

Iruana Merhey Machado¹,
Thaiane Costa Rubioli²,
Camila Silva Delgado²,
Mariana Ferreira³,
Lize Vargas Ferreira²

¹Faculdade de Nutrição,
Universidade Federal de Juiz de
Fora - UFJF, Juiz de Fora, MG.

²Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Juiz de
Fora - UFJF, Juiz de Fora, MG.

³Hospital Universitário da
Universidade Federal de Juiz de
Fora - UFJF, Juiz de Fora, MG.

✉ **Lize Ferreira**
R. Oswaldo Aranha, 135/201
São Mateus
CEP: 36025-007
Juiz de Fora, MG
📧 lize.vf@gmail.com

Submetido: 10/12/2018
Aceito: 13/02/2019

RESUMO

Introdução: A obesidade infantil é um grave problema global de saúde pública. O manejo no tratamento dessa enfermidade é complexo, pois depende de adequação à mudança de hábitos da própria família. A técnica mindfulness pode ser eficaz nesse contexto pois atua tanto no ganho de peso quanto nos sintomas ansiosos. **Objetivo:** avaliar a prática mindfulness em crianças e adolescentes. Avaliar sua aplicabilidade aos pais no tratamento da obesidade infantil. **Material e Métodos:** ensaio clínico longitudinal com 28 pacientes atendidos no ambulatório especializado de hospital terciário, no período de junho de 2016 a junho de 2018. As atividades consistiram de cinco sessões mensais de grupos operativos de meditações guiadas e atividades semanais domiciliares programadas. Foram avaliados peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), escore Z do IMC e circunferências da cintura, do abdome, do quadril e do braço antes de cada sessão mensal. **Resultados:** a média da idade dos participantes foi $10,7 \pm 3,68$ anos; o escore Z do IMC $3,13 \pm 0,89$, a circunferência abdominal $90,9 \pm 15,86$ cm. A média de IMC referente à primeira avaliação foi $29,1 \pm 4,63$ kg/m² e $29,9 \pm 3,81$ kg/m² na última. Os dados de evolução de IMC, circunferência da cintura, circunferência abdominal, circunferência do quadril e circunferência do braço direito não apresentaram diferença significativa entre os valores iniciais e finais. Entretanto, houve melhora no vínculo entre as crianças e seus responsáveis com algumas mudanças no comportamento familiar. **Conclusão:** A prática mindfulness em crianças e adolescentes, bem como em seus pais, não mostrou impacto na redução do peso dos pacientes avaliados. Entretanto, poderá, em longo prazo, levar a resultados positivos na qualidade de vida e na melhora dos hábitos alimentares, podendo levar a redução do peso.

Palavras-chave: obesidade, atenção plena, processos grupais

ABSTRACT

Introduction: Childhood obesity is a serious global public health problem. Management of this disease is complex, as it depends on changes of family habits. The mindfulness technique can be effective in this context by acting both on weight gain and on anxious symptoms. **Objective:** to evaluate the practice of mindfulness in obese children and adolescents as well as its applicability to their parents. **Material and Methods:** Longitudinal clinical trial with 28 patients attended at a tertiary pediatric endocrinology outpatient clinic from June 2016 to June 2018, who participated to five monthly group mindfulness guided sessions and weekly programmed home activities. Weight, height, Body Mass Index and waist, abdomen, hip and arm circumference were evaluated before each monthly session. **Results:** mean chronological age of participants was 10.7 ± 3.68 years; Z score of BMI 3.13 ± 0.89 , the abdominal circumference 90.9 ± 15.86 cm. Mean BMI on the first evaluation was 29.1 ± 4.63 kg / m² and 29.9 ± 3.81 kg / m² on last evaluation. Data on BMI evolution, waist circumference, waist circumference, hip circumference and right arm circumference did not present significant difference between the initial and final values. However, there has been an improvement in the relationship between the children and their caregivers with some changes in family behavior. **Conclusion:** mindfulness practice in children and adolescents, as well as in their parents, showed no impact on weight reduction of assessed patients. In the long run, this approach may lead to positive results in quality of life and improvement in eating habits, and therefore may lead to weight reduction.

Keywords: obesity, mindfulness, group processes

INTRODUÇÃO

A obesidade infantil é um grave problema global de saúde pública do século XXI (COELHO et al., 2016; CAMPANA; GOMES; LERNER, 2014; LOURENÇO; SANTOS; CARMO, 2014; WHO 2016). O interesse por esse agravo ganhou destaque devido à alta probabilidade de crianças obesas tornarem-se adultos obesos, especialmente se a obesidade se mantém durante a adolescência (MOREIRA, 2014). Tais dados são preocupantes devido às consequências ao longo da vida, como incidência de doenças crônicas degenerativas (ABREU, 2011), repercussões psicossociais (MEDEIROS, 2011) e aumento no índice de mortalidade em adultos (MOREIRA, 2014; LOURENÇO, 2014).

De acordo com o relatório da Comissão Pelo Fim da Obesidade Infantil (ECHO – Ending Childhood Obesity) publicado em 2016 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência de sobrepeso entre menores de cinco anos aumentou de 31 milhões (4,8%) para 41 milhões (6,1%) entre 1990 e 2014 (WHO, 2016). Medidas para prevenção e tratamento devem ser implementadas para que não se torne realidade a projeção da OMS para 2025, de que mais de 50% da população mundial serão obesos (COELHO, 2016).

O manejo dessa enfermidade na infância é complexo, pois depende de mudança de hábitos da própria família. Ademais, tem como complicador a falta de entendimento da criança quanto aos danos causados pela obesidade (DORNELLES, 2013; BAYER, 2010). Entre os adolescentes, a alimentação inadequada, associada à hiperfagia, comum nessa fase, com consumo excessivo de carboidratos simples, excesso de lipídios e baixa ingestão de vegetais corrobora diretamente para o ganho de peso (ABREU 2011). Faz-se necessário, portanto, acompanhamento multidisciplinar, com o engajamento dos pais, para que resultados sejam obtidos e impeçam a progressão da doença (COSTA, 2016; ABREU, 2011; MOREIRA, 2014; RAZAVI, 2015).

Dentre as recomendações do ECHO, está a de “fornecer serviços de gestão de peso baseado na família, com diversos componentes, para crianças e jovens obesos” (WHO, 2016). Um dos recursos utilizados atualmente para o tratamento da obesidade é a terapia cognitiva comportamental (TCC) que tem sido positivamente relacionada à terapêutica dos transtornos alimentares com maior efetividade no tratamento da obesidade infantil, quando focadas no âmbito familiar (RAZAVI, 2015). Nesta perspectiva, um dos construtos na área da psicologia positiva que tem recebido destaque é a prática *mindfulness*. (MEDEIROS, 2015; CUNHA, 2013; PIRES 2015). A prática *mindfulness* é um programa terapêutico validado na redução do estresse, que utiliza a meditação guiada, e sua aplicação tem sido estudada em diversas enfermidades nas quais a tensão é fator chave no desenvolvimento. *Mindfulness* ajuda a focalizar a atenção de maneira intencional sobre determinado objeto no momento presente, sem julgamentos, evitando o automatismo das ações (BROWN, 2003). Estudos conduzidos neste campo

relataram melhora em 40-86% nos hábitos alimentares (RAZAVI, 2015; BREWER, 2018).

O excesso de peso no período da infância e adolescência pode provocar grande estresse para paciente e familiares. A técnica *mindfulness* pode ser eficaz nesse contexto por atuar tanto no ganho de peso quanto nos sintomas ansiosos. Existem intervenções baseadas na técnica *mindfulness* com resultados positivos no controle glicêmico (PIVARUNAS, 2015; PRYA, 2018) e pressórico (PONTE MÁRQUEZ, 2018; LOPEZ, 2018)

Sendo assim, este artigo visa avaliar a prática *mindfulness* em crianças e adolescentes em paralelo com sua aplicabilidade aos pais, pretendendo melhor abordagem no tratamento da obesidade infantil e maior interação entre pais e filhos.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do estudo e amostra

O estudo é um ensaio clínico experimental sem grupo controle. A amostra foi composta por 28 sujeitos com obesidade, de ambos os sexos, atendidos no ambulatório de Endocrinologia Pediátrica do HU-UFJF, no período de junho de 2016 a junho de 2018. A proposta da atividade em grupo foi feita a todos os trinta que iniciaram o acompanhamento no ambulatório nesse período. Foram incluídos todos os que manifestaram interesse em participar da atividade. Não foram incluídos os dois pacientes que não aderiram à terapêutica proposta.

Os pacientes em questão já haviam passado por consulta médica individual pelo menos uma vez e foi proposto a eles atendimento em grupo operativo, com cinco sessões mensais. Em cada sessão foram feitas avaliações antropométricas dos participantes. No total, foram três grupos em momentos diferentes, de acordo com a data de início de atendimento, mas com a mesma programação de atividades.

O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética do HU-UFJF sob o número 77818917.7.0000.5133.

Intervenção de *mindfulness*

Todas as sessões foram organizadas para que houvesse trabalho paralelo entre os pacientes e seus responsáveis, com proposta de dinâmicas distintas, porém com objetivo similar para cada encontro. Para atividades complementares domiciliares foi elaborado plano de atividade semanal (Week Plan-WP) infanto-juvenil com linguagem simplificada e de fácil compreensão para os pacientes. Paralelamente a isso, os pais receberam também a mesma proposta para que pudessem auxiliar seus filhos nas atividades e estimular a motivação parental. O WP consistia em atividades relacionadas à percepção dos sentidos, ambiente ou das sensações da criança para reforço do treinamento

de cada sessão. Assim, a criança dirigia atenção para sua respiração, aos ruídos da sala de alimentação ou à sua real necessidade de alimento, de acordo com a semana de atividade. Além disso, os pacientes recebiam áudios para treinamento das técnicas de relaxamento em casa. A WP foi explicada ao final da sessão, de acordo com a proposta semanal e as crianças foram incentivadas a desenharem, se fosse necessário.

Para as crianças e adolescentes, a primeira sessão propôs a técnica Mindfulness durante 3 minutos, quando foram orientados a relaxar prestando atenção em sua respiração e ao final dela estariam mais atentos ao momento presente. Aplicamos a prática slow food (técnica que trabalha o sensorio – tato, olfato, audição e paladar, excluindo o visual para aguçar os demais) com chocolate, incentivando-os a estarem atentos aos seus sentidos. Discussão em grupo foi realizada com o intuito de motivar as crianças a compartilharem suas experiências. Após tais atividades, os pacientes preencheram o instrumento de avaliação de medida Mindfulness para crianças e adolescentes na versão em português (CUNHA 2013). Para os responsáveis, a primeira sessão constou da técnica Mindfulness, seguida de slow food com uva passas. Foram discutidas a alimentação em casa e as responsabilidades quanto ao fornecimento, distribuição e manutenção de alimentação saudável.

A segunda sessão foi iniciada com a técnica Mindfulness por cerca de cinco minutos, promovendo concentração na respiração e nas sensações envolvidas. A atividade prática contou com a participação ativa para a preparação de lanche saudável. Neste encontro, foi possível trabalhar pontos como higiene pessoal, higiene no preparo de alimentos e cuidados necessários na cozinha. Além disso, os pacientes foram encorajados a experimentar alimentos diferentes ou alimentos em formas diferentes (por exemplo, cenoura crua ralada, picada em palitos ou em cubos). Os responsáveis receberam instruções referentes à lista de compras e como fornecer alimentação saudável no âmbito familiar. Foram oferecidas sugestões para diversificar o cardápio e evitar o desperdício de alimentos.

A terceira sessão teve a técnica Mindfulness com ênfase na respiração, seguida da mastigação de diferentes consistências, mostrando a importância da mastigação mais lenta. Essa atividade foi proposta de forma lúdica, como uma competição, para estimular os pacientes. Os familiares foram convidados a compartilhar as tarefas e aplicar no cotidiano as estratégias sugeridas, permitindo que sejam mais flexíveis, porém estabelecendo limites apropriados.

A quarta sessão foi realizada com todos, começando com Mindfulness. A proposta foi montar, em conjunto, um esquema com dicas para as crianças e/ou adolescentes aprenderem a se comportar em eventos sociais. Aos pais, orientou-se auxiliar na distração dos jovens e manter postura firme frente aos combinados feitos neste momento em sala. Posteriormente, uma atividade festiva proporcionou colocar em prática esses combinados.

A quinta sessão contou com proposta de reforçar as tarefas apresentadas mediante a lembrança do que aprenderam.

Variáveis estudadas

Foram colhidos dados demográficos (idade, sexo) e antropométricos em todas as sessões. O peso foi medido em balança digital antropométrica Welmy® W110H, com leitura 50-100g. A altura foi determinada em estadiômetro milimetrado acoplado à balança para crianças com mais de um metro de altura e estadiômetro milimetrado de chão para as crianças com menos de um metro. O Índice de Massa Corporal (IMC em kg/m² foi calculado segundo a fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$, e foi considerada obesidade o valor de score Z do IMC acima de +2. As circunferências da cintura (CC), do abdômen (CA), do quadril (CQ) e do braço (CB) em centímetros foram medidas com fita métrica, aferidas por profissionais devidamente instruídos. A CC foi determinada com o paciente em posição ortostática, no ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca, CA foi estimada na linha da cicatriz umbilical, CQ na linha do trocanter maior e CB avaliada em braço direito, na metade da medida entre o acrômio e o epicôndilo lateral do úmero.

Foram colhidos do prontuário os seguintes dados laboratoriais colhidos na primeira consulta: colesterol total e frações, triglicérides, hormônio estimulante da tireoide (TSH), aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT).

A síndrome metabólica (SM) é composta por critérios que individualmente são fatores de risco cardiovascular (FRCV). Por ter definição pouco estabelecida em crianças menores que 10 anos, utilizamos os seguintes FRCV: CA acima do percentil 90, TG > 150 mg/dl, HDL < 40 mg/dl, PA acima do percentil 90 e glicemia > 100mg/dl.

Para avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o questionário validado para a população brasileira KIDSCREEN-52 ao final da última sessão (GUEDES, 2011). Esse questionário contém 52 itens, divididos em 10 domínios: 1) saúde e atividade física, 2) sentimentos, 3) estado emocional, 4) autopercepção; 5) autonomia e tempo livre; 6) ambiente familiar; 7) aspectos financeiros, 8) amigos e apoio social, 9) ambiente escolar; 10) provocação/aceitação social (bullying). Cada item é classificado segundo escala do tipo Likert de 5 pontos avaliando a frequência (nunca, raramente, com muita frequência, com muita frequência, sempre) ou a intensidade (de forma alguma, ligeiramente, moderadamente, muito, extremamente) de certos comportamentos, sentimentos, ou atitudes, com base em um período recordatório de uma semana. Os valores atribuídos a cada dimensão são transformados em score T, com média de 50 e desvio-padrão de 10. Não existe ponto de corte definido, mas em geral, quanto mais alta a pontuação, melhor se considera a qualidade de vida.

Análise estatística

Dados quantitativos são apresentados como média e desvio-padrão, e comparados com teste t de Student. Dados qualitativos são apresentados como porcentagem. As comparações foram feitas no programa Excel 2016, Windows® foi considerado significante $p < 0,05$.

RESULTADOS

Os pacientes avaliados apresentavam idade cronológica média de 10,7 anos ($\pm 13,68$) e 53,6% eram do sexo feminino, e todos foram acompanhados por quatro meses. Além da obesidade, presente universalmente, ainda pôde-se perceber aspectos que podem conferir risco cardiovascular futuro, como níveis aumentados de PA, concentrações aumentadas de TG e reduzidas de HDL. As características clínicas iniciais dos pacientes estão demonstradas na tabela 1.

Ao longo dos quatro meses, foram realizadas cinco sessões. A frequência foi de 81% de presença, sendo que os pacientes estavam sempre acompanhados, em mais de 90% dos casos, pelo mesmo responsável. A aceitabilidade da técnica pelas crianças foi de 100% durante as sessões com uma adesão em casa de 53%. Quanto aos pais, a adesão foi de 100% presencial e apenas 27% em domicílio. A dificuldade de acesso à internet para recebimento dos áudios foi encontrada em apenas 1% dos pacientes e/ou acompanhantes, o que foi solucionado com o envio para outros familiares.

Observando a evolução dos dados antropométricos, vimos que a média de IMC na primeira avaliação não diferiu em relação a medida na última sessão ($29,1 \pm 4,63$ vs. $29,9 \pm 3,81 \text{ kg/m}^2$, respectivamente, $p=0,58$). Também não observamos diferenças nos outros dados colhidos. (Tabela 2).

O resultado dos questionários de qualidade de vida encontra-se na figura 1. As pontuações mais baixas estavam relacionadas aos domínios dos sentimentos, família e vida em casa tempo livre e amigos.

A partir dos depoimentos durante a evolução dos grupos, observamos que tanto as crianças quanto seus responsáveis alteraram seus hábitos e buscaram apoiar uns aos outros durante todo o processo. A evolução foi coletiva, sendo cada mudança aplicada ao longo do cotidiano das famílias. Relatos como de refeições em conjunto a mesa, de cobrança de hábitos saudáveis de maneira positiva bilateral e de melhora na aproximação familiar foram recorrentes. Demandas novas e antigas foram apresentadas aos pais, o que não ocorria de forma tão rotineira, estabelecendo assim vínculo de confiança mútuo. O atendimento efetuado em grupo proporcionou interação entre os responsáveis e seus respectivos filhos, e entre famílias que compunham o grupo, permitindo apoio entre as famílias e entre seus pares.

Entretanto, observamos algumas dificuldades ao longo das sessões. Houve relato de pouca regularidade das atividades domiciliares. Também percebemos dificuldade das crianças em realizar concentração.

Tabela 1: Dados clínicos dos pacientes na primeira avaliação

Aspecto clínico (n=28)	Média (\pm desvio padrão)	%
Idade (anos)	10,7 ($\pm 3,68$)	-
Z IMC	3,13 ($\pm 0,89$)	-
Cintura (cm)	90,9 ($\pm 15,86$)	-
Cintura acima do percentil 90	-	100%
PA (mmHg)	111,9 ($\pm 13,96$) x 68,3 ($\pm 10,56$)	-
PA acima do percentil 90	-	11,5%
Glicose (mg/dl)	83,6 ($\pm 9,15$)	-
CT (mg/dl)	168,1 ($\pm 29,40$)	-
TG (mg/dl)	97,4 ($\pm 32,51$)	-
TG acima de 150mg/dl	-	11,5%
HDL (mg/dl)	44,7 ($\pm 9,42$)	-
HDL abaixo de 40mg/dl	-	34,6%
LDL (mg/dl)	103,2 ($\pm 25,23$)	-
TSH (mU/ml)	2,8 ($\pm 1,29$)	-
AST/ALT (mg/dl)	21,4 ($\pm 3,34$) / 25,9 ($\pm 9,06$)	-
Fatores de Risco Cardiovascular (no)	1,9 ($\pm 0,75$)	-

Legenda: Z IMC: score de desvio padrão do IMC (Índice de Massa Corporal); PA: pressão arterial; CT: colesterol total; TG: triglicérides; HDL: lipoproteína de alta densidade; LDL: lipoproteína de baixa densidade; TSH: hormônio estimulante da tireoide; AST: aminotransferases de aspartato; ALT: aminotransferases de alanina.

Tabela 2: Evolução dos dados antropométricos no decorrer das sessões de mindfulness

Medidas	Sessão 0	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	p
IMC (kg/m ²)	29,1 ± 5,12	28,9 ± 3,78	28,7 ± 3,74	29,9 ± 3,81	0,584
CC (cm)	84,9 ± 15,86	83,7 ± 11,65	86,8 ± 14,39	85,4 ± 12,71	0,939
CA (cm)	90,9 ± 15,14	89,5 ± 15,38	93,2 ± 16,49	94,2 ± 15,46	0,568
CQ (cm)	96,1 ± 14,14	95,1 ± 14,15	100,1 ± 14,27	101,5 ± 13,27	0,317
CB (cm)	29,1 ± 4,63	29,3 ± 4,51	30,3 ± 5,26	30,6 ± 5,09	0,443

Legenda: Circunferência da cintura (CC), circunferência abdominal (CA), circunferência do quadril (CQ) e circunferência do braço direito (CB). Os resultados são apresentados como média e desvio padrão e foram comparados pelo teste t. Não houve diferença entre os grupos entre os valores iniciais e finais.

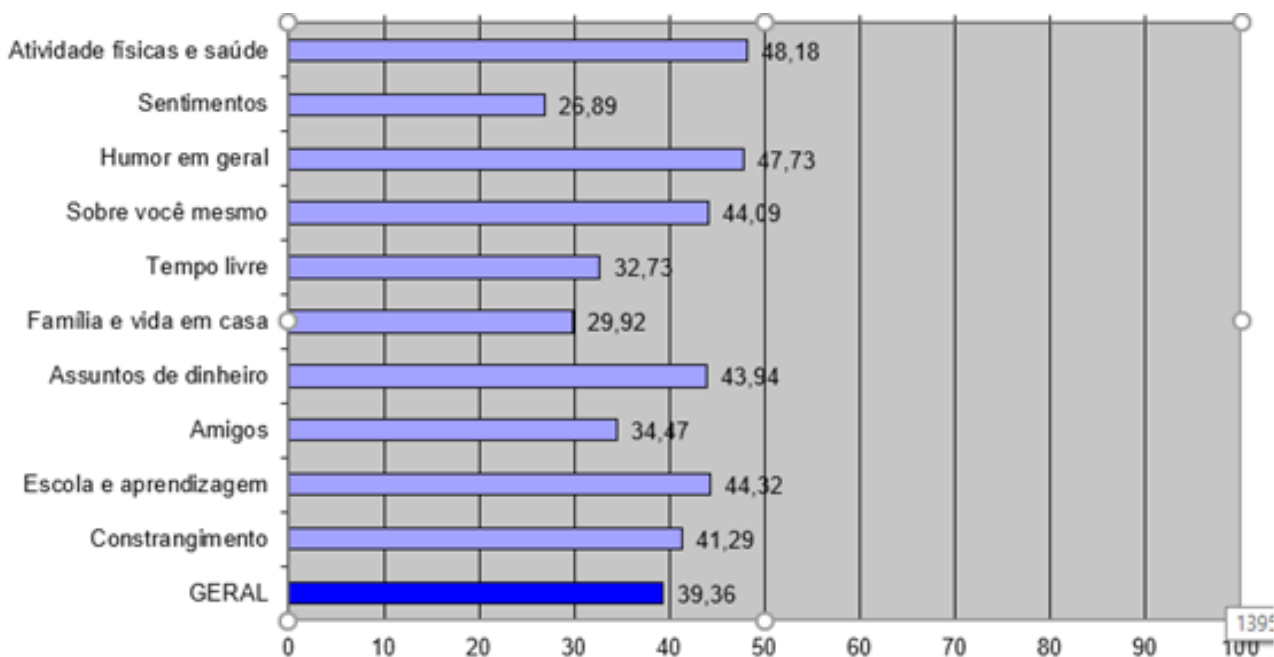


Figura 1: Avaliação da qualidade de vida pelo Questionário de KIDSCREEN-52

DISCUSSÃO

Intervenção a partir da técnica mindfulness foi proposta para tratamento de obesidade infantil, com resultados iniciais modestos. Apesar disso, dados de literatura sugerem que esta pode ser abordagem promissora.

Dificuldades psíquicas, afetivas e relacionais geram comportamento de passividade, baixa autoestima, insegurança, solidão e dificuldade no processo criativo das crianças, tendo a busca excessiva por alimento como sintoma gerador de ansiedade (CAMPANA 2014). A inclusão dos pais foi proposta no grupo visando ser um auxílio no tratamento terapêutico, possibilitando vínculos mais expressivos (CAMPANA 2014, MOREIRA 2014). Observamos que esse objetivo foi realmente alcançado, a partir dos relatos de experiências dos participantes.

Mindfulness auxilia a focalizar a atenção de maneira intencional sobre determinado objeto no momento

presente, sem julgamentos, evitando o automatismo das ações. O treinamento aumenta a capacidade de ampliar a perspectiva sobre determinado assunto quando percebemos as respostas mentais aos estímulos internos e externos, levando ao controle dos sentimentos e emoções. Tais técnicas têm sido utilizadas para auxiliar adultos obesos com problemas de compulsão alimentar a adequar seus comportamentos alimentares, melhorar o humor, aumentar o autocontrole e ainda reduzir sintomas depressivos. No entanto, são escassos programas delineados para adolescentes com inadequado comportamento alimentar (CUNHA 2013, BARNES 2016). Um estudo piloto foi realizado em Nova York com 49 crianças em idade escolar. A maioria das crianças gostou da técnica, porém não houve diferença significativa nos escores relacionados à alimentação atenta e resiliência (LEUNG 2016). Esse resultado corrobora o estudo atual, no qual houve pouca regularidade na prática domiciliar, apesar da técnica ter sido muito apreciada.

Outro estudo qualitativo realizado na Espanha, com 32 participantes de Unidade de Saúde Mental, identificou como as dificuldades mais comuns encontradas relacionadas à prática: ansiedade (37,5%), dificuldade de concentração (43,7%); ausência de sensação corporal durante a prática (15,6%). Também perceberam melhora no estado positivo (87,5%), aumento do humor positivo (62,5%), redução dos sintomas (12,5%), maior sensação de segurança (7,1%); maior habilidade em aceitar suas experiências (46,8%); redução de pensamentos ruminativos (21,8%); melhor respiração (37,5%). (MARTI 2009) Alguns desses aspectos também foram observados no grupo estudado, como: dificuldade de concentração e maior adesão às experiências realizadas efetivamente no grupo.

Baseado no questionário de qualidade de vida, 200 crianças avaliadas por entrevista semiestruturada caracterizam felicidade com referência às necessidades básicas materiais e fisiológicas atendidas, assim como desejos e afeto (GIACOMONNI 2014). No grupo avaliado, houve percepção de qualidade de vida prejudicada em alguns domínios. Uma vez que não houve avaliação prévia, não se consegue determinar a causa desse prejuízo ou mesmo se houve melhora após a prática.

Estudo qualitativo realizado com diferentes profissionais na área de saúde apontou que o trabalho em grupo é uma ferramenta terapêutica que contempla demandas clínicas e familiares que podem ser trabalhadas em conjunto, com equipe qualificada para que haja acolhimento e direcionamentos adequados. Devido à alta complexidade em torno da obesidade infantil, a intervenção com equipe multidisciplinar determina a eficácia do tratamento. (DORNELLES 2013) Por este motivo, a necessidade de um serviço interdisciplinar mais amplo mostra-se de grande importância para um tratamento mais efetivo desse público alvo.

As limitações deste estudo são o curto período de acompanhamento e a idade relativamente elevada dos pacientes. Para avaliar impacto efetivo em doenças crônicas, é necessário tempo de observação maior (DOMBROWSKI, 2014). Além disso, crianças em idade escolar têm hábitos mais enraizados, menos sensíveis a mudanças. Estudos tem mostrado que intervenções contra o ganho de peso na infância são mais eficazes quando são realizados muito precocemente, ainda antes da instalação da obesidade. (BARKIN 2018, PAUL 2018)

CONCLUSÃO

A prática mindfulness em crianças e adolescentes, bem como em seus pais, não mostrou impacto expressivo na redução do peso dos pacientes avaliados. Fatores associados estão a baixa adesão na realização da técnica

em casa, o curto tempo de seguimento e a presença de crianças maiores, com mais dificuldade na mudança de hábitos. Além disso, há que se levar em consideração o fato de a obesidade ser uma doença crônica com múltiplas variáveis influenciadoras.

Entretanto, houve melhora no vínculo entre as crianças e seus responsáveis com algumas mudanças no comportamento familiar, o que poderá, a longo prazo, levar a resultados positivos na qualidade de vida e na melhora dos hábitos alimentares, podendo levar a redução do peso.

Para que possamos ser efetivos no cuidado da obesidade infantil precisamos levar em conta o contexto social em que os pacientes estão inseridos. A promoção do padrão de parentalidade mindfull, como observado neste estudo, pode promover relações familiares mais satisfatórias e positivas melhorando o bem-estar das crianças e adolescentes. Além disso, a proposta pode ser uma estratégia de custo acessível e de pouca complexidade para o atendimento a crianças e adolescentes com obesidade.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. C. Obesidade e condições relacionadas à obesidade secundária na interface do crescimento e desenvolvimento. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 1, p.7-10, apr. 2011.
- BARKIN, S. L. et al. Effect of a behavioral intervention for underserved preschool-age children on change in Body Mass Index: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**, v. 320, n. 5, p. 450-60, aug. 2018.
- BARNES, V. A.; KRISTELLER, J. L. Impact of Mindfulness – Based eating awareness on diet and exercise habits in adolescents. **International Journal of Complementary & Alternative Medicine**. v. 3, n. 2, feb. 2016.
- BAYER, A. A. A. et al. Intervenção grupal em pacientes com obesidade e seus familiares: relato de experiência. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p. 200-211, dec. 2010.
- BREWER, J. A. et al. Can Mindfulness Address Maladaptive Eating Behaviors? Why Traditional Diet Plans Fail and How New Mechanistic Insights May Lead to Novel Interventions. **Frontiers in Psychology**, v.9, p. 1418-29, sep. 2018.
- BROWN, K. W, RYAN, R. M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 84, n. 4, p. 822-848, apr. 2003.
- CAMPANA, N. T.C.; GOMES, I. C.; LERNER, R. Contribuições da clínica da parentalidade no atendimento de um caso de obesidade infantil. **Psicologia Clínica**, v. 26, n. 2, p. 105-119, jul./dec. 2014.
- COELHO, G. D. et al. Avaliação do autoconceito de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 8, n. 3, p. 204-217, jul./set. 2016.

- COSTA, C. S. M. A relação entre as orientações de vinculação e a parentalidade mindful em mães de crianças e adolescentes: O papel mediador das dificuldades de regulação emocional e do stress percebido. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. 2016.
- CUNHA, M.; GALHARDO, A.; PINTO-GOUVEIA, J. Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM): Study of the Psychometric Properties of the Portuguese Version. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 3, p.459-468, jul./set. 2013.
- DORNELLES, A. D.; ANTON, M. C. A percepção dos profissionais da saúde acerca da atenção ao sobrepeso e à obesidade infantil no Sistema Único de Saúde (SUS). **Aletheia**, s/v., n. 41, p. 53-66, may./ago. 2013.
- DOMBROWSKI, S. U.; KNITTLE, K., AVENELL, A., ARAÚJO-SOARES, V., and SNIEHOTTA, F. F. Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled. **British Medical Journal**, v. 14, n. 348, p. 2646, may. 2014.
- GIACOMONI, C. H.; SOUZA, L. K.; HUT, C. S. A visão das crianças sobre a felicidade. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 18, n. 1, p. 143-50, jan./apr. 2014.
- GUEDES, P. D.; GUEDES, J.E.R.P. Translation, cross-cultural adaptation and psychometric properties of the kidscreen-52 for the brazilian population. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 3, p.364-71, set. 2011.
- LEUNG, M. M. Mindfulness-based Piloto Study to Reduce Childhood Obesity Risk in Underserved Urban Children: Preliminary Findings. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 48, n. 7S, p.S95, jul. 2016.
- LÓPEZ, A.L.S Effectiveness of the Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Blood Pressure: A Systematic Review of Literature **Worldviews on Evidence-Based Nursing**, v. 15, n. 5, p. 344-52, dec. 2018.
- LOURENÇO, M.; SANTOS, C; CARMO, I. Estado nutricional e hábitos alimentares em crianças de idade pré-escolar. **Revista de Enfermagem**, v. serIV, n. 1, p. 7-14, fev./mar. 2014.
- MARTI, A. C.; BARRACHINA, M. T. M. The effects of mindfulness-based cognitive therapy: a qualitative approach. **Psychology in Spain**, v. 13, n. 1, p. 9-16, jan. 2009.
- MEDEIROS, C. C. M. et al. Estado nutricional e hábitos de vida em escolares. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 3, p. 789-797, jan. 2011.
- MEDEIROS, R. C. A parentalidade na perspectiva do mindfulness: Estudo do papel mediador da vinculação aos pais na relação entre a parentalidade mindful e a qualidade de vida de crianças e adolescentes. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (dissertação de mestrado). 2015.
- MOREIRA, M. S. F. et al. Doenças associadas à obesidade infantil. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 35, n. 1, p. 60-66, jan./jun.2014.
- PAUL, I. M. et al. Effect of a responsive parenting educational intervention on childhood weight outcomes at 3 years of age the INSIGHT randomized clinical trial. **JAMA**, v. 320, n. 5, p. 461-68, aug. 2018.
- PIRES, J. G.; NUNES, M. F. O. Instrumentos para avaliar o construto mindfulness: uma revisão. **Avaliação Psicológica**, v. 14, n. 3, p. 329-338, dec. 2015.
- PIVARUNAS, B. et al. Mindfulness and Eating Behavior in Adolescent Girls at Risk for Type 2 Diabetes. **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n. 6, p. 563-569, sep. 2015.
- PONTE MÁRQUEZ, P.H et al. Benefits of mindfulness meditation in reducing blood pressure and stress in patients with arterial hypertension. **Journal of Human Hypertension**. v. 36, p. 294-5, nov. 2018.
- PRIYA, G; KALRA, S. Mind-Body Interactions and Mindfulness Meditation in Diabetes. **European Endocrinology**, v. 14, n. 1, p. 35-41, apr. 2018.
- RAZAVI, N.; AHADI, H; FOROOSHANI, G. S. Comparison between Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness in Reducing Weight and Improvement of Health in Obese and Over Weighted Children. **International Journal of Humanities and Cultural Studies**. v. 1, n. 1, p. 1972-1986, dec. 2015.
- World Health Organization. Report of the commission on ending childhood obesity. Janeiro, 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em 16 fev. 2019
- ZORNIG, S. M. A. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. **Tempo Psicanalítico**, v. 42, n. 2, p. 453-470, jun. 2010.