

Análise do suporte social em adolescentes com excesso de peso corporal

Tainara Rinaldi*
Jennifer Arielle Eissmann*
Clovis Arlindo de Sousa*
Cláudia Regina Lima Duarte da Silva*
Deisi Maria Vargas*
Luciane Coutinho de Azevedo*

207

Resumo

Suporte social refere-se aos recursos materiais e psicológicos que as pessoas têm acesso por meio de redes sociais. Aspecto importante e pouco estudado em adolescentes com condições crônicas de saúde. Este estudo objetivou analisar o suporte social global e seus domínios em adolescentes com excesso de peso. O estado nutricional, a ingestão alimentar e o suporte social global e seus domínios foram avaliados por meio de medidas antropométricas, questionário de frequência alimentar para adolescente e pelo instrumento Medical Outcomes Study, respectivamente. Setenta e um adolescentes participaram do estudo, sendo 52,7% mulheres e 47,2% homens. A maior parte se encontrava em sobrepeso (71,83%) e com elevada circunferência abdominal (76,47%). Aproximadamente metade dos entrevistados foi classificada com suporte social global baixo (50,7%), sem diferenças entre as categorias de índice de massa corporal e de circunferência abdominal. O grupo classificado com alto suporte social global apresentou ingestão de calorias, carboidrato e lipídio maiores que os com baixo. Houve correlação estatística positiva entre os valores atribuídos a ingestão de carboidrato com os valores pontuados no suporte social global ($r=0,33$; $p=0,26$), no domínio interação ($r=0,33$; $p=0,23$) e no de informação ($r=0,40$; $p=0,006$). Foi observada associação positiva entre os valores de ingestão calórica e os do domínio informação ($r=0,34$; $p=0,20$). Os adolescentes com excesso de peso avaliados apresentaram elevada frequência de baixo suporte social e foram identificadas correlações positivas entre ingestão de calorias e pontuação do suporte social global e entre ingestão de carboidrato e pontuações em escores dos domínios interação e informação.

Palavras-chave: Apoio social. Adolescentes. Obesidade. Isolamento social. Ingestão alimentar.

INTRODUÇÃO

Suporte social é definido por Siqueira¹ como “um conceito multidimensional, que se refere aos recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através de suas redes sociais”. Seu papel nas diversas fases da vida é fundamental para o amortecimento de fatores estressantes que ocorrem no cotidiano, principalmente naqueles momentos em que se observam diversas modificações psicossociais e

fisiológicas², sendo um importante constructo na vida de adolescentes³.

Durante a adolescência, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos, processos psicológicos, sociais e biológicos se articulam para promover as transformações necessárias a transição entre a infância e a vida adulta. O crescimento somático e o

DOI: 10.15343/0104-7809.202044207216

*Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau, SC, Brasil
E-mail: lucianec@furb.br

desenvolvimento de habilidades psicomotoras e sociais se intensificam, levando a mudanças relevantes nas dimensões biológicas, psicossociais, cognitivas, morais e, até mesmo, espirituais. É o “crescer para a maturidade”⁴.

As consequências da obesidade para a saúde de crianças e adolescentes não se reduzem a presença de problemas endócrinos, cardiovasculares, ortopédicos ou dermatológicos, mas se articulam aos problemas psicossociais relacionados ao comprometimento da autonomia, à restrição do espaço social e de possibilidades de identificações, que propiciam o adoecimento do público infanto-juvenil e seus sistemas familiares⁵. Sendo a obesidade uma condição crônica, o adolescente obeso sobrepõe duas condições de crise, que apresentam demandas internas e externas e trazem diversas implicações biopsicossociais⁶.

Diante da importância do suporte social para o adolescente, principalmente aquele em condição crônica de saúde, e da escassez de estudos abordando a relação entre estas temáticas, objetivou-se investigar o suporte social global e seus domínios em adolescentes com excesso de peso, comparando esses com sexos, categorias do estado nutricional e ingestão de energia e macronutrientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo, em adolescentes com excesso de peso corporal adscritos na área de abrangência de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade de Blumenau/SC vinculadas ao Projeto de Pesquisa “Vida e saúde do adolescente em condição crônica”. Esse estudo incluiu 249 adolescentes com excesso de peso extraídos de uma amostra de 840 adolescentes de um total de 1.254 adolescentes adscritos na área

de abrangência das quatro ESFs. Os critérios de inclusão foram: adolescentes (10 a 19 anos) com excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) que responderam as questões referentes ao suporte social na entrevista de linha de base do referido projeto. A participação dos sujeitos foi consentida mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável. O projeto “Vida e saúde do adolescente em condição crônica” foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional de Blumenau (612.197/2014).

Foram aferidos massa corporal, estatura e circunferência abdominal (CA). A partir da massa corporal e da estatura foi calculado o índice de massa corporal (IMC), posteriormente transformado em *escore-Z* (IMC-Z), conforme sexo e idade, segundo padrões de referência da OMS. Considerou-se sobrepeso um IMC-Z entre +1 e +2, e obesidade um IMC-Z superior a +2. A CA foi categorizada conforme o ponto de corte propostos por Fernández e colaboradores⁷. O consumo alimentar foi coletado através do Questionário de Frequência Alimentar para Adolescentes (QFAA)⁸. Para estimativa do consumo de energia e dos macronutrientes, utilizou-se como base principal a Tabela de Composição dos Alimentos⁹ proposta por Philippi relacionando-a com a frequência de ingestão, ou banco de dados do *United States Department of Agriculture* (USDA) do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, para os alimentos não encontrados na primeira opção.

A análise do suporte social foi realizada pelo instrumento de avaliação Medical Outcomes Study (MOS). Trata-se da Escala de Apoio Social que foi elaborada, originalmente, para o MOS, em um estudo que abrangia usuários de serviços de saúde em Boston, Chicago e Los Angeles, que apresentavam uma ou mais doenças crônicas¹⁰. Os itens da

escala foram submetidos a um processo de tradução e adaptação para o português por investigadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro, segundo Griep e colaboradores¹⁰. O questionário compreende cinco dimensões funcionais de apoio social, sendo elas: 1) material: composto por quatro perguntas sobre provisão de recursos práticos e ajuda material; 2) afetivo: composto por três perguntas sobre demonstrações físicas de afeto e amor; 3) emocional: composto por quatro perguntas que envolvem expressões de compreensão, afeto positivo e sentimentos de confiança; 4) interação social positiva: composto por quatro perguntas sobre a disponibilidade de pessoas para se divertir e relaxar juntas; e 5) informação: composto por quatro perguntas sobre a disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações. Para cada item, o indivíduo indicou com que frequência considera disponível cada tipo de apoio, em caso de necessidade: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, ou sempre, que pontuava valores de um a cinco, respectivamente. Com o somatório dos resultados, foi possível obter o valor do suporte social global, que variou de 19 a 95 pontos. Adotou-se como ponte de corte o valor mediado de 52 pontos, correspondente ao somatório das dimensões. Dessa forma, considerou-se baixo apoio social o valor menor ou igual a 52 pontos e como alto apoio social, valores acima de 52 pontos, na descrição da variável suporte social global. Também foram realizadas análises dos escores individuais ponderados de cada domínio.

As análises estatísticas foram realizadas com o software SPSS (versão 22). A normalidade da distribuição das variáveis foi verificada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Para variáveis com distribuição normal, apresentaram-se médias e desvios-padrão e para as variáveis com distribuição não normal, medianas, mínimos e máximos. A comparação das pontuações atribuídas ao suporte social e seus domínios

entre categorias binárias do estado nutricional foi realizada pelos testes t de Student (variáveis paramétricas) ou Mann-Whitney (não paramétricas). Da mesma maneira, a análise da ingestão alimentar entre as categorias do suporte social global foi realizada pelos testes t de Student ou Mann-Whitney. Além disso, utilizou-se a correlação de Spearman para análise entre os valores do suporte social global e de seus domínios e dos valores de ingestão alimentar. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para $p < 0,05$.

RESULTADOS

Neste estudo, foram avaliados 71 adolescentes, sendo 52,1% do sexo feminino. A média de idade do grupo foi de $13,91 \pm 3,72$ anos, sem diferença entre sexos. A maior parte se encontrava na classificação de sobrepeso (71,83%) e com elevada CA (76,47%), independente do gênero e idade (Tabela 1).

Na Tabela 2 estão demonstrados os valores médios atribuídos ao suporte social global e seus domínios, conforme classificação do estado nutricional. Não houve diferença nos valores de suporte social entre as categorias de IMC e de CA. Porém, verificou-se valor médio de pontuação mais elevado no domínio afetivo, seguido do material, e médias mais baixas nos domínios emocional, informação e interação. Constatou-se que aproximadamente metade dos entrevistados encontrava-se na categoria de suporte social global baixo (50,7%) (Tabela 3).

Houve correlação estatística positiva entre os valores atribuídos a ingestão de carboidrato com os valores pontuados no suporte social global ($r=0,33$; $p=0,026$), no domínio interação ($r=0,33$; $p=0,023$) e no de informação ($r=0,40$; $p=0,006$). Ademais, foi observada associação positiva entre os valores de ingestão calórica e os do domínio informação ($r=0,034$; $p=0,020$) (Figura 1). Quanto à ingestão alimentar, constatou-se que o grupo classificado com

suporte social global alto apresentou ingestão de calorias, carboidrato e lipídio maiores que os com baixo (Tabela 3).

Tabela 1- Distribuição das variáveis demográficas e antropométricas de acordo com o sexo, Blumenau, Santa Catarina, Brasil, 2016.

VARIÁVEL	AMOSTRA TOTAL (n=71)	FEMININO (n=37)	MASCULINO (n=34)	P
Idade (anos)*	13,92 ± 3,72	13,76 ± 2,18	14,09 ± 2,27	0,531
IMC (escore Z)*	1,69 ± 0,43	1,69 ± 0,41	1,69 ± 0,47	0,938
CA (cm)*	96,35 ± 11,47	95,26 ± 11,58	97,56 ± 11,40	0,406
IMC-Z**				
Sobrepeso	51 (71,8)	27 (72,97)	24 (70,58)	0,823
Obesidade	20 (28,2)	10 (27,02)	10 (29,41)	
CA**				
Normal	16 (23,5)	6 (17,14)	10 (30,30)	0,300
Elevado	52 (76,5)	29 (85,82)	23 (69,60)	

Legenda: IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; (*) Md±dp = média ± desvio-padrão; (**) número absoluto (valor em percentual); p = nível de significância.

Tabela 3 Comparação entre as categorias do suporte social global dos valores medianos (mínimo - máximo) de ingestão alimentar de adolescentes com excesso de peso corporal, Blumenau, Santa Catarina, Brasil, 2016.

INGESTÃO ALIMENTAR*	AMOSTRA TOTAL	SUPORTE SOCIAL GLOBAL		P
		Alto (n=45)	Baixo (n=26)	
Calorias	2078,75	2649,94	1922,28	0,023
	(715,57 – 5053,92)	(1106,19 – 5053,91)	(715,56 – 4187,62)	
Proteína	73,50	75,73	62,84	0,102
	(17,46 – 188,53)	(39,62 – 188,52)	(17,46 – 146,83)	
Carboidrato	280,32	353,15	225,78	0,028
	(86,51 – 599,97)	(168,43 – 599,97)	(86,51 – 535,35)	
Lipídio	78,29	89,19	53,31	0,013
	(18,45 – 216,90)	(28,64 – 216,90)	(18,45 – 186,22)	

Legenda: p = nível de significância.

Tabela 2- Comparação entre as categorias do estado nutricional das pontuações (Md±dp) atribuídas ao suporte social global e seus domínios dos adolescentes com excesso de peso corporal, Blumenau, Santa Catarina, Brasil, 2016.

SUPORTE SOCIAL	AMOSTRA TOTAL (n=71)	IMC			CA		P
		Sobrepeso (n=51)	Obesidade (n=20)	P	Normal (n=16)	Elevado (n=52)	
Global	-----	70,30 ± 8,38	70,50 ± 8,39	0,929	69,60 ± 8,34	70,50 ± 8,39	0,745
Interação	77,82 ± 16,98	78,43 ± 8,85	76,25 ± 8,73	0,483	79,68 ± 8,92	77,11 ± 8,78	0,526
Material	82,32 ± 15,87	83,14 ± 9,11	80,25 ± 8,95	0,678	82,50 ± 9,08	82,88 ± 9,10	0,866
Emocional	72,96 ± 21,24	71,57 ± 8,45	76,50 ± 8,74	0,440	71,25 ± 8,44	73,17 ± 8,55	0,844
Afetivo	85,92 ± 19,39	86,67 ± 9,30	84,00 ± 9,16	0,299	85,63 ± 9,25	85,96 ± 9,27	0,975
Informação	75,63 ± 20,09	74,90 ± 8,65	77,50 ± 8,80	0,634	71,88 ± 8,47	76,92 ± 8,77	0,371

Legenda: IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; p = nível de significância. (*) Md±dp = média ± desvio-padrão.

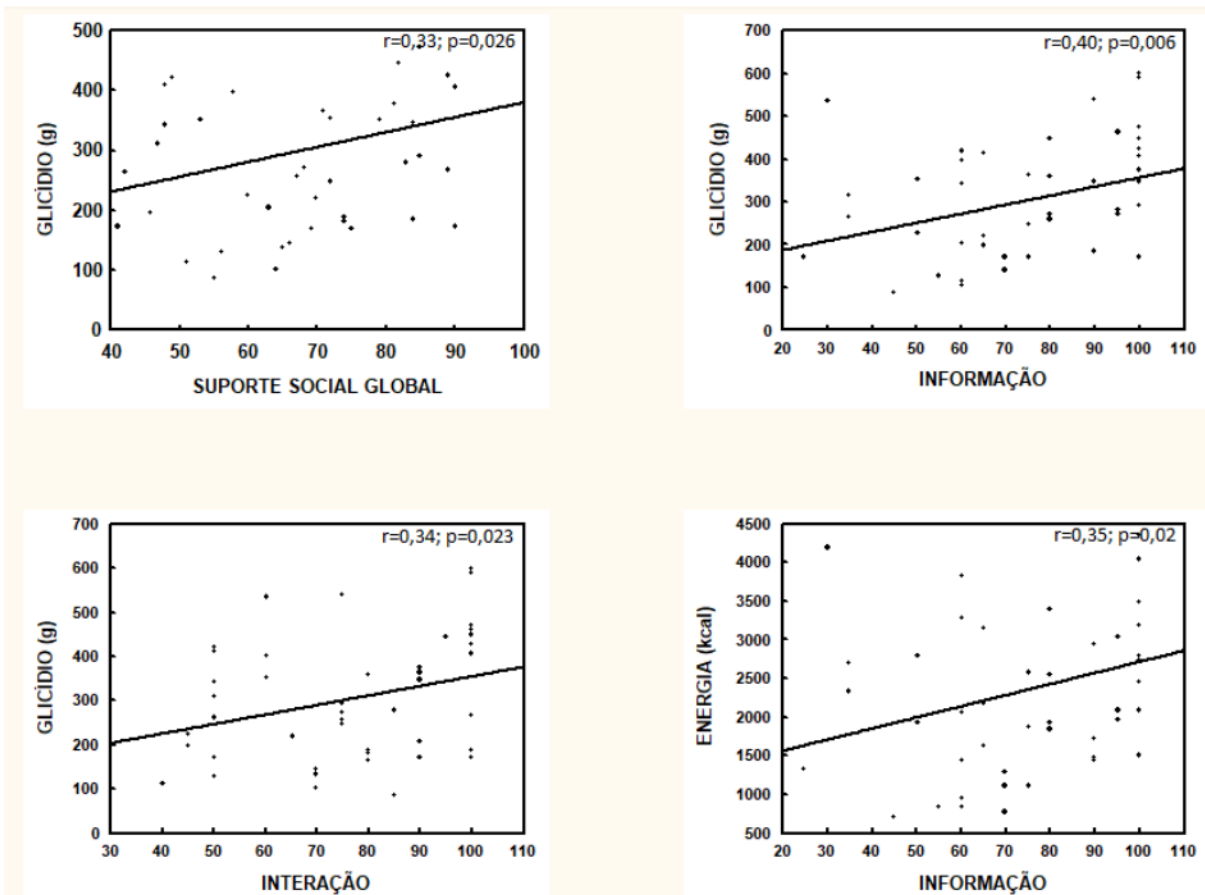


Figura 1- Correlação entre valores da ingestão alimentar e os relacionados ao suporte social global e seus domínios, Blumenau, Santa Catarina, Brasil, 2016.

DISCUSSÃO

O principal efeito do suporte social acontece no indivíduo à medida que o mesmo o percebe disponível e satisfatório. Tal percepção advém do fato de o adolescente se sentir amado, reconhecido e valorizado, acolhido, cuidado, protegido e participante de uma rede de informações e recursos partilhados. É essa percepção que lhe empresta força para enfrentar o ambiente, trazendo consequências positivas para o seu bem estar (com redução do estresse, aumento da autoestima e do bem estar psicológico)¹¹.

Segundo Bacarji, Marturano e Elias¹², a

família e os sistemas de suporte social da criança ou adolescente oferecem base segura de estabilidade emocional e recursos de apoio, por meio de atitudes que valorizem positivamente seus esforços. Quando esses sistemas falham como rede de apoio e o contexto ambiental é desfavorável e/ou negligenciado, é provável que o indivíduo fique mais suscetível ao desenvolvimento do estresse, provocando alterações em nível físico, psicológico e comportamental. Segundo os autores, o suporte social é importante no desenvolvimento do adolescente, desde o

bem estar físico e psicológico até a construção do seu autoconceito e de sua autoestima.

Neste estudo, ao analisar o suporte social recebido pelos adolescentes com excesso de peso, verificou-se que aproximadamente metade dos adolescentes entrevistados auto referiram baixo suporte social global com menores médias de escores ponderados nos domínios relacionados aos aspectos emocionais, de informação e interação.

Segundo Schneider e Ramires¹³, adolescentes que não dispõem de uma rede de apoio social global suficiente têm maior probabilidade de desenvolver sinais depressivos, como insegurança e agressividade. Os autores observaram que o grupo familiar de adolescentes de ambos os sexos, que procuraram atendimento ou foram encaminhados ao Serviço de Psicologia de uma universidade do Sul do Brasil, não se configurou suficientemente como facilitador e promotor da saúde mental dos jovens, o que pode ter contribuído para os indicadores do transtorno depressivo.

Ao avaliarem a ocorrência de depressão, problemas comportamentais e sociais em crianças e adolescentes obesos e eutróficos, Luiz e colaboradores¹⁴ evidenciaram com maior frequência sintomas de depressão no público infanto-juvenil com obesidade, bem como problemas sociais, como dificuldade de relacionamento com amigos e familiares naqueles que apresentam alguma condição crônica. Os autores apontaram para a necessidade de auxílio multiprofissional no tratamento da obesidade, uma vez que esta se associa fortemente a presença de problemas emocionais, sofrimento e estigmatização, que, quando presentes, dificultam o tratamento e agravam o quadro de obesidade.

O domínio emocional se remete a ter alguém para ouvir suas angústias, seus medos ou ajudar em situações difíceis. Os valores

mais baixos deste domínio apresentados neste estudo apontam para presença de preocupações, angústias, ansiedade, medos ou dilemas entre os adolescentes avaliados. O que está diretamente relacionado aos baixos valores encontrados na média do domínio informação, ou seja, provável presença insuficiente de alguém para dar conselho, compreender determinadas situações ou sugerir como lidar com tais problemas.

Conforme estudo de Reece e Bissell¹⁵, a obesidade em um grupo de adolescentes do Reino Unido foi desencadeada principalmente por fatores sociais e emocionais, em particular o bullying. Conforme relatado pelos autores, o sucesso da perda de peso e da mudança no estilo de vida foi atribuído principalmente quando o tratamento recebido estava associado à presença de apoio familiar e de amigos. Nesse caso, parece que os baixos valores atribuídos aos domínios emocional e de informação atuaram como facilitadores da instalação da obesidade em adolescentes sob violência social.

Vale destacar que depressão e ansiedade podem originar a obesidade, mas também podem surgir como consequência. Quando o indivíduo ansioso deprime, tende a ingerir alimentos exageradamente, principalmente os de alta densidade energética e fontes de carboidratos, como forma de tranquilizar o seu sofrimento emocional; por sua vez, quando o indivíduo obeso pode sentir-se ansioso e desenvolver a sintomatologia depressiva que do percebe baixo suporte social, rejeição e solidão. Entre os fatores de proteção associados à sintomatologia depressiva, destaca-se o apoio social¹⁶. Para adolescentes, experiências negativas frente a preconceitos e discriminações, muitas vezes relacionados à baixa autoestima pela imagem corporal, traduzida por sentimento de culpa e desprezo, são motivos de tristeza

e possível isolamento social, que para serem vencidos é imprescindível a conscientização do problema pelos adolescentes e a garantia de suporte social¹⁷.

No estudo de Andrade e colaboradores¹⁸, a maior parte das crianças e adolescentes obesos, no início do tratamento, apresentou baixa autoestima e queixas de ser vítima de estigma físico e moral, objeto de discriminação social e de brincadeiras depreciativas. As crianças que se encontraram mais comprometidas psicologicamente demonstraram equilíbrio emocional instável e não conseguiram lidar com suas frustrações, aliviando-as através do consumo alimentar descontrolado e compulsivo. Além disso, isolamento social, depressão, discriminação social ou desânimo físico e mental, causados pela obesidade, ocasionam quadro de desequilíbrio energético decorrente também de menor gasto de energia¹⁶. A presença de obesidade, por sua vez, intensifica atitudes sedentárias, criando um ciclo vicioso de aumento de gordura corporal e declínio ainda maior da atividade física, um dos fatores determinantes para a atual epidemia de obesidade⁴.

Atualmente, vivemos em uma sociedade que nos coloca códigos morais e estéticos, constituindo corpos tidos como adequados ou inadequados. Os estigmas físico e moral atribuídos às crianças e adolescentes gordas, relacionam-se ao termo gordofobia, onde expressa o sentimento de repulsa, acentuando o desconforto. O sujeito que não se encontra nos padrões estéticos é constantemente pressionado a se enquadrar em um modelo pautado pela magreza¹⁹. Aspecto relevante no desenvolvimento e agravamento da condição de obesidade, principalmente na adolescência, fase em que mais se observa a ocorrência de *bullying*. Nos adolescentes, *Bullying* favorece o aumento de ansiedade e isolamento social e, conseqüentemente, maior consumo alimentar

e menor esforço físico²⁰.

Neste trabalho, apesar do elevado número de adolescentes com baixo suporte social, as médias de pontuação dos domínios afetivo e material foram as mais elevadas. É importante destacar que tais domínios representam a percepção dos adolescentes quanto aos apoios afetivo e material que recebem, podendo estes virem dos familiares, amigos, escola, por se tratar de menores de idade.

O suporte afetivo está relacionado a demonstrações físicas de afeto e amor. Conforme Santos²¹, a relação entre alimentos e afeto está tão consolidada que, quando os filhos não comem muito, os pais sentem sensação de culpa por não estarem cuidando bem dos mesmos, ou seja, o ato de alimentar em quantidade os filhos repercute nos pais a sensação de serem bons cuidadores. Conforme os achados deste trabalho, acredita-se que o excesso de peso dos adolescentes, decorrente possivelmente da elevada ingestão energética e do baixo gasto com atividades físicas, esteja também relacionado com o elevado suporte afetivo que os recebem. Andrade e colaboradores¹⁸ observaram que, dentre os casos de crianças e adolescentes com obesidade, o filho único e o filho caçula são mais superprotegidos, sendo poupados de esforço físico pessoal (relacionado ao baixo gasto energético), um dos importantes fatores relacionados ao aumento nas taxas de obesidade entre os indivíduos nesta fase da vida.

Os determinantes do excesso de peso são vários e agem de maneira diferente na vida dos indivíduos. Fatores genéticos, psicológicos, fisiológicos, sociais, emocionais, nutricionais e hormonais atuam em conjunto e nunca isoladamente²¹. O ganho excessivo de peso ocorre em decorrência destes fatores sobre duas frentes: o quanto se necessita por dia e o quanto se gasta com as atividades físicas

totais⁴. Analisar o consumo alimentar é uma maneira de identificar fatores que interferem na diferença entre o gasto e a necessidade.

Quanto ao consumo alimentar, no subgrupo categorizado com suporte social global alto houve referência a maior ingestão de calorias, carboidrato e lipídio, além de correlação positiva entre ingestão calórica e de carboidrato e os valores em escores atribuídos aos domínios informação e interação social. Quanto ao domínio interação, a relação positiva pode ser entendida como o alimento, com alto teor glicídico, estar presente nas horas de lazer e diversão e, em se tratando de adolescente, geralmente com alto teor calórico, relacionados a presença de alimentos processados e ultraprocessados (guloseimas e alimentos prontos para o consumo).

Neste trabalho houve correlação entre ingestão alimentar e o domínio informação do suporte social. Talvez, a necessidade de o adolescente receber informações seja porque o mesmo esteja passando por situações difíceis que o levam há um maior consumo de alimentos, principalmente

fontes de carboidrato, como forma de alívio de “dores”, “angústias”, que não conseguem imediatamente ser resolvidas. O segundo aspecto pode estar relacionado ao apoio recebido para resolver tais situações difíceis, porém, um apoio disponível na forma de superproteção, com superalimentação, quem sabe com alimentos que causam conforto e recompensa²¹.

No estudo transversal de Bosa²³ foram encontrados resultados semelhantes ao estudo atual. Na análise, os adolescentes ansiosos apresentaram, em média, maior consumo diário de energia total e carboidrato quando comparado aos não ansiosos e a maioria dos adolescentes apresentava níveis elevados de inatividade física, sendo a prevalência nas meninas maior que nos meninos.

No estudo de Andrade e colaboradores¹⁸, observou-se que além do baixo gasto energético, os pais superprotetores têm dificuldade de impor limites à alimentação. Ou seja, o suporte social global em excesso pode também ocasionar o aumento da ingestão alimentar e consequentemente do excesso de peso²⁴.

CONCLUSÃO

Os resultados mostram que mais da metade dos adolescentes com excesso de peso residentes nas regiões geográficas estudadas apresentaram baixo suporte social referido, com menores valores médios de escores atribuídos aos domínios emocional, interação e informação, sem diferença entre sexos e categorias de estado nutricional. Com relação à ingestão alimentar, foi constatada correlação positiva entre ingestão de calorias e pontuação do suporte social global e entre ingestão de carboidrato e as pontuações em

escores dos domínios interação e informação.

Considerando que o baixo suporte social referido foi prevalente em adolescentes com excesso de peso, mecanismos de atenção que incluam a dimensão psicossocial podem ser úteis na redução destes índices. Portanto, recomenda-se o desenvolvimento de um conjunto de políticas, programas e apoios ambientais com o envolvimento da família, escola, comunidade, gestão pública e, também, do próprio adolescente, onde este tenha voz, para o atendimento de suas

necessidades de saúde.

O presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados, entre elas a amostragem por conveniência e a ausência de um grupo

controle. Estudos controlados e estudos que avaliem o impacto dos diferentes graus de suporte social sobre as condições de saúde do adolescente com excesso de peso seriam de grande interesse.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira MMM. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicol. Estud* [online]. 2008 [acesso 04 de novembro de 2015]; 13: 381-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200021>
2. Filho JM, Burd M (orgs). *Doença e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
3. Silva AR, Melo O, Mota CP. Suporte social e individualização em jovens de diferentes configurações familiares. *Temas Psicol.* 2016 [acesso 26 de outubro de 2019]; 24 (4): 1311-27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.4-07>
4. World Health Organization (WHO). (2016). *Ending Childhood Obesity*. [publicação online]; 2016 [acesso em 19 de fevereiro de 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259349/WHO-NMH-PND-ECHO-17.1-eng.pdf>
5. Tassara V, Norton RC, Marques WEU. Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. *Rev. Paul. Pediatr.* 2010 [acesso em 02 fevereiro de 2019]; 28(3): 309-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000300009>
6. Perez LC, Alves CF, Dell'Aglio DD. Suporte social em adolescentes com diabetes melito tipo I: uma revisão sistemática. *Rev. SPAGESP.* 2014 [acesso em 08 de abril de 2019]; 15(1): 33-48. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100004
7. Fernandez JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J. Pediatr.* 2004 [acesso em 08 de abril de 2019]; 145: 439-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2004.06.044>
8. Voci SM, Enes CC, Slater B. Validação do Questionário de Frequência Alimentar para Adolescentes (QFAA) por grupos de alimentos em uma população de escolares. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2008 [acesso 04 de novembro de 2015]; 11(4): 561-7 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000400005>
9. Philippi ST. *Tabela de composição de alimentos: suporte para decisão nutricional*. 2 ed. Brasília: Coronário, 2002.
10. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005 [acesso 04 de novembro de 2015]; 21(3): 703-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000400005>
11. Coimbra RM, Morais NA. A resiliência em questão: perspectivas teóricas, pesquisa e intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2015.
12. Bacarji KMD, Marturano EM, Elias LCS. Suporte parental: um estudo sobre crianças com queixas escolares. *Psicol. Estud.* 2005 [acesso em 08 de abril de 2019]; 10(1) 107-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000100013>
13. Schneider ACN, Ramires VRR. Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia* [online]. 2007 [acesso em 12 de abril de 2019]; 26: 95-108. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n26/n26a09.pdf>
14. Luiz AMAG, Gorayeb R, Liberatore Junior RDR. Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*. 2010 [acesso em 14 de dezembro de 2018]; 27(1), 41-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100005>
15. Reece LJ, Bissell P, Coperland RJ. 'I just don't want to get bullied anymore, then I can lead a normal life': insights into life as an obese adolescent and their views on obesity treatment. *Adolescent Obesity*. 2015 [acesso em 20 de fevereiro de 2019]; 897-907. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4989446/pdf/HEX-19-897.pdf>
16. Barry D, Pietrzak RH, Petry NM. Gender Differences in Associations between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. *Ann. Epidemiol.* 2008 [acesso em 20 de fevereiro de 2019]; 18, 458-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.12.009>
17. Serrano QS, Vasconcelos MGL, Silva GAP, Cerqueira MMO, Pontes CM. Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2010 [acesso em 28 de fevereiro de 2019]; 44 (1): 25-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100004>
18. Andrade TM, Moraes DEB, Ancona-Lopez F. Problemas Psicológicos e Psicodinâmicos de Crianças e Adolescentes Obesos: Relato de Pesquisa. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2014 [acesso em 02 de março de 2019]; 34 (1), 126-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100010>
19. Noronha A, Deufel C. Reflexões teóricas sobre gordofobia na mídia: o corpo na contemporaneidade. V Seminário Nacional de Pesquisa em Educação: ética e políticas; 2014 [acesso em 04 de março de 2019]; Santa Cruz do Sul/RS. Santa Cruz do Sul: UNISC; 2014. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sepedu/article/view/12076/1902>

20. Paini LD, Eugenio AC, Pingoello I, Silva RS, Gazola S. Obesidade infantil e práticas de bullying: questões para a formação docente. EDUCERE - Revista da Educação, Umuarama. 2018 [acesso em 16 de março de 2019]; 18 (2), 441-57. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/educere.v18i2.2018.6698>
21. Santos AM. O excesso de peso da família com obesidade infantil. Rev. Virtual Textos & Contextos. 2003 [acesso em outubro de 2018]; 2, 1-10. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/964/744>
22. Sanyaolu A, Okori C, Qi X, Locke J, Rehman S. Childhood and adolescent obesity in the United States: a public health concern. Glob. Pediatr. Health. 2019 [acesso em 13 de outubro de 2018]; 6, 1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2333794X19891305>
23. Bosa VL. Ansiedade, consumo alimentar e o estado nutricional de adolescentes. Porto Alegre: UFRGS; 2010 [acesso em 13 de outubro de 2018]. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23004/000740930.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Trombini E. L'obesità adolescenza: Fattori psicologici e dinamiche familiari. Recenti Prog. In Medicine. 2007 [acesso em 28 de janeiro de 2019]; 98 (2), 112-9. Disponível em: https://www.recentiprogressi.it/allegati/00244_2007_02/fulltext/112-119%20Rass%20-%20Trombini.pdf

Recebido em agosto de 2019.
Aceito em junho de 2020.