Residência RP Pediátrica
Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Pediatria
ISSN-Online: 2236-6814

Data de Submissão: 09/11/2019
Data de Aprovação: 13/01/2020

ARTIGO ORIGINAL

Triagem para distúrbios emocionais e psicossociais em crianças e adolescentes com excesso de peso

Screening for emotional and psychosocial disorders in children and adolescents with excess weight

Gustavo Jorge Maftum[1], Fernando Cáritas de Souza[2], Gleice Fernanda Costa Pinto Gabriel[2], Milene Morais Sedrez Rover[2], Fabiano Sandrini[2], Tainara Caetano Dalmina[1], Haydée Beatriz Zandoná Soares[3], Marcos Antonio da Silva Cristovam[2]

Palavras-chave:
Criança,
Adolescente,
Sobrepeso,
Obesidade,
Transtornos Mentais,
Inquéritos e
Questionários.

Resumo

Objetivos: Realizar triagem para distúrbios emocionais e psicossociais em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade através da aplicação da lista de sintomas pediátricos. **Métodos:** Estudo epidemiológico de corte transversal de crianças e adolescentes, com idade entre seis e 16 anos, atendidas no ambulatório de pediatria geral do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, do município de Cascavel, Paraná. As variáveis analisadas foram: sexo, idade e IMC e a relação destes com a lista de sintomas pediátricos. Para análise dos dados foram utilizados os testes de hipóteses qui-quadrado e exato de Fischer para as proporções. A medida de efeito de interesse foi a razão de prevalência com intervalo de confiança de 95%, obtida com a regressão de Poisson, considerando significativo resultados com valor de p<0,05 no teste de Wald. **Resultados:** Participaram 157 crianças com idade entre seis e 16 anos, sendo que 123 (78%) eram menores de 12 anos. Destes, 66 (42%) eram meninas e 91 (58%) meninos, quanto ao índice de massa corpórea 88 (56%) eram obesos e 69 (44%) apresentavam sobrepeso. A lista de sintomas pediátricos foi positiva em 39 (24%) dos participantes. A maioria dos participantes com positividade na lista de sintomas pediátricos eram menores de 12 anos e obesos. Não houve significância estatística entre idade, sexo e IMC e positividade na lista de sintomas pediátricos. **Conclusão:** Apresentaram risco para problemas emocionais e psicossociais 24% das crianças com sobrepeso e obesidade.

Keywords:
Child,
Adolescent,
Overweight,
Obesity,
Mental Disorders,
Surveys and
Questionnaires.

Abstract

Objectives: To realize screening for emotional and psychosocial disorders in overweight and obese children and adolescents by application of pediatric symptoms checklist. **Methods:** Cross-sectional epidemiological study of children and adolescents aged six and 16 years; evaluated at the general pediatrics outpatient clinic of the Hospital Universitário do Oeste do Paraná, in Cascavel City, State of Paraná. The variables analyzed were: sex, age, BMI, and their relationship to the pediatric symptoms checklist (PSC). For the analysis of the data the chi-square hypothesis tests and Fishers exact hypotheses were used for the proportions. The measure of effect of interest was the 95% confidence interval ratio, obtained with the Poisson regression, considering significant results with value of p<0.05 Wald test. **Results:** 157 subjects aged six to 16 years participated, 123(78%) of which were under 12 years of age. Of these, 66 (42%) were female and 91 (58%) male, 88 (56%) were obese and 69 (44%) were overweight. The pediatric symptoms checklist was positive in 39 (24%) of the participants. Most participants with positive PSC were less than 12 years old and obese. There was no statistical significance between age, sex and BMI and positive score on the pediatric symptoms checklist. **Conclusion:** 24% of overweight and obese children were at risk for emotional and psychosocial problems.

[1] Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Residência Médica de Pediatria - Cascavel - Paraná - Brasil.
[2] Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Disciplina de Pediatria - Cascavel - Paraná - Brasil.
[3] Faculdade Assis Gurgacz, Pediatria - Cascavel - Paraná - Brasil.

Endereço para correspondência:
Marcos Antonio da Silva Cristovam.
Universidade Estadual do Oeste do Paraná. R. Universitária, 1619 - Universitário, Cascavel/PR, 85819-110. E-mail: ma.cristovam@uol.com.br

DOI: 10.25060/residpediatr-2021.v11n3-224

Este trabalho está licenciado sob uma Creative Commons Attribution 4.0 International License.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a obesidade uma epidemia mundial, condicionada principalmente pelo erro alimentar e falta de atividade física. A obesidade na faixa etária pediátrica aumentou drasticamente nas últimas duas décadas, em ambos os sexos e, principalmente, na população com menor renda familiar[1,2].

Sobrepeso e obesidade estão frequentemente associados com disfunções emocionais, problemas escolares e pior qualidade de vida quando comparados crianças e adolescentes eutróficos[3,4]. O excesso de peso está relacionado a altas taxas de comorbidades específicas como déficit de atenção e hiperatividade, depressão, problemas no aprendizado, atraso no desenvolvimento, asma, alergias, cefaleias, infecção de ouvido, dentre outras[2,5,6]. É crescente o preconceito sofrido por crianças e adolescentes obesas, resultando em menor quantidade de amigos, menos afeto proveniente dos pais e pior desempenho escolar. Com a experiência do sofrimento por meio do *bullying* o adolescente com obesidade tem pouca motivação para fazer atividades físicas, evita estilos de vida saudáveis e pode apresentar até mesmo ideação suicida[4]. Além disso, sabe-se que aqueles que permanecem obesos por mais de quatro anos e com baixa autoestima são mais propensos a desenvolver comportamentos de risco, como etilismo e tabagismo, quando comparados com seus pares obesos com autoestima normal[4,7]. Distúrbios do sono, principalmente a privação, são mediados tanto por fatores emocionais quanto hormonais e comportamentais e podem causar efeito obesogênico[8,9]. Pacientes com maior tempo para alimentação e redução no tempo de sono aumentam a grelina e reduzem a leptina, que aumentam o apetite[9].

Existem diversos instrumentos validados para triagem de problemas comportamentais e emocionais, como a lista de sintomas pediátricos (LSP), *CBCL* (*child behavior checklist*) e a escala de avaliação comportamental para crianças – segunda edição (*BASC-2*)[10,11], embora não sejam ferramentas de diagnóstico, possibilitam fazer levantamento de casos positivos para vários problemas de saúde mental da infância e adolescência[12,13]. Estudos demonstram que entre 10 a 15% da população pediátrica geral apresentam positividade em triagem para transtornos mentais e menos de 50% da população na faixa etária pediátrica passa por alguma triagem para problemas psicossociais e um número muito menor passa por consulta com psicólogo ou psiquiatra[12,14].

O objetivo deste estudo foi realizar uma triagem para distúrbios emocionais e psicossociais em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade através da aplicação do questionário LSP.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo epidemiológico de corte transversal de crianças e adolescentes, com idade entre seis e 16 anos, atendidas no ambulatório de pediatria geral do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, do município de Cascavel (Paraná).

Dentre todos os pacientes do ambulatório foram selecionados os pacientes de 6 aos 16 anos que apresentaram excesso de peso, os quais foram caracterizados como sobrepeso os com IMC entre escore-Z ≥ +1 e ≤ +2 e obesidade os com escore-Z > +2.

Os responsáveis e os sujeitos foram convidados a participar do estudo de forma voluntária, sendo explicado sobre a importância e objetivos da pesquisa e em seguida foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para assinatura dos responsáveis e o termo de assentimento livre e esclarecido pelo paciente, quando adolescente com idade ≥12 anos.

A coleta de dados foi realizada através da abordagem dos pacientes com excesso de peso e responsáveis durante consultas de rotina entre os meses de março/2017 e dezembro/2018. Os participantes tiveram seus pesos e estaturas aferidos com uso de roupas leves e descalços em balança digital da marca Líder^{R} (modelo P-300C, série 31403, ano de fabricação: 2014; Brasil) e a estatura foi medida em estadiômetro de parede (modelo E150 A, Tonelli Equipamentos Médicos Ltda., Brasil).

Após a realização das medidas antropométricas, foi calculado o índice de massa corpórea (IMC), através da divisão do peso (em quilogramas) pela estatura (em metros) ao quadrado, e o resultado foi avaliado conforme tabelas de crescimento para crianças e adolescentes de cinco a 19 anos da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007)[8].

Foram entregues 157 questionários, sendo todos preenchidos. Nenhum responsável se recusou a assinar o TCLE e não houve desistência na participação da pesquisa pelas crianças e adolescentes. As variáveis analisadas para cada paciente foram pontuação na LSP, idade, sexo e IMC.

Os responsáveis pelos sujeitos responderam à versão em português brasileiro do *PSC (pediatric symptoms checklist),* a lista de sintomas pediátricos (LSP), que é um instrumento de triagem para problemas emocionais e/ou psicossociais para crianças e adolescentes de 6 a 16 anos, consistindo de 35 itens, de fácil aplicação, entendimento e interpretação dos resultados, além de rápido preenchimento, que refletem a impressão dos pais sobre o comportamento e desenvolvimento psicoemocional de seu filho. A LSP não é específica para algum transtorno mental específico, porém as questões direcionam para sintomas de atenção, problemas internalizantes (queixas somáticas, ansiedade e depressão) e problemas externalizantes (hiperatividade, comportamento agressivo e impulsivo). A pontuação que indica a frequência em que a situação proposta na questão ocorre, é de zero para "nunca", de um para "às vezes" e de dois para "frequentemente". O ponto de corte estabelecido para esta pesquisa foi igual ou superior a 28 pontos, ou seja, valor igual ou acima deste foi considerado positivo e a criança ou adolescente teria indicação para avaliar a saúde mental em um serviço de referência[4,7,9,15].

Análise dos dados

Foram realizadas pelo programa *Software Stata,* versão 12. Foram feitas medidas descritivas, como frequências absolutas

(n) e relativas (%) para variáveis categóricas e medidas de tendências centrais (média e mediana) e dispersão (desvio padrão e valor mínimo e máximo) para as variáveis contínuas. A proporção do desfecho foi estimada assim como seu intervalo de confiança de 95% (IC95%). Foram utilizados os testes de hipóteses qui-quadrado e exato de Fischer para as proporções. A medida de efeito de interesse foi a razão de prevalência (RP) com IC95% obtida com a regressão de Poisson, considerando significativo resultados com valor de $p<0,05$ no teste de Wald.

Os critérios de exclusão do estudo foram: crianças e adolescentes portadores de doenças crônicas, exceto obesidade; as que apresentavam diagnóstico de deficiência mental ou transtornos psiquiátricos e em acompanhamento psicoterápico.

Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, de Cascavel/PR, sob parecer número 1.558.854/2016.

RESULTADOS

Dos 157 participantes, 91 (58%) eram do sexo masculino e 66 (42%) do sexo feminino, 123 (78%) abaixo dos 12 anos e 34 (22%) entre 12 e 16 anos, 69 (44%) apresentaram sobrepeso e 88 (56%) obesidade.

De todos os entrevistados, 39 (24%) apresentaram pontuação positiva (≥28) na LSP, sendo 25 (64%) do sexo masculino e 14 (36%) do sexo feminino. Na Tabela 1, são apresentadas as variáveis analisadas, com uma média de idade 9,21 anos no sexo feminino e 10,6 no sexo masculino e uma amostra mais homogênea no sexo feminino com o desvio padrão de 2,33 anos quando comparado a 5,44 anos no sexo masculino.

Na Tabela 2, são apresentadas as variáveis sexo, idade e peso e suas relações com a positividade na LSP, além dos resultados descritivos da amostra e a prevalência de LSP por sexo e faixa etária.

DISCUSSÃO

A obesidade tem se tornado um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Com o aumento do número de crianças e adolescentes obesos, a quantidade de comorbidades também tem aumentado. Portanto, além de se diagnosticar e manejar a obesidade infantojuvenil, é fundamental identificar precocemente as comorbidades, sendo as psicológicas uma delas[16].

Aproximadamente uma em cada quatro crianças acima do peso neste estudo apresentou risco para desenvolvimento de transtornos psicoemocionais, resultado este semelhante a uma pesquisa nos Estados Unidos realizada em um centro de referência de obesidade[9,17]. Já em outros dois estudos a porcentagem de positividade na LSP variou de 14% a 16%, resultado este bem aquém deste estudo, vale ressaltar que uma dessas pesquisas avaliou crianças independente do peso[7,13]. Apesar da positividade na *LSP* não necessariamente significar transtorno psiquiátrico, ele indica aqueles que se beneficiariam de uma investigação mais completa[6,9]. Diversos estudos epidemiológicos demonstraram que a prevalência de transtornos mentais está aumentada em crianças obesas, que além do hábito sedentário, como o uso de televisão e internet em excesso, apresentam distúrbios alimentares, como compulsão alimentar, relacionados à ansiedade, depressão e baixa autoestima[13,16,18-20,21-23]. Embora o presente estudo não tenha apresentado relação entre peso e transtornos psicoemocionais, na literatura há relatos que as próprias crianças tendem a atribuir mais características negativas a figuras com excesso de peso do que a figuras com peso normal[23].

Apesar de não haver relação entre sexo e transtornos psicoemocionais nesta pesquisa, a literatura mostra que o sexo masculino tem maior tendência a distúrbios emocionais, isto se deve a presença de sintomas externalizantes como comporta-

Tabela 1. Média, mediana, desvio padrão e amplitude das variáveis analisadas.

Variável	Média	Mediana	Desvio padrão	Amplitude
Idade	9,8 anos	10 anos	2,4 anos	6 - 16 anos
IMC	23,82	23,52	5,13	16,24 - 51,25
Altura	1,44 m	1,43 m	0,14 m	1,12 - 1,9 m
Peso	51,2 kg	46,5 kg	19,2 kg	23 - 141 kg
Sexo masculino				
Idade	10,6 anos	10 anos	2,33 anos	6 - 16 anos
IMC	25,2 kg/m^2	25,4 kg/m^2	5,42 kg/m^2	18,04 - 51,2 kg/m^2
Altura	1,5 m	1,51 m	0,1 m	1,2 - 1,68 m
Peso	57,57 kg	58,75 kg	15,78 kg	30,5 - 96,2 kg
Sexo feminino				
Idade	9,21 anos	9 anos	5,44 anos	6 - 16 anos
IMC	22,82 kg/m^2	21,16 kg/m^2	4,69 kg/m^2	16,24 - 39,05 kg/m^2
Altura	1,4 m	1,38 m	0,14 m	1,12 - 1,9 m
Peso	46,64 kg	37,7 kg	20,3 kg	23 - 141 kg

mento agressivo e impulsivo, déficit de atenção e hiperatividade e compulsão alimentar, fatores estes que contribuem para o excesso de peso[13,18-20]. Considerando-se as meninas, elas estão mais propensas a sofrerem mais dos estigmas sociais ligados a forma física, os quais advém não só dos padrões culturais de beleza contemporâneos, em que as mulheres precisam ser magras e esguias, mas também do convívio com os próprios pais, que reforçam esses padrões no contexto familiar proporcionando as crianças uma forma negativa e estigmatizada de ver as pessoas com peso excessivo desde pequenas[23].

Tabela 2. Relação entre LSP e faixa etária, sexo e excesso de peso.

Relação entre faixa etária e PSC positivo				
		Participantes	PSC positivo	Valor do *p*
Masculino				
	< 12 anos	79 (86,8%)	21 (26,6%)	
	≥ 12 anos	12 (13,2%)	4 (33,3%)	0,730
Feminino				
	< 12 anos	44 (66,7%)	9 (20,4%)	
	≥ 12 anos	22 (33,3%)	5 (22,7%)	0,831
		Participantes	PSC Positivo	
Masculino				
	Sobrepeso	39 (42,9%)	8 (20,5%)	
	Obesidade	52 (57,1%)	17 (32,7%)	0,198
Feminino				
	Sobrepeso	30 (45,5%)	9 (30%)	
	Obesidade	36 (54,5%)	5 (13,9%)	0,111

Uma das limitações deste estudo foi o número de participantes em comparação com outros estudos, talvez isto se deva ao fato que os pacientes foram selecionados em ambulatório de pediatria geral em vez de ambulatório especializado em obesidade.

Desta forma, concluiu-se neste estudo que quase 1/4 de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade apresentaram risco para desenvolver problemas emocionais e/ou psicossociais independentemente da faixa etária e sexo. A LSP pode servir como primeira fonte de rastreamento para problemas emocionais nesta população, sendo necessária avaliação clínica rigorosa e acompanhamento ambulatorial frequente.

REFERÊNCIAS

1. Dias PC, Henriques P, Anjos LAs, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2017; 33(7):e00006016.Availablefrom:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017000705001&lng=en. Epub July 27, 2017.
2. Halfon N, Larson K, Slusser W. Associations Between Obesity and Comorbid Mental Health, Developmental, and Physical Health Conditions in a Nationally Representative Sample of US Children Aged 10 to 17. Academic Pediatrics. 2013; 13(1): 6-13
3. Armstrong B, Westen SC, Janicke DM. The Role of Overweight Perception and Depressive Symptoms in Child and Adolescent Unhealthy Weight Control Behaviors: A Mediation Model. Journal of Pediatric Psychology. 2014;39(3): 340–348
4. DeSmet A, Deforche B, Hublet A, Tanghe A, Stremersch E, De Bourdeaudhuij I. Traditional and cyberbullying victimization as correlates of psychosocial distress and barriers to a health lifestyle among severely obese adolescents - a matched case-control study on prevalence and results from a cross sectional study. BMC Public Health. 2014; (14): 224-235.
5. Serrano-Gonzalez M, McConnel C, Bokhary M, Oden J, Lopez X. Association of Non-High-Density Lipoprotein Cholesterol with Psychoosocial Dysfunction in Children and Adolescents with Obesity. Childhood Obesity. 2015; 11(5): 647-649,
6. Armstrong S, Lazorick S, Hampl S, Skelton JA, Wood C, Collier D et al. Physical Examination Findings Among Children and Adolescents with Obesity: An Evidence-Based Review. Pediatrics. 2016;137(2):e20151766. Available from: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/2/e20151766.full-text.pdf Epub February 2016.
7. Muzzolon SRB, Cat MNL, Santos LHC. Avaliação da lista de sintomas pediátricos como instrumento de triagem para identificar problemas emocionais e psicossociais. Rev Paul Pediatr. 2013; 31(3): 359-364
8. Harrist AW, Hubbs-Tait L, Topham GL, Shriver LH, Page MC, Emotion regulation is related to children's emotional and external eating. J Dev Behav Pediatr.2013; 34(8): 557-565.
9. Hart CN, Carskadon MA, Considine RV, Fava JL, Lawton J, Raynor HA , et al. Changes in children's sleep duration on food intake, weight, and leptin. Pediatrics. 2013; 132(6):e1473-1480.
10. Jellinek M, Murphy M. Pediatric symptom checklist. Child Psychiatry Service Yawkey. Massachusetts General Hospital, Boston. Disponível em: https://www.massgeneral.org/psychiatry/assets/pdfs/PSC/psc-brazilian-portuguese.pdf. Acesso em 1º de março de 2018
11. Kelly DP, Natale MJ. Neurodevelopmental Function and Dysfunction in the School-Age Child. In: Kliegman R, Staton BMD, St Gene J, Schor. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th edition. Philadelphia: Elsevier; 2016. p.198.
12. Han DH, Woo J, Jeong JH, Hwang S, Chung US. The Korean Version of the Pediatric Symptom Checklis: Psychometric Properties in Korean School-aged Children. J Korean Med Sci. 2015; 30(1): 1167-1174.
13. Tucker JM, Howard K, DweLaFuente K, Cadieux A, Yee KE. Changes in psychosocial health during a 7-week paediatric weight management program. Clinical Obesity. 2017;7:393-401.
14. Jellinek MS, Murphy JM, Little M, Pagano ME, Comer DM, Kelleher KJ. Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: a national feasibility study. Arch Pediatr Adolesc Med. Mar 1999;153(3):254-60.
15. Santos LHC, Pimentel RF, Rosa LGD, Muzzolon SRB, Antoniuk SA, Bruck I. Triagem cognitiva e comportamental de crianças com dificuldades de aprendizagem escolar: um estudo preliminar. Rev Paul Pediatr. 2012; 30(1):93-9.
16. Mello ED. Diagnóstico das principais Comorbidades. In:Obesidade na Infância e Adolescência-Manual de Orientação/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 3ª Edição-São Paulo:SBP. 2019:46-51
17. World Health Organization. Growth reference data for 5-19 years. 2007. [Internet]. Geneve:World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/growthref/cht_bmifa_boys_perc_5_19years.pdf?ua=1ehttp://www.who.int/growthref/cht_bmifa _girls_perc_5_19years.pdf?ua=1. Acesso em 02 março de 2018.
18. Ratcliff MB, Catlin PA, Peugh JL, Siegel RM, Kirk S, Tamm L. Psychosocial Screening Among Youth Seeking Weight Management Treatment. Clinical Pediatrics. 2018; 57(3):277-284.
19. Nascimento MM, Melo TR, Pinto, RM. Parents' perception of health-related quality of life in children and adolescents with excess weight. J Pediatr (Rio J). 2016;92(1):65-72.
20. Stavrou S, Nicolaides NC, Papageorgiou I, Papadopoulou P, Terzioglou E, Chrousos GP, et al. The effectiveness of a stress-management intervention program in the management of overweight and obesity in childhood and adolescence. J Mol Biochem. 2016;5(2):63-70.
21. Moehlecke M, Blume CA, Cureau FV, Kieling C, Schaan BD. Self-perceived body image, dis-satisfaction with body weight and nutritional status of Brazilian adolescents: a nationwide study. J Pediatr (Rio J). 2018.https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.07.006.

22. Melo VLC, Serra PJ, Cunha CF. Obesidade infantil-impactos psicossociais. Rev Med Minas Gerais. 2010; 20(3):367-370.

23. Cruz SH, Piccinini CA, Matijasevich A, Santos IS. Problemas de comportamento e excesso de peso em pré-escolares do sul do Brasil. J Bras Psiquiatr. 2017;66(1):29-37.