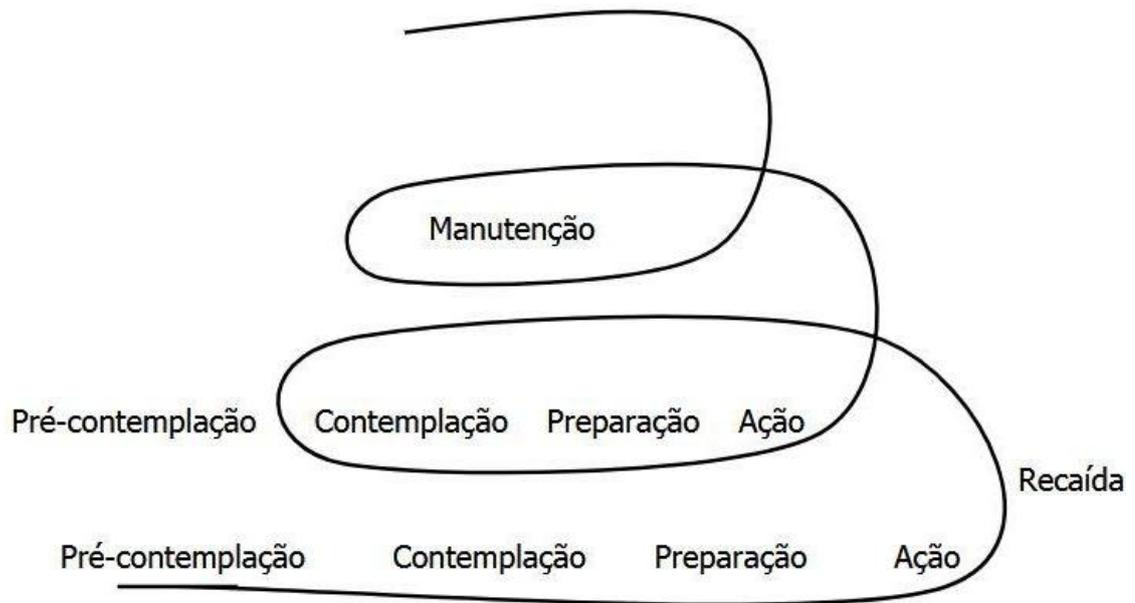


Figura 1. Estágios de mudança.

Figura reproduzida de: Ludwing, M. W. B., Susin, N., Bortolon, C., Boff, R. de M. & Oliveira, M. da S. (2016). Enfoque motivacional para mudança do estilo de vida: combinando a entrevista motivacional e o modelo transteórico. In I. da R. Finger & M. da S. Oliveira (Eds.), *A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade* (pp. 323-350). Novo Hmburgo, RS: Sinopsys. (p.339)

Compreendendo a dificuldade em modificar comportamentos, considera-se que, com base nos resultados obtidos para a dependência química e para o tabagismo, as intervenções motivacionais possam contribuir para o tratamento da obesidade infantil. Ao discorrer sobre a perda de peso através de mudanças de hábitos alimentares, existem diversas condutas-alvo implicadas. A título de exemplo, a mudança de hábitos alimentares abrange comportamentos como a diminuição do consumo de alguns alimentos dando espaço à ingestão de outros, alteração de horários das refeições, adesão a exercício físico, entre outros. Por isso, o processo de mudança se torna difícil, demandando imensa dedicação individual. Tendo em vista a complexidade apontada, é necessário atentar-se a concepção de que a motivação não é um atributo e que nem todas as pessoas estão motivadas a modificar esses hábitos (Boff et al., 2017).

Para que a obesidade infantil seja tratada, é necessário que várias mudanças ocorram, entre elas a modificação dos hábitos alimentares. Contudo, a dificuldade em alterar a dieta dos indivíduos, está na crença de que não há necessidade de modificar esses hábitos. Identificar a necessidade de transformar os hábitos alimentares é uma condição essencial para que se inicie um processo de redução de peso (Leão et al., 2015). Neste sentido, a busca por tratamentos baseados em evidências torna-se uma ferramenta importante para auxiliar profissionais de saúde a nortear suas práticas com esta população.

MÉTODOS

Delineamento

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura. A revisão sistemática da literatura tem como finalidade reunir, avaliar crítica e sinteticamente os resultados de variados estudos. Esse método possibilita potencializar as buscas, reavendo maiores resultados de forma organizada. Como resultado de uma revisão sistematizada tem-se um trabalho reflexivo, crítico e compreensivo, ao invés de uma habitual apresentação cronológica e linear da temática analisada (Fernández-Ríos & Buela-Casal, 2009)

A forma mais conhecida e tradicional de uma revisão de literatura se dá pela consulta de livros e artigos, pesquisados em determinado período de tempo. Contudo, esse tipo de pesquisa ordena os resultados sob o ponto de vista do pesquisador. Ao realizar uma pesquisa com esse tipo de revisão o enviesamento é mais provável, pois o pesquisador poderá dar maior atribuição a materiais que contenham resultados semelhantes ao seu ideal. Sendo assim, a revisão sistemática da literatura é uma metodologia que diminui essa tendência (Fernández-Ríos & Buela-Casal, 2009)

Logo, para que a revisão sistemática da literatura seja construída, são necessárias algumas delimitações. O primeiro aspecto a ser definido é qual será a problemática pesquisada, seguido de: definição das bases de dados; escolha das palavras-chave para as buscas; pesquisa e arquivamento de resultados; seleção de material através da leitura dos resumos, consoante com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos; extração das informações dos artigos selecionados; análise dos artigos e apresentação dos resultados através da síntese e interpretação das informações obtidas (Akobeng, 2005).

O uso de revisões sistemáticas permite que uma grande quantidade de informações seja abordada de forma sintética e objetiva, além de proporcionar uma visão geral das pesquisas na área e das lacunas existentes. Uma revisão sistemática bem feita oportuniza que os Psicólogos clínicos se mantenham informados à respeito de assuntos específicos dentro da saúde mental. Os pesquisadores a utilizam para detectar, fundamentar e elaborar hipótese para novos estudos. Ainda, uma revisão sistemática pode auxiliar administradores da saúde na elaboração de diretrizes e da legislação, visto que seus resultados demonstram a forma de diagnóstico e as estratégias de prevenção e de tratamento (Melnik & Atallah, 2011)

Conforme o modelo de Cook, Guyatt, Laupacis e Sackett (1992) as revisões sistemáticas são classificadas como Nível I de evidência para a tomada de decisão do melhor tratamento a ser utilizado pelo clínico. A psicologia baseada em evidências não engloba

somente assuntos referentes à melhor intervenção terapêutica de cada patologia, engloba também, indagações referentes ao diagnóstico clínico, propostas de intervenção e políticas de saúde mental (Melnik & Atallah, 2011).

Fontes

Estratégias detalhadas de busca individual foram desenvolvidas para cada uma das seguintes bases de dados bibliográficas: *Medline* (via *PubMed*), *Web of Science* e *PsychInfo*. A pesquisa ocorreu entre os dias vinte e oito de março de 2019 a dois de abril do mesmo ano.

Instrumentos

Para gerenciamento do referencial coletado foi utilizado o gerenciador *Mendeley*, que é do grupo *Elsevier*. A *Elsevier* é uma empresa global de análise de informações especializada em ciência e saúde. O *Mendeley* é um programa de administração de referências gratuito, o qual permite: criar a sua própria biblioteca de estudos; gerar referências bibliográficas automaticamente; importar documentos diretamente das bases de dados; acessar os documentos de qualquer lugar; analisar documentos duplicados; entre outras tarefas que facilitam a organização da pesquisa. Sua utilização é combinada entre o *Mendeley Desktop* (versão baixada no aparelho) e o *Mendeley online* (<https://www.mendeley.com>).

Crítérios de Elegibilidade

Foram incluídos artigos científicos na língua portuguesa e inglesa. O método utilizado nesses estudos tratava-se de ensaios clínicos randomizados. Os ensaios deveriam contemplar uma intervenção motivacional (MTT ou EM), com crianças obesas, e idade entre 5 e 10 anos. Além disso, as publicações deveriam ser datadas entre os anos de 2009 a 2019.

Foram excluídos artigos que contemplassem a prevenção da obesidade infantil, sendo selecionados apenas estudos para o tratamento da obesidade infantil, por meio de intervenções psicossociais e não invasivas ou medicamentosas. Estudos de revisão de literatura também foram eliminados. Estudos que focaram a intervenção apenas na família ou na escola, estudos sem um grupo de comparação e estudos que não relataram a eficácia do tratamento também foram descartados.

Procedimentos

As buscas foram realizadas em três bases de dados: *Medline/PubMed*, *PsycInfo* e *Web Of Science*. Essas bases de dados estão entre as mais usuais em saúde e contam com a indexação das melhores revistas na área que envolve a problemática pesquisada (Koller, Couto & Hohendorff, 2014)

Os descritores selecionados e utilizados para as buscas utilizadas foram: *Pediatric obesity*, *Obesity*, *Childhood obesity*, *Child*, *Child nutrition*, *Motivational interviewing* e *Transtheoretical model*. A decisão por esses descritores se deu por meio de buscas na *Medical Subject Headings (MESH)*, coordenada pela *National Library of Medicine*, e nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), administrado pela BIREME/OPAS. Ambas as ferramentas são de vocabulários controlados da área da saúde. Esse vocabulário é subdividido por áreas e pode ser utilizado para a escolha dos descritores de pesquisas (Tardelli, 2009). Utilizar descritores que constam no *Decs* e no *Mesh* viabiliza melhores resultados, uma vez que representam exatamente como as palavras foram indexadas nas bases.

Os descritores acima citados foram combinados usando o operador booleano *And*.. As combinações feitas para as pesquisas foram as seguintes: *Pediatric obesity AND Motivational interviewing*; *Pediatric obesity AND Transtheoretical model*; *Childhood obesity AND Motivational interviewing*; *Childhood obesity AND Transtheoretical model*; *Child AND Obesity AND Transtheoretical model*; *Child AND Obesity AND Motivational interviewing*; *Child Nutrition AND Motivational interviewing*; *Child nutrition AND Transtheoretical model*.

Os filtros utilizados em cada uma das bases de dados foram:

Base *Medline/PubMed*:

- Pesquisas com seres humanos;
- Artigos publicados nos últimos 10 anos;
- Amostra com até 18 anos;
- Idioma.

Base *Web Of Science*:

- Idioma;
- Tipo do material pesquisado: artigos;
- Artigos publicados nos últimos 10 anos.

Base *PsycInfo*

- Artigos publicados nos últimos 10 anos;
- Pesquisa com seres humanos;

- Amostra com até 12 anos;
- Artigos revisados por pares.

Para gerenciar as referências obtidas nas pesquisas utilizou-se o gerenciador de referências *Mendeley*. Essas, foram salvas em pastas distintas, sendo uma para cada base de dados. Após serem feitas todas as pesquisas nas três bases, verificou-se os artigos duplicados. Essa verificação também é possível pelo gerenciador de referências, e pode ser observada na Figura 2. Estudos duplicados foram excluídos. A leitura dos títulos dos estudos foi feita para a eliminação de materiais não condizentes com a pesquisa. Após isso, foi realizada a seleção por resumo. O número final de estudos incluídos na pesquisa se deu pela leitura na íntegra dos artigos que restaram das demais seleções. Os artigos incluídos no estudo foram salvos em outra pasta no *Mendeley*. A Figura 3 representa a organização dos artigos por pastas no gerenciador de referências.

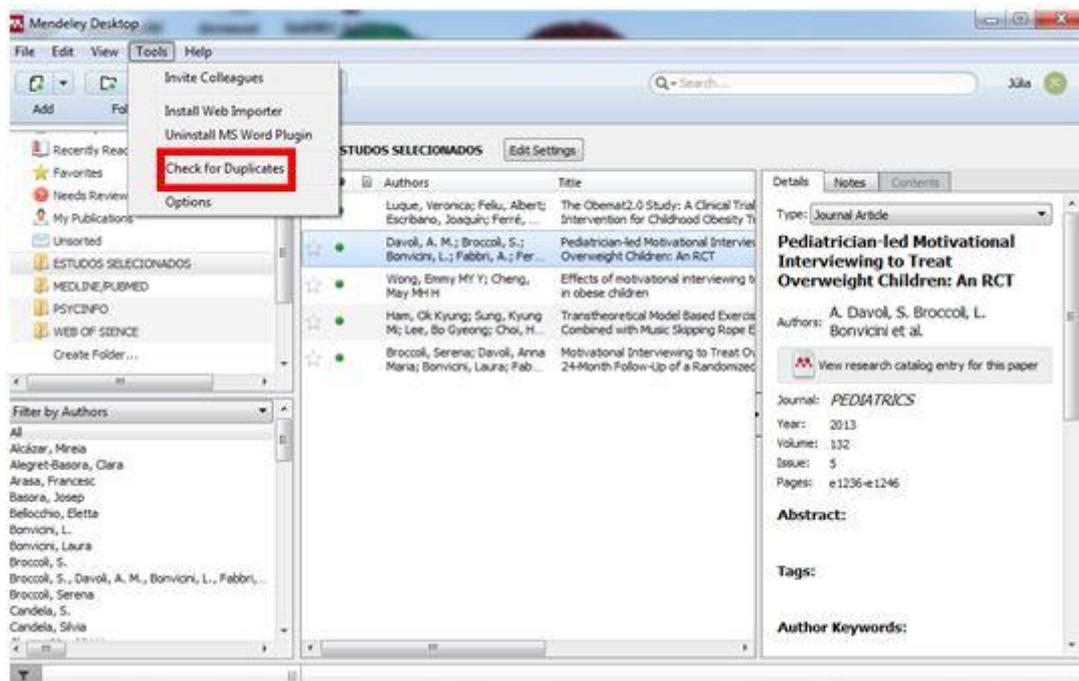


Figura 2. Opção para checagem de estudos duplicados no *Mendeley*.

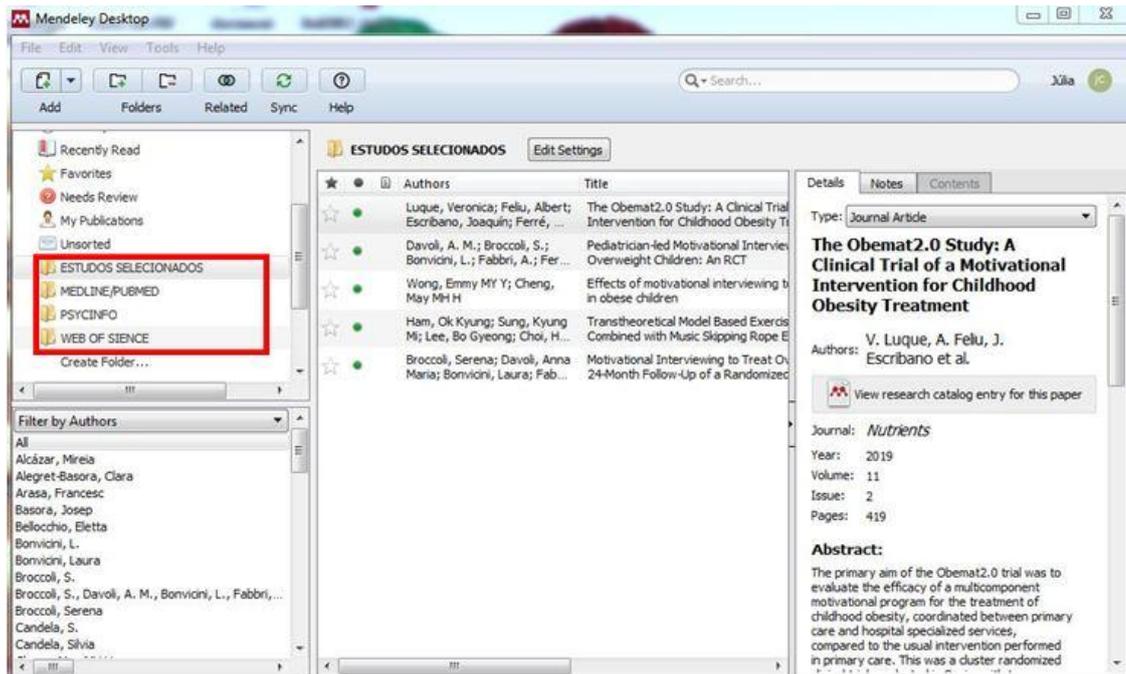


Figura 3. Organização dos artigos em pastas no Mendeley.

Referencial de Análise

A análise do estudo foi baseada na avaliação da efetividade de intervenções. A efetividade de intervenções é um conceito ligado a Prática da Psicologia Baseada em Evidências (PPBE). Essa abordagem é designada para tomadas de decisões fundamentadas na melhor evidência disponível para atendimento dos pacientes. A PPBE possibilita uma prática psicoterápica efetiva e colabora com a saúde de modo geral, pois faz uso de tratamentos empiricamente testados, sejam eles sobre avaliação psicológica, formulação de caso, relação terapêutica e intervenções (American Psychological Association, 2006). Essa prática exige que o psicólogo aprenda e se atualize frequentemente (Spring, 2007).

A utilização de práticas baseadas em evidências surgiu em função de uma série de fatores, sendo eles: científicos; sociais; econômicos; políticos; interesses clínicos em comprovação de resultados; exigência de consumidores em certificar a qualidade dos serviços recebidos; proteção ao direito dos consumidores; interesse de planos de saúde em aumentar a relação custo-benefícios; entre outros. (Beutler, 1998). Atualmente há uma demanda mundial de práticas baseadas em evidências, principalmente em especialidades que buscam promover e cuidar da saúde.

As revisões sistemáticas da literatura são consideradas evidências de nível I, ou seja, são indicadas como as mais confiáveis. Isso se dá pelo fato que as evidências são

classificadas conforme a confiabilidade e a precisão das informações científicas. Sendo assim, as revisões sistemáticas da literatura, conseguem avaliar todas as intervenções, permitindo que haja um embasamento para a tomada de decisão relacionada a conduta que irá ser tomada (Melnik, Souza & Carvalho, 2014). Portanto, este estudo analisou as evidências de efetividade encontradas pelos ensaios clínicos randomizados incluídos, discorrendo sobre os efeitos e vieses dos estudos que pudessem impactar nos resultados dos desfechos.

RESULTADOS

Por meio das estratégias foi possível recuperar 916 estudos, dos quais 650 eram duplicados, ou seja, estavam em mais de uma base de dados. Os 266 estudos que restaram foram avaliados com base no título e resumo. Os textos completos de 42 publicações foram examinados considerando os critérios de elegibilidade, com base nisso, 37 estudos foram excluídos. Estes estudos foram excluídos pois:

- focavam na prevenção da obesidade;
- a faixa etária não era condizente com a escolhida;
- tratavam-se de revisões de literatura;
- referiam-se a validação de instrumentos;
- as intervenções não eram motivacionais;
- apresentavam psicopatologia associada a obesidade;
- a língua não inglês ou português.

A Figura 4 exibe o fluxograma para a inclusão dos 5 ensaios restantes e a Tabela 2 apresenta as características dos estudos. A construção do fluxograma foi baseada nos modelos do PRISMA. O PRISMA é um conjunto mínimo de itens baseados em evidências que são utilizados para revisões sistemáticas e meta-análises, que concentra-se no relato de revisões que avaliam estudos randomizados, mas também pode ser utilizado como base para revisões sistemáticas de outros tipos de pesquisa, especialmente avaliações de intervenções. Um dos seus objetivos é auxiliar os autores a organizar seus estudos (<http://www.prisma-statement.org>).

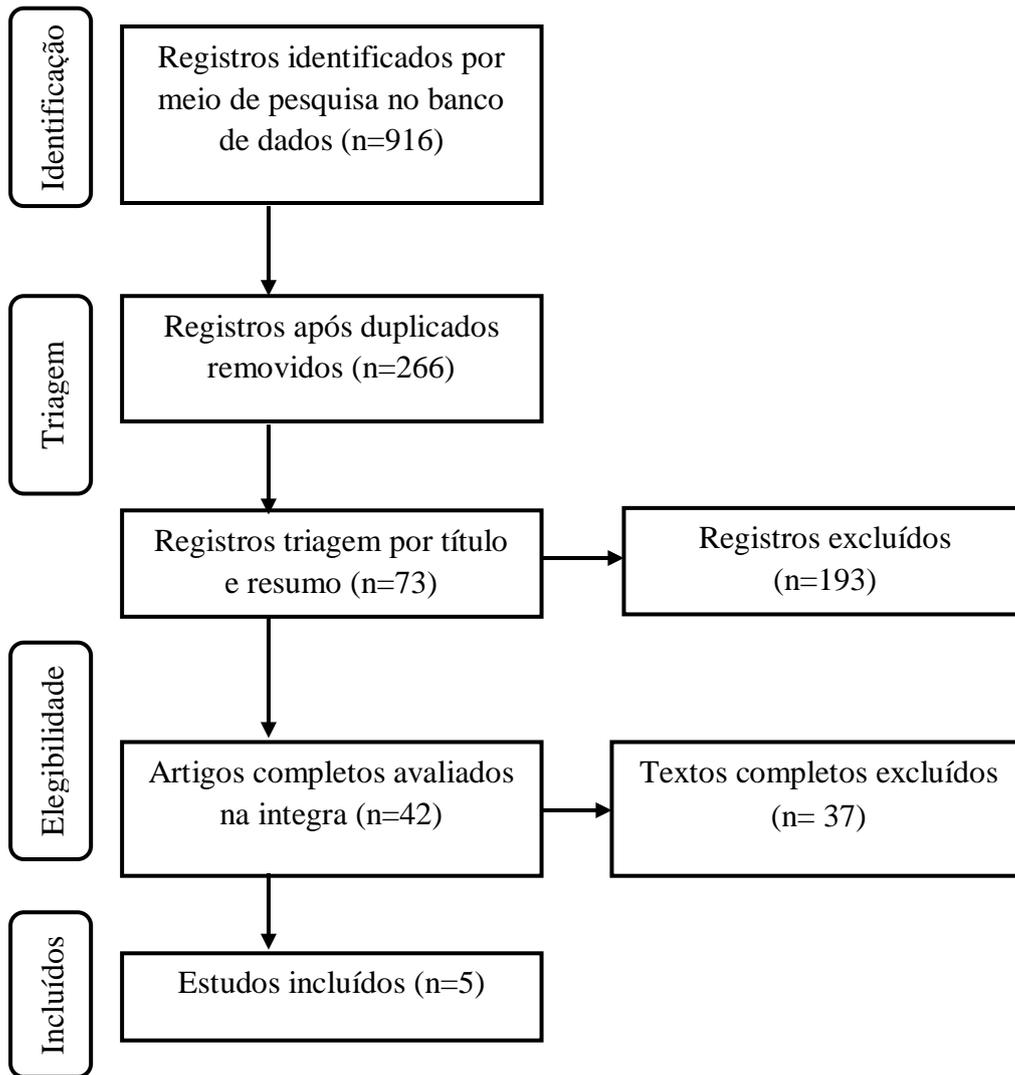


Figura 4. Fluxograma dos estudos incluídos

Tabela 2

Resultado dos estudos

Autor, ano, país	Participantes		Intervenção		Resultados	
	Tamanho da amostra, idade e gênero	Critérios de Elegibilidade	Duração da intervenção Acompanhamento	Descrição da intervenção (ID) Grupo Controle		
Wong, E. MY. & Cheng, M. MH. 2013 Hong Kong	185 9-10 M e F	Crianças obesas de acordo com os gráficos de referência específicos por sexo de Hong Kong Growth Survey (HKGS); crianças sem alergias alimentares graves ou problemas médicos crônicos que afetam a ingestão de alimentos; crianças sem restrições alimentares; crianças ausentes de incapacidade física; crianças em que houve consentimento e permissão dos pais. Aqueles com atraso no desenvolvimento conhecido, um transtorno alimentar conhecido, doenças crônicas, problemas psicológicos ou aqueles que estavam tomando medicação regular foram excluídos.	11 meses 4 e 11 meses	1- Entrevista Motivacional: os participantes tiveram 5 sessões individuais de EM, com duração de aproximadamente 30 minutos, na qual a criança se reuniu com um técnico de saúde e recebeu estratégias de intervenção condizentes com sua prontidão de mudança. 2- Entrevista Motivacional +: os participantes deste grupo receberam as mesmas intervenções do grupo de EM, porém intervenções telefônicas foram feitas com os pais das crianças. Foram 5 intervenções, com o intuito de fornecer informações sobre a perda de peso.	O grupo controle foi formado pelas crianças que não obtiveram autorização dos pais para participar do estudo. Essas crianças não receberam nenhum tipo de intervenção, mas suas medidas antropométricas foram avaliadas no início e no término do estudo.	Os grupos EM e EM + mostraram uma melhora significativa em seu comportamento alimentar e atividade física. Houve uma diminuição significativa na média de ingestão calórica dos alimentos nos últimos sete dias no grupo EM (diferença média: 389.57; $p < 0.01$) e no grupo MI + (diferença média: 376.65; $p < 0.01$). Também apresentaram aumento significativo na média de calorias consumidas devido ao aumento do exercício físico nos últimos sete dias no grupo EM (diferença média: 2052.10; $p < 0.01$) e no grupo EM + (diferença média: 2590.64, $p < 0.01$). Comparando o grupo controle e o grupo EM após a intervenção de 14 semanas, houve melhora significativa nas médias da maioria das medidas antropométricas, incluindo IMC ($t = 3.32$, $p < 0.01$), % de gordura ($t = 2.27$, $p = 0.03$). Comparando as medidas antropométricas do grupo controle e do grupo EM +, foram encontradas diferenças significativas semelhantes à porcentagem de gordura.

Autor, ano, país	Participantes		Intervenção		Resultados	
	Tamanho da amostra, idade e gênero	Critérios de Elegibilidade	Duração da intervenção Acompanha- mento	Descrição da inter- venção (ID)	Grupo Controle	
Broccoli, S. et al. 2016 Itália	372 4-7 M e F	Crianças com excesso de peso avaliadas pelo pediatra de família, com percentil do IMC ≥ 85 e < 95 , e com consentimento dos pais. Foram excluídas crianças com condições metabólicas patológicas e condições patológicas relacionadas à obesidade e sobrepeso. Além disso, famílias que não consideravam o excesso de peso na infância um problema e não estavam interessadas também foram excluídas. Famílias que estavam no estágio de pré-contemplação também não participaram do estudo.	12 meses 24 meses	Cinco sessões de EM foram feitas após a consulta inicial. As sessões feitas com os pais e as crianças foram baseadas no MTT, e em cada sessão estabeleceram-se objetivos para a melhoria da alimentação e da adesão a exercícios físicos das crianças.	O grupo controle recebeu um livreto com as principais informações sobre a prevenção da obesidade (por exemplo, recomendações de dieta saudável oportunista se o pediatra estivesse vendo a criança por outros motivos).	Houve uma diferença significativa no IMC entre os grupos intervenção e controle ($p=0.007$). O efeito da EM no IMC foi mais significativo nas meninas (teste de interação $p= 0.072$), enquanto quase não houve efeito nos meninos. A interação foi ainda mais forte para o nível de escolaridade da mãe (teste de interação $p= 0.008$); para as crianças cujo nível de escolaridade da mãe era baixo, observou-se um efeito ligeiramente negativo não significativo. Em comparação com grupo controle, as crianças do grupo de intervenção aumentaram fortemente a atividade física e diminuíram ligeiramente o tempo que passavam assistindo televisão. Com relação aos hábitos alimentares relatados pelos pais mudanças positivas foram observadas no grupo de intervenção, comparada ao grupo controle, com relação a salgadinhos, sobremesas, doces e bebidas adoçadas. Contudo, após os 24 meses do início do tratamento, as vantagens observadas no grupo de intervenção quase desapareceram e, o efeito rebote no grupo de intervenção produziu um aumento maior no IMC do que no grupo controle. O efeito a longo prazo mostrou apenas melhorias modestas na atividade física ($p = 0.072$), consumo de frutas ($p = 0.070$) e consumo de doces / balas doces ($p = 0.066$), sobremesas ($p = 0.047$) e bebidas açucaradas ($p = 0.004$). As únicas duas exceções foram tomar café da manhã e comer frutas, para as quais melhorias foram observadas em ambos os períodos. O efeito a longo prazo foi semelhante por sexo (teste de interação $p = 0.332$).

Autor, ano, país	Participantes		Intervenção		Resultados	
	Tamanho da amostra, idade e gênero	Critérios de Elegibilidade	Duração da intervenção Acompanha- mento	Descrição da inter- venção (ID)	Grupo Controle	
Luque, V. 2019 Espanha	334 8-13 M e F	Crianças com IMC > percentil 97 foram incluídas no estudo. Crianças com distúrbios alimentares, famílias não disponíveis para participar de visitas agendadas, participação simultânea em outro ensaio clínico, presença de distúrbios endócrinos (distúrbio do hormônio do crescimento, hipotireoidismo, doença de Cushing, puberdade precoce ou outras) e falta de domínio dos idiomas locais, foram excluídas.	15 meses	Obmat 2.0- O tratamento ocorreu nos serviços de atenção primária pelo pediatra habitual e / ou enfermeira pediátrica, juntamente com as 11 visitas mensais, cada visita durou aproximadamente 20 min. O grupo recebeu intervenções baseadas na entrevista motivacional durante as 11 visitas, participou de três oficinas e os participantes receberam um monitor de atividade física (pulseira). Além disso, durante os primeiros quatro a seis meses, as crianças podiam participar de oficinas, onde os terapeutas ensinavam e / ou treinavam e tentavam motivá-las.	Tratamento Habitual: Receberam aconselhamento conforme recomendado pelas Diretrizes para a Prática Clínica na Prevenção e Tratamento da Obesidade Infantil e Infantil do Sistema de Saúde Espanhol. Em cada visita, a família recebia explicações sobre a realização de uma dieta balanceada, dividida em cinco refeições, a fim de propiciar uma redução moderada do consumo energético e tamanho das porções, se necessário.	Estudo ainda não concluído.

Autor, ano, país	Participantes		Intervenção		Resultados	
	Tamanho da amostra, idade e gênero	Crterios de Elegibilidade	Duração da intervenção Acompanhamento	Descrição da intervenção (ID) Grupo Controle		
Ham, O. K., Sung, K. M., Lee, B. G., Choi, H. W., & Im, E. O. 2016 Coreia do Sul	75 8-13 M e F	Crianças com IMC percentil > 85, língua materna é o coreano; matriculados na terceira ou superiores séries em escolas primárias participantes; e sem problemas crônicos de saúde. Foram excluídas crianças que estavam ausentes da escola no dia da coleta de dados, e que se recusaram a coletar amostras de sangue.	12 semanas 3 e 6 meses	Oito sessões de aconselhamento de exercício baseado em MTT durante um período de 3 meses. Técnicos em saúde visitaram as escolas após o horário das aulas, e, prestaram aconselhamento individualizado a cada participante durante as oito sessões. As sessões tiveram duração aproximada de 30 minutos. O aconselhamento realizado foi personalizado de acordo com o estágio de mudança de cada participante. Além disso, uma sessão semanal de 60 minutos de música com atividade de pular corda foi fornecida durante 3 meses.	O grupo controle recebeu uma visita dos técnicos na escola, os quais, forneceram folhetos de aconselhamento e uma sessão de aconselhamento (idêntica à intervenção da semana 1 para o grupo experimental) para cada aluno. Além disso, o grupo também fazia sessões semanais de 60 minutos de música com atividade de pular corda durante 3 meses.	Os resultados do estudo mostraram que, após a intervenção, a autoeficácia melhorou significativamente entre as crianças do grupo experimental (p=0.049) quando comparadas ao controle; as crianças do grupo experimental mantiveram o IMC basal 6 meses após a intervenção (P> 0.05) enquanto as do grupo controle apresentaram um aumento significativo (P < 0.05).

Autor, ano, país	Participantes		Intervenção		Resultados
	Tamanho da amostra, idade e gênero	Critérios de Elegibilidade	Duração da intervenção Acompanhamento	Descrição da intervenção (ID) Grupo Controle	
Davioli et al. 2015 Itália	372 4-7 M e F	Crianças com excesso de peso avaliadas pelo pediatra de família, com percentil do IMC ≥ 85 e < 95 , e com consentimento dos pais. Foram excluídas crianças com condições metabólicas patológicas e condições patológicas relacionadas à obesidade e sobrepeso. Além disso, famílias que não consideravam o excesso de peso na infância um problema e não estavam interessadas também foram excluídas. Famílias que estavam no estágio de pré-contemplação também não participaram do estudo.	12 meses	Cinco sessões de EM foram feitas após a consulta inicial. As sessões feitas com os pais e as crianças foram baseadas no MTT, e em cada sessão estabeleceram-se objetivos para a melhoria da alimentação e da adesão a exercícios físicos das crianças.	O grupo controle recebeu um livreto com as principais informações sobre a prevenção da obesidade (por exemplo, recomendações de dieta saudável oportunista se o pediatra estivesse vendo a criança por outros motivos). Houve uma diferença significativa no IMC entre os grupos intervenção e controle ($p=0.007$). O efeito da EM no IMC foi mais significativo nas meninas (teste de interação $p = 0.072$), enquanto quase não houve efeito nos meninos. A interação foi ainda mais forte para o nível de escolaridade da mãe (teste de interação $p = 0.008$) considerando a escolaridade mais alta. Em comparação com grupo controle, as crianças do grupo de intervenção aumentaram fortemente a atividade física e diminuíram ligeiramente o tempo que passavam assistindo televisão ($p=0.56$). Com relação aos hábitos alimentares relatados pelos pais mudanças positivas foram observadas no grupo de intervenção, comparada ao grupo controle, com relação a salgadinhos, sobremesas, doces e bebidas adoçadas.

DISCUSSÃO

Todos os estudos que apresentaram resultados demonstraram que os grupos experimentais se beneficiaram com a intervenção oferecida, se comparados ao grupo controle. Os estudos também apontam que há diferenças no IMC após a intervenção, mas principalmente, mudanças comportamentais são observadas, tanto na ingestão de calorias, quanto na aderência ao exercício físico (Broccoli et al., 2016; Ham et al., 2016; Wong & Cheng, 2013; Davoli et al., 2013; Luque et al., 2019). Em pesquisas sobre sobrepeso e obesidade com crianças e adolescentes, é questionável acreditar apenas na modificação do peso como variável de resultado, pois existem diversas variáveis que interferem no peso e estas podem ser significativas em estudos longitudinais. Isso acontece, pois essa população sofre com mudanças na composição corporal, principalmente em função do crescimento, mascarando os efeitos dos programas de perda de peso. Nos estudos analisados os comportamentos modificados através da intervenção pareceram mais significativos do que a mudança do peso em si (Reinehr, Kleber & Toschke, 2009).

Todas as intervenções foram unânimes em considerar o apoio familiar como um componente importante na perda de peso das crianças (Broccoli et al., 2016; Ham et al., 2016; Wong & Cheng, 2013; Davoli et al., 2013; Luque et al., 2019). A Entrevista Motivacional compreende que para que haja uma melhora no estilo de vida, tanto as crianças, quanto suas famílias devem estar motivadas para a mudança (Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics, 2003). Intervenções que envolvem a família são consideradas mais eficazes no tratamento da obesidade infantil, pois os membros desta são pessoas influentes na modificação do comportamento (Epstein, Paluch, Roemmich & Beecher, 2007). O incentivo oferecido pelos pais motivados para mudança gera um senso de autoeficácia mais em seus filhos, e isso faz com que a intervenção tenha melhores resultados (Wong, Sit, Tarrant & Cheng, 2012). Um dos estudos analisados também apontou que os pais das crianças participantes também apresentavam sobrepeso e/ou obesidade (Wong & Cheng, 2013). Este dado vai ao encontro com o que é mostrado pela literatura, dado que a obesidade de membros da família é um fator de risco para a obesidade infantil. Isso acontece, pois, a influência genética e os hábitos adotados pela família irão influenciar o estilo de vida das crianças (Escrivão, Oliveira, Taddei & Lopez, 2000).

Uma variável que pareceu ter importância significativa no resultado de um dos ensaios é o nível de escolaridade da mãe dos participantes (Broccoli et al., 2016). Um dos estudos apontou que, crianças cujo as mães possuíam um nível de escolaridade mais alto, se beneficiaram mais com a intervenção. Esse dado demonstra que o efeito de interven-

ções não medicamentosas para a perda de peso em crianças depende de uma diversidade de variáveis como mediadoras dos resultados. Este mesmo estudo, também destacou que crianças do sexo feminino obtiveram melhores resultados do que crianças do sexo masculino (p. 0.053).

A utilização da Entrevista Motivacional e do Modelo Transteórico para Mudanças ocorreu de modo integrado em todos os estudos (Broccoli et al., 2016; Ham et al., 2016; Wong & Cheng, 2013; Davoli et al., 2013; Luque et al., 2019). Entende-se que essas duas formas de intervenção motivacional devem ser implementadas em conjunto, sendo uma complemento da outra. A avaliação do estágio de mudança oferecida pelo MTT é essencial para compreender qual será a intervenção proposta. Em cada estágio de prontidão para a mudança intervenções diferentes de EM poderão ser aplicadas, para que assim, os resultados sejam potencializados (Andretta, Oliveira, Zambom e Dornelles, 2012)

Tanto a EM quanto o MTT postulam que é necessário prevenir a recaída. Contudo, a recaída é vista como parte do processo de modificação dos comportamentos, e por isso, é esperada (Rollnick, Miller & Butler, 2009; Ludwing et al., 2016). Um dos ensaios encontrados verificou que a intervenção feita com as crianças foi efetiva até 12 meses após a intervenção, mas seu efeito se perdeu 24 meses após o início do tratamento (Broccoli et al., 2016). Este fato pode estar diretamente ligado a recaída, comum quando se trata de comportamentos refratários em saúde (Rollnick, Miller & Butler, 2009; Ludwing et al., 2016). A partir disso, entende-se que sessões de reforço são necessárias para que os benefícios das intervenções se mantenham em longo prazo.

O tratamento da obesidade infantil é complexo, e por isso deve ser feito em uma equipe multidisciplinar (ABESO, 2016). Tratamentos interdisciplinares para a perda de peso, com foco na modificação de hábitos alimentares e no incentivo a prática de atividades físicas para alcançar mudanças emocionais e comportamentais são mais eficazes (Peirson et al., 2015). Contudo, os estudos analisados não apresentaram propostas de intervenção com equipes multidisciplinares. Este fato pode ter comprometido a eficácia das intervenções, visto que a obesidade infantil é de difícil manejo (Broccoli et al., 2016; Ham et al., 2016; Wong & Cheng, 2013; Davoli et al., 2013; Luque et al., 2019).

A estruturação do tratamento para a obesidade infantil abrange modificações no comportamento e nos hábitos, tanto das crianças, quanto dos seus familiares. Essas modificações devem incluir alterações na alimentação e na prática de atividades físicas (Soares & Petroski, 2003; ABESO, 2016). No entanto, somente um estudo apresentou uma intervenção combinada, a qual envolvia a prática de exercício físico e entrevistas motivacionais (Ham et al., 2016). Outro comparou sua intervenção a um grupo controle de lista de espera.

Nesses casos, a significância estatística da diferença entre grupos é maior, pois o grupo controle não recebeu nenhum tipo de tratamento. Nos grupos de intervenção houve uma diminuição significativa na média de ingestão calórica dos alimentos ($p < 0,01$), melhora nas medidas antropométricas, incluindo peso corporal ($p = 0,01$), porcentagem de gordura ($p = 0,03$), IMC ($p < 0,01$), circunferência da cintura ($p < 0,01$) e circunferência do quadril ($p = 0,01$), se comparadas ao grupo controle (Wong & Cheng, 2013).

A obesidade é um problema de saúde que demanda resultados a longo prazo dos programas de controle da obesidade (Douketis, Macie, Thabane, & Williamson 2005). Mais estudos para mensurar os benefícios de tratamentos sustentados em intervenções motivacionais são necessários para compreender o efeito de longo prazo dessas intervenções. Também, é importante ressaltar que estudos com foco em crianças são escassos. Através das buscas realizadas percebeu-se que as pesquisas se voltam mais para intervenções preventivas ou com os pais, não envolvendo as crianças. Embora os pais precisem ser envolvidos no processo de mudança de seus filhos, é necessário destacar a importância de evocar a motivação desde pequeno, pois assim, os resultados podem ser potencializados. Além disso, envolver os pequenos no processo de escolha alimentar e no incremento de atividade física é uma forma de validar as necessidades emocionais e reforçar escolhas mais saudáveis (Carvalho, 2016).

Os estudos incluídos apresentam falhas metodológicas que prejudicam a análise dos resultados nesta revisão. As intervenções feitas nos grupos não são apresentadas de forma clara, e por isso não é possível verificar de que modo a EM e o MTT foram aplicados. Informações disponibilizadas nos estudos se voltam para o número de sessões e onde foram aplicadas não referindo propriamente como a intervenção foi conduzida. Questões referentes à própria avaliação da consistência interna que poderia ter sido feita utilizando instrumentos nos profissionais que conduziram as intervenções. A *Motivational Interviewing Treatment Integrity Code* é um instrumento que tem por objetivo avaliar se o profissional utilizou em sua intervenção os princípios da entrevista motivacional (<https://research2vrpractice.org/miti-4-1-now-available>). Avaliar a consistência interna de um tipo de intervenção assegura que os resultados obtidos no desfecho estão livres do viés da aplicação da técnica. Além disso, nenhum dos ensaios clínicos referiu o número de horas de treinamento dos terapeutas que conduziram o grupo experimental, logo, não há como discriminar se os efeitos sobre os desfechos estão livres de vieses no uso da abordagem. Apesar dessas falhas, a maioria dos estudos encontrados aponta que intervenções motivacionais são uma ferramenta que auxiliam no processo de mudança de comportamen-

tos em crianças obesas (Broccoli et al., 2016; Ham et al., 2016; Wong & Cheng, 2013; Davoli et al., 2013; Luque et al., 2019).

A utilização da EM e do MTT para o tratamento da obesidade infantil é pouco estudada no Brasil. Apenas um ensaio clínico foi realizado no Brasil para auxiliar adolescentes com sobrepeso ou obesidade a mudarem o estilo de vida (Ribeiro et al., 2016). Os resultados deste ensaio demonstraram que em longo prazo, adolescentes submetidos à intervenção mantiveram melhora nos níveis de atividade física e na qualidade da dieta (Boff, 2017). No entanto, nenhum ensaio clínico foi encontrado no país e na língua portuguesa com crianças com obesidade. A baixa quantidade de estudos analisados também demonstra que a temática é recente e ainda foi pouco explorada. Espera-se que, a partir deste estudo, novas pesquisas com metodologia precisa e com população brasileira sejam feitas, com o propósito de confirmar a eficácia da EM e do MTT no tratamento de obesidade infantil.

Técnicas de tratamento da obesidade na infância ainda estão distantes de ser conclusivas. No entanto, esta revisão identificou algumas estratégias potencialmente eficazes e indica que algumas intervenções não-medicamentosas podem auxiliar na perda de peso. Porém, os resultados dos estudos focaram na diferença do IMC e na mudança de comportamentos alimentares e voltados a atividade física, não referindo mudanças psicológicas acarretadas pelas mudanças. Acredita-se que variáveis como a satisfação com a imagem corporal, níveis de habilidades sociais, depressão, ansiedade, compulsão alimentar e padrões cognitivos podem melhorar com a redução de peso. Ademais, é importante a busca pelas melhores evidências na área da psicologia da saúde a fim de oferecer à saúde pública alternativas de intervenções com comprovações empíricas de efetividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obesidade infantil já é considerada um problema de saúde pública, e sua prevalência está aumentando em todas as camadas sociais da população brasileira, caracterizando-se como uma epidemia no contexto mundial. Esse quadro é preocupante e necessita avaliações para que sejam investigadas soluções para revertê-lo. Diversos fatores estão envolvidos na obesidade infantil, sendo eles, alimentares, psicológicos, familiares, falta de atividade física, entre outros que agravam esta condição. Assim, a obesidade torna-se uma condição complexa, na qual estão envolvidas múltiplas condições, tornando o tratamento difícil, uma vez que requer mudanças comportamentais e de hábitos pelo resto da vida.

O excesso de gordura e de peso corporal que surge na infância tende a agravar-se gradualmente e a reagir, cada vez menos, às intervenções com o passar dos anos. Por ser uma doença complexa, seu controle também é difícil, e percentual altos são observados no insucesso dos tratamentos. Em vista disso, o tratamento da obesidade infantil exige interdisciplinaridade para seu sucesso. A Psicologia poderá contribuir com seus conhecimentos para que as intervenções sejam mais eficazes. Tanto a EM quanto o MTT foram criados por psicólogos com o intuito de aplicar e capacitar outros profissionais para intervir em contextos onde a mudança de comportamento é difícil.

Além das dificuldades acarretadas pelo excesso de peso, diversas doenças podem ser desencadeadas pela obesidade, e sua evolução pode causar repercussões orgânicas e psicossociais graves. O risco de a criança obesa tornar-se adulto obeso aumenta acentuadamente com a idade. Desta forma, quanto mais idade tem a criança obesa, maior probabilidade terá de ficar um adulto obeso. Sendo assim, por ser um assunto de relevância e que gera uma preocupação, torna-se conveniente intervir precocemente e prevenir uma população adulta obesa, e com outras complicações que surgem como comorbidades e agravam a condição de vida dos seres humanos, levando a um aumento das taxas de mortalidade associada a essa doença. Portanto, faz-se necessário avaliar qual a melhor evidência empírica de efetividade no tratamento desta população.

A EM e o MTT são intervenções que já foram testadas empiricamente para diversas condições além da obesidade infantil. Essas intervenções motivacionais não indicam uma solução para o paciente, mas oferecem condições para que a mudança ocorra de modo natural e intencional. Sendo assim, tenta-se buscar as razões para a mudança em vez de impor ou tentar persuadir a pessoa sobre ela. Em suma, essas intervenções direcionam os pacientes para que se tornem mais conscientes sobre a transformação necessária, objetivando sua melhora.

O conhecimento gerado por este estudo é um recorte que contribui para a maior compreensão da obesidade infantil e do uso de intervenções motivacionais para o tratamento desta doença. Não foi objetivo deste estudo apresentar intervenções motivacionais como a solução para o tratamento da obesidade infantil, e sim, apresentá-las, como sendo eficazes na modificação de comportamentos difíceis. Como citado, o tratamento da obesidade infantil exige que diversas medidas sejam tomadas, mas essas intervenções se mostram eficazes para o tratamento desta doença. Os resultados desta pesquisa sugerem que mais pesquisas precisam ser realizadas com o objetivo de desenvolver intervenções motivacionais que auxiliem os pacientes na perda e principalmente na manutenção de seus ganhos.

A faixa etária incluída neste estudo pode ser apontada como uma das limitações. Diversas pesquisas não foram incluídas na revisão em função da idade dos participantes ser maior ou menor do que a definida. Sugere-se que para próximas pesquisas a faixa de idade seja maior, para que mais estudos possam ser analisados. Outra limitação do estudo é a falta de rigor estatístico na análise dos resultados de efetividade. Através de um estudo de meta análise as evidências em cuidados em saúde poderiam ser mais bem avaliadas e assim, concluir se as intervenções estudadas são válidas para o problema de pesquisa.

Apesar das limitações encontradas o estudo atingiu seus objetivos. Os resultados encontrados são relevantes, pois, contribuem para o entendimento da aplicação de intervenções motivacionais no tratamento de crianças obesas. Deste modo, a Psicologia da Saúde é contemplada, demonstrando a importância de cuidados interdisciplinares no contexto de saúde. Além disso, não há estudos publicados em língua portuguesa que abrangem a mesma temática.

A obesidade em crianças é um problema sério de saúde, pois suas consequências fazem com que a expectativa de vida das pessoas seja menor. É essencial que profissionais de todas as áreas da saúde estejam implicados nesta temática, pois intervenções eficazes são necessárias para a resolução do problema. Neste sentido, intervenções motivacionais têm demonstrado efeito positivo, dado que contribuem para o movimento de adesão ao tratamento. Sendo assim, intervenções testadas empiricamente podem e devem ser replicadas na rede pública de saúde, uma vez que, possuem maior chance de assertividade e assim, diminuem os custos com a saúde.

REFERÊNCIAS

- Akobeng, A. K. (2005). Understanding systematic reviews and meta-analysis. *Archives of disease in childhood*, 90(8), 845-848. DOI:10.1136/adc.2005.071761.
- Alves, G., Colauto, É. V., Fernandes, J. K., Zabine, L., & Nienow, R. C. (2008). Avaliação antropométrica e consumo alimentar de pré-escolares em creches de Umuarama, Paraná. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 12(2), 119-126. DOI: 10.25110/arqsaude.v12i2.2008.2386.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- Andrade, T. M. (1995). Estudo psicológico de crianças e adolescentes obesos. In M. Fisberg. (Ed.), *Obesidade na infância e adolescência* (pp. 100-105). São Paulo: Fundação BYK.
- Andretta, I., Oliveira, M. da S., Zambon, L. F. & Dornelles, C. G. (2012). A entrevista motivacional: uma revisão de literatura atual. In I. Andretta & M. da S. Oliveira (Eds), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental* (pp.521-536). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Andriola, W. B. & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 419-428. DOI: 10.1590/S0102-79721999000200011.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. (2016). *Diretrizes Brasileiras da obesidade*. (4ª Ed.). São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO (2011). *Doenças Desencadeadas ou Agravadas pela Obesidade* (M. E. de Melo, responsável científica do site da ABESO). São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO (2009). *Os números da obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009* (M. E. de Melo, responsável científica do site da ABESO). São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica.
- Barbosa, V. L. P. (2009). *Prevenção da obesidade na infância e na adolescência* (2ª ed.) [Versão Eletrônica]. São Paulo: Manole. Acesso em 23 de maio, 2018, de

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520444238/cfi/5!/4/4@0.00:8.53>.

- Bean, M. K., Powell, P., Quinoy, A., Ingersoll, K., Wickham III, E. P., & Mazzeo, S. E. (2015). Motivational interviewing targeting diet and physical activity improves adherence to paediatric obesity treatment: results from the MI Values randomized controlled trial. *Pediatric obesity*, *10*(2), 118-125. DOI: 10.1111/j.2047-6310.2014.226.
- Beutler, L. E. (1998). Identifying empirically supported treatments: what if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(1), 113-120. DOI: 10.1037/0022-006X.66.1.113.
- Boff, R. D. M. (2017). *Efeito de uma intervenção interdisciplinar baseada no modelo transteórico de mudança de comportamento em adolescentes com sobrepeso ou obesidade*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Boff, R. de M., Segalla, C. D., Feoli, A. M. P., Gustavo, A. da S. & Oliveira, M. da S (2017). Modificação de hábitos alimentares e sedentarismo em adolescentes com sobrepeso ou obesidade. In M. da S. Oliveira, R. de M. Boff, M. J. Cazassa & C. C. Diclemente (Eds), *Por que é tão difícil mudar? Contribuições do modelo transteórico de mudança do comportamento na prática clínica e na promoção de saúde* (pp.231-253). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Boff, R. M., Liboni, R. P. A., de Azevedo Batista, I. P., de Souza, L. H., & Oliveira, M. S. (2017). Weight loss interventions for overweight and obese adolescents: a systematic review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *22*(2), 211-229. DOI: 10.1007/s40519-016-0309-1.
- Borrello, M., Pietrabissa, G., Ceccarini, M., Manzoni, G. M., & Castelnovo, G. (2015). Motivational interviewing in childhood obesity treatment. *Frontiers in psychology*, *6*, 1732. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01732.
- Broccoli, S., Davoli, A. M., Bonvicini, L., Fabbri, A., Ferrari, E., Montagna, G., et al. (2016). Motivational interviewing to treat overweight children: 24-month follow-up of a randomized controlled trial. *Pediatrics*, *137*(1), 1-12. DOI: 10.1542/peds.2015-1979.
- Carvalho, E. A. D. A., Simão, M. T. J., Fonseca, M. C., Andrade, R. G. D., Ferreira, M. S. G., Silva, A. F., Souza, I.P.R. & Fernandes, B. S. (2013). Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. *Revista Médica de Minas Gerais*, *23*(1), 74-82. DOI: 10.5935/2238-3182.20130012.
- Carvalho, M. R (2016). Intervenções preventivas na infância e na adolescência para transtornos alimentares. In I. da R. Finger & M. da S. Oliveira (Eds.), *A prática da terapia*

- cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade (pp. 204-241). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics. (2003). Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, *112*, 691-697. DOI: 10.1542/peds.112.3.691.
- Cook, D. J., Guyatt, G. H., Laupacis, A., & Sackett, D. L. (1992). Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. *Chest*, *102*(4), 305S-311S. DOI: 10.1378/chest.95.2_Supplement.2S.
- Davoli, A. M., Broccoli, S., Bonvicini, L., Fabbri, A., Ferrari, E., D'Angelo, S., et al. (2013). Pediatrician-led motivational interviewing to treat overweight children: an RCT. *Pediatrics*, *132*(5), 1236-1246. DOI: 10.1542/peds.2013-1738.
- DiClemente, C. C. (2017). O modelo transteórico: implicações para a clínica e para a saúde pública. In M. da S. Oliveira, R. de M. Boff, M. J. Cazassa & C. C. Diclemente (Eds), *Por que é tão difícil mudar? Contribuições do modelo transteórico de mudança do comportamento na prática clínica e na promoção de saúde* (pp.231-253). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Douketis, J. D., Macie, C., Thabane, L., & Williamson, D. F. (2005). Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *International journal of obesity*, *29*(10), 1153-1167. DOI: 10.1038/sj.ijo.0802982.
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Roemmich, J. N., & Beecher, M. D. (2007). Family-based obesity treatment, then and now: twenty-five years of pediatric obesity treatment. *Health Psychology*, *26*(4), 381-391. DOI: 10.1037/0278-6133.26.4.381.
- Escrivão, M. A. M. S. & Lopes, F. A. (1995). Prognóstico da obesidade na infância e na adolescência. In M. Fisberg (Ed.), *Obesidade na infância e adolescência* (pp.146-148). São Paulo: Fundação BYK.
- Escrivão, M. A. M. S., Oliveira, F. L. C., Taddei, J. A. A. C., & Lopez, F. A. (2000). Obesidade exógena na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, *76*(3), 305-10. DOI: 0021-7557/00/76-Supl.3/S305.
- Fernández-Ríos, L., & Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *9* (2), 329-344.
- Figlie, N. B. & Guimarães, L. P. (2014). A entrevista motivacional: conversas sobre mudança. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, *34*(87), 472-489.

- Finger, I. D. R., & Potter, J. R. (2011). Entrevista motivacional no tratamento de sobrepeso/obesidade: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(2), 2-7. DOI: 10.5935/1808-5687.20110013.
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 26, 115-122. DOI: 10.1590/S0102-37722010000500010.
- Gourlan, M., Sarrazin, P., & Trouilloud, D. (2013). Motivational interviewing as a way to promote physical activity in obese adolescents: a randomised-controlled trial using self-determination theory as an explanatory framework. *Psychology & Health*, 28(11), 1265-1286. DOI: 10.1080/08870446.2013.800518.
- Ham, O. K., Sung, K. M., Lee, B. G., Choi, H. W., & Im, E. O. (2016). Transtheoretical model based exercise counseling combined with music skipping rope exercise on childhood obesity. *Asian nursing research*, 10(2), 116-122. DOI: 10.1016/j.anr.2016.03.003.
- Jungerman, F. S., & Laranjeira, R. (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(5), 197-207.
- Koller, S. H., de Paula Couto, M. C. P., & Von Hohendorff, J. (Eds.). (2014). *Manual de produção científica*. Porto Alegre: Penso.
- Leão, J. M., Lisboa, L. C. V., de Almeida Pereira, M., de Freitas Lima, L., Lacerda, K. C., Elias, M. A. R., Aguiar, A.S. & Luquetti, S. C. P. D. (2015). Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(2), 107-114. DOI: 10.1590/0047-2085000000065.
- Ludwing, M. W. B., Susin, N., Bortolon, C., Boff, R. de M. & Oliveira, M. da S. (2016). Enfoque motivacional para mudança do estilo de vida: combinando a entrevista motivacional e o modelo transteórico. In I. da R. Finger & M. da S. Oliveira (Eds.), *A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade* (pp. 323-350). Novo Hamburgo, RS: Sinopsys.
- Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., Liberatore, R. D. R., & Domingos, N. A. M. (2005). Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 371-375. DOI: 10.1590/S1413-294X2005000300005.
- Luque, V., Feliu, A., Escribano, J., Ferré, N., Flores, G., Monné, R., et al. (2019). The Obemat 2.0 Study: A Clinical Trial of a Motivational Intervention for Childhood Obesity Treatment. *Nutrients*, 11(2), 1-19. DOI: 10.3390/nu11020419.

- Luz, F. Q. D., & Oliveira, M. D. S. (2013). Terapia cognitivo-comportamental da obesidade: uma revisão da literatura. *Aletheia*, (40), 159-173.
- Malta, D. C., Cezário, A. C., Moura, L. D., Morais Neto, O. L. D., & Silva Junior, J. B. D. (2006). A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 15(3), 47-65. DOI: 10.5123/S1679-49742006000300006.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Sykes, C. M., & Woodall, C. (2005). *Health psychology: Theory, research and practice* (2ª Ed.). Londres: Sage.
- Mello, E. D. D., Luft, V. C., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. *Jornal de Pediatria*, 80(3), 173-182. DOI: 0021-7557/04/80-03/173.
- Melnik, T. & Atallah, A. B. (2011). *Psicologia baseada em evidências: provas científicas da efetividade da psicoterapia*. São Paulo: Santos.
- Melnik, T., Souza, W. F., & Carvalho, M. R. (2014). A importância da prática da psicologia baseada em evidências: aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 79-92.
- Ministério da Saúde (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022* (Série B. Textos Básicos de Saúde). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2014). *Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade* (Caderno de atenção básica n 38). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2016). *Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015/ IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais*. Ministério da Saúde com apoio do Ministério da Educação. Rio de Janeiro: IBGE.
- Oliveira, A. M. A. D., Cerqueira, E. D. M., & Oliveira, A. C. D. (2003). Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana-BA: detecção na família x diagnóstico clínico. *Jornal de pediatria*, 79(4), 325-8. DOI: 0021-7557/03/79-04/325
- Oliveira, C. L. D., & Fisberg, M. (2003). Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47(2), 107-108. DOI: 10.1590/S0004-27302003000200001.
- Oliveira, M. da S. & Laranjeira, R. (2004). Teoria e prática da entrevista motivacional. In P. Knapp (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 468-482). Porto Alegre: Artmed.

- Payá, R. & Figlie, N. B. (2004). Entrevista motivacional. In N. C. de Abreu & J. H. Guilhaardi (Eds), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental- Práticas Clínicas* (pp. 414-434). São Paulo: Roca.
- Peirson, L., Fitzpatrick-Lewis, D., Morrison, K., Warren, R., Ali, M. U., & Raina, P. (2015). Treatment of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ open*, 3(1), 35-46. DOI: 10.9778/cmajo.20140047.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 20,161-173. DOI: 10.1037/h0088437.
- Reinehr, T., Kleber, M. & Toschke, A. M. (2009) Lifestyle intervention in obese children is associated with a decrease of the metabolic syndrome prevalence. *Atherosclerosis* 207(1):174–180. DOI: 10.1016/j.atherosclerosis.2009.03.041.
- Ribeiro, F. A., Boff, R. M., Feoli, A. M., Gustavo, A. S., Donadio, M. V. F., & Oliveira, M. S. (2016). Randomized clinical trial of a motivational interdisciplinary intervention based on the transtheoretical model of change for lifestyle modification in overweight/obese adolescents: MERC study protocol. *International Journal*, 3(4), 225. DOI: 10.18203/2349-3259.ijct20163961.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento* (R. C. Costa, Trad.).Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2008).
- Salim, C. M. R., & Bicalho, R. N. de M. (2004). Obesidade infantil- aspectos psicológicos envolvidos na causa e suas consequências. *Universitas Ciências da Saúde*, 2(1), 23-37. DOI: 10.5102/UCS.V2I1.521.
- Silva, C. P., & Bittar, C. M. (2012). Fatores ambientais e psicológicos que influenciam na obesidade infantil. *Saúde e Pesquisa*, 5(1), 197-207.
- Soares, L. D., & Petroski, E. L. (2003). Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. *Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano*, 5(1), 63-74.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2012). *Obesidade na infância e adolescência – manual de orientação*. (2ª Ed.). São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, departamento científico de nutrologia.
- Souza, F. P. Silva, E. M., Boff, R. M., Trindade, M. T. & Oliveira, M. S. (2012). Características do treinamento em entrevista motivacional. *Aletheia*, 38(39), 186-195.

- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631. DOI: 10.1002/jclp.20373.
- Tardelli, A. (2009). DeCS/MeSH- *Descritores em ciência da saúde- Descrição, usos, serviços e atualização* (4 Reunião dos comitês consultivo e executivo da biblioteca virtual em saúde temática em integralidade). LAPPIS - Integralidade em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise psicológica*, 22(3), 441-448.
- Thomson, C. A., & Foster, G. D. (2014). Dietary behavior: promoting healthy eating. In K. A. Riekerr, J. K. Ockene & L. Pbert (Eds.), *The handbook of health behavior change* (4^a ed.). Nova York: Springer.
- Velasquez, M. M., Mauer, G. G., Crouch, C. & DiClemente, C. C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*. Nova York: The Guilford Press.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20(4), 611-624.
- Viana, V., & Almeida, J. P. (1998). Psicologia pediátrica: Do comportamento à saúde infantil. *Análise Psicológica*, 16(1), 29-40.
- Vicente Júnior, C., Dunker, K., Teixeira, P., Timerman, F. & Alvarenga, M. (2015). Entrevista motivacional. In M. Alvarenga, C. Antonaccio, F. Timerman, & M. Figueiredo, (Eds), *Nutrição comportamental [Versão Eletrônica]* (pp.23-50). Barueri, SP: Manole. Acesso em 20 de maio, 2018, de <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520448830/cfi/0>.
- Viera, C. S., Machineski, G. G., Lopes, M. N., Favil, P. T., & de Paula, A. C. R. (2017). Sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes no evento “Mais saúde: todos juntos contra a obesidade”. *Varia Scientia-Ciências da Saúde*, 3(1), 39-47.
- Williams, S. L., Haskard-Zolnieriek, K. B. & Dimatteo, M. R. (2014). Psychosocial predictors of behavior change. In Reiekert, K. A., Ockene, J. K. & Pbert, L. (Eds). *The handbook of health behavior change* (4^a ed.). Nova York: Springer.
- Wong, E. M. Y., Sit, J. W. H., Tarrant, M. A., & Cheng, M. M. H. (2012). The perceptions of obese school children in Hong Kong toward their weight-loss experience. *The Journal of School Nursing*, 28(5), 370-378. DOI: 10.1177/1059840512440176.
- Wong, E. M., & Cheng, M. M. (2013). Effects of motivational interviewing to promote weight loss in obese children. *Journal of clinical nursing*, 22(17-18), 2519-2530. DOI: 10.1111/jocn.12098.