Saúde e Desenvolvimento Humano ISSN 2317-8582 Editora Unilasalle

http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento

Canoas, v. 12, n.1, 2024

Artigo de Revisão

Aprendizagem de competências socioemocionais como estratégia para prevenção de obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão de escopo

Learning socio-emotional skills as strategy for obesity prevention in children and adolescents: a scoping review

http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v12i1.10201

Bruna Rodrigues Nunes[1] ORCID 0000-0001-5611-5278 Dayse Lorrane Gonçalves Alves[2] ORCID: 0000-0002-8439-1066 Janaína Farias de Melo[3] ORCID 0000-0003-3675-0850 Thicianne Malheiros da Costa[4] ORCID: 0000-0001-9856-6181 Ingrid Gomes Guimarães[4] ORCID: 0000-0001-6721-671X Yatagan Moreira da Rocha[3] ORCID 0000-0003-1948-4001

RESUMO

Introdução: A obesidade em crianças e adolescentes configura-se como um problema de saúde pública e está relacionada a um maior risco de desenvolver hipertensão e diabetes tipo 2. Estudos sugerem que a aprendizagem de competências socioemocionais pode ser uma estratégia interessante para o enfrentamento desse problema. **Objetivo:** Mapear as evidências sobre o escopo da relação entre aprendizagem de competências socioemocionais e a prevenção de obesidade em crianças e adolescentes. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma revisão de escopo, na qual foram considerados os estudos publicados em revistas revisadas por pares, bem como teses e dissertações. A busca foi realizada nas seguintes bases e banco de dados: *Pubmed/Medline*, *Web of Science*, *Scopus*, *Scielo*, *Psycinfo* e a Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). A síntese dos resultados deu-se de forma descritiva. **Resultados:** Foram incluídos 25 estudos, distribuídos em 22 artigos, duas dissertações e uma tese. Os resultados foram organizados em quatro categorias: “traços de personalidade”, “competência social e habilidades sociais”, “autocontrole” e “autocompaixão e atenção plena”. **Conclusão:** A aprendizagem de competências socioemocionais é uma importante estratégia que contribui para a prevenção de obesidade em crianças e adolescentes, especialmente, a conscienciosidade, a resiliência emocional e o autocontrole.

Palavras-chaves: Obesidade; Competências socioemocionais; Criança; Adolescente. .

[1] Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, Brasil
[2] Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil
[3] Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Brasil
[4] Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil
[*] **Autor correspondente:** Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, Brasil. E-mail: 4brunar@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Obesity in children and adolescents is a public health problem and is related to a higher risk of developing hypertension and type 2 diabetes. Studies suggest that learning socioemotional skills may be an interesting strategy for addressing this problem. **Objective:** To map the evidence on the scope of the relationship between learning socioemotional skills and the prevention of obesity in children and adolescents. **Materials and methods:** This is a scoping review, in which studies published in peer-reviewed journals, as well as theses and dissertations, were considered. The search was conducted in the following databases: Pubmed/Medline, Web of Science, Scopus, Scielo, Psycinfo and the Brazilian Library of Theses and Dissertations (BDTD). The synthesis of the results was descriptive. **Results:** 25 studies were included, distributed among 22 articles, two dissertations and one thesis. The results were organized into four categories: "personality traits", "social competence and social skills", "self-control", and "self-compassion and mindfulness". **Conclusion:** Learning socioemotional competencies is an important strategy that contributes to the prevention of obesity in children and adolescents, especially conscientiousness, emotional resilience, and self-control.

Keywords: Obesity. Socio-emotional skills. Child. Adolescent.

INTRODUÇÃO

A obesidade surge quando há acúmulo excessivo de gordura no organismo, resultando em um aumento da composição corporal, o que acarreta prejuízos para a saúde do indivíduo. Sua etiologia é multifatorial, pois envolve fatores genéticos, ambientais, emocionais e comportamentais[1,2]. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a obesidade uma epidemia global, condicionada, principalmente, pelo perfil alimentar e pelo nível de atividade física dos indivíduos. Além disso, é caracterizada como doença crônica e pode ser fator de risco desencadeante para outras enfermidades como câncer, hipertensão e diabetes[3]. Pessoas obesas também podem ser vítimas de *bullying*, ter dificuldades de aprendizagem e sentimentos negativos, entre outras consequências[4].

Em 2016, mundialmente, 1,9 bilhão de adultos e 340 milhões de crianças estavam acima do peso[5]. No Brasil, o sobrepeso e a obesidade vêm aumentando em ambos os gêneros, abrangendo todas as faixas etárias e níveis socioeconômicos[3]. No relatório da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2019, foi revelado que 16,33% das crianças brasileiras entre cinco e dez anos estão com sobrepeso, 9,38% com obesidade e 5,22% com obesidade grave. Entre adolescentes, 18% apresentam sobrepeso, 9,53% são obesos e 3,98% têm obesidade grave[2].

Em crianças e adolescentes, é importante avaliar se a obesidade está associada a causas secundárias ou sindrômicas devido a distúrbios endocrinológicos. Durante o desenvolvimento infantil, fatores como peso ao nascer, aleitamento materno, inatividade física e pais obesos estão associados à obesidade, pois podem influenciar os hábitos e as escolhas alimentares dos indivíduos[6]. Ressalta-se que uma criança obesa tem uma maior probabilidade (50 a 70%) em se tornar um adulto obeso após a puberdade[6].

Estudos sugerem que fatores emocionais, sociais e comportamentais, como comer em excesso, estão associados à obesidade[7–9]. É possível que as pessoas usem o consumo alimentar como uma forma de regular emoções negativas, especialmente se não têm estratégias saudáveis para lidar com essas emoções. Em geral, a regulação emocional é a capacidade de gerenciar efetivamente as emoções e lidar com os eventos cotidianos. Algumas crianças com obesidade podem ter dificuldades em lidar com as emoções, como adiar a satisfação[9,10].

Portanto, é importante investigar quais estratégias de intervenção são mais eficazes para apoiar políticas e programas de prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. Este estudo buscou identificar se a aprendizagem de competências socioemocionais pode ser uma dessas estratégias, já que essas habilidades são um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes alusivas ao relacionamento inter e intrapessoal, incluindo a identificação e o gerenciamento de emoções, tomada de decisões autônomas, responsabilidade e resiliência diante de adversidades na vida [10–12].

As competências socioemocionais constituem um construto complexo, e não há consenso quanto à sua nomenclatura, pois podem ser associadas a vários conceitos e teorias, como a teoria do *Big Five*, habilidades sociais, inteligência emocional, aprendizagem socioemocional, entre outros[11,13]. De forma geral, a teoria do *Big Five* tem sido um dos modelos mais utilizados para tratar dessas competências, por conta do seu poder empírico e sua abrangência[11,12]. Ela compreende que a personalidade humana é composta por dezenas de fatores específicos, mas que confluem em cinco traços amplos, os quais estão em um mesmo nível de hierarquia [11,12]. Dessa forma, essa teoria agrega as competências socioemocionais nesses cinco grandes fatores, com base no acrônimo OCEAN: *openness to experience* (abertura à experiência), *conscientiusness* (conscienciosidade), *extraversion (*extroversão), *agreeableness* (agradabilidade) e *neuroticism* (neuroticismo) [11,12].

De acordo com a literatura, a aprendizagem dessas competências está relacionada ao desenvolvimento saudável e à promoção de saúde mental, bem-estar e qualidade de vida de crianças e adolescentes[11]. No que diz respeito à obesidade, estudos têm apontado que traços de personalidade, conforme mensurados pelo *Big Five*, podem estar associados a manifestação ou prevenção desse problema no referido público[14–16]. Uma revisão sistemática também relacionou os traços de personalidade, segundo a teoria do *Big Five* e o modelo psicobiológico de Cloninger, e os desfechos sobrepeso e obesidade, mas no público adulto[17] Em sua síntese dos dados, encontrou que o neuroticismo, a impulsividade e a sensibilidade à recompensa aparecem como fatores de risco, enquanto conscienciosidade e o autocontrole demonstraram ser fatores de proteção adulto[17].

Diante disso, realizou-se buscas nas bases *Pubmed*, *Scielo* e *Scopus*, para verificar se havia uma revisão que tratasse, especificamente, da relação entre competências socioemocionais e obesidade/sobrepeso em crianças e adolescentes. Encontrou-se somente uma revisão bibliográfica simples envolvendo aspectos emocionais e obesidade[18]. Portanto, evidencia-se a necessidade de se realizar uma revisão de escopo, como uma primeira etapa antes da realização de uma revisão sistemática tradicional, a qual é ideal para fazer um mapeamento da literatura e identificar lacunas de conhecimento, incluindo artigos e literatura cinza[19]. Por meio disso, será possível identificar as competências que podem estar relacionadas à prevenção da obesidade no público infanto-juvenil, as quais deverão ser consideradas como alvo de intervenção por profissionais e gestores da saúde.

Ante ao exposto, objetiva-se mapear as evidências sobre o escopo da relação entre aprendizagem de competências socioemocionais e a prevenção de obesidade em crianças e adolescentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de escopo, que teve como base as orientações do PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses for Scoping Reviews*[20]. Esse modelo de revisão é composto pelas etapas: elaboração da pergunta de pesquisa, identificação de estudos relevantes, seleção de estudos, levantamento dos dados e síntese dos resultados[19]. O protocolo dessa revisão foi previamente publicado na plataforma OSF, o qual está disponível em: https://osf.io/fdtbj/?view_only=99cdd7a9e5f44ac0b31259b333e84573 .

Foram considerados, nesta revisão, os estudos publicados em revistas revisadas por pares, bem como teses e dissertações que respondiam à pergunta de pesquisa, construída por meio da estratégia PCC - População, Conceito e Contexto[21]. A partir da estratégia PCC, definiu-se a pergunta de pesquisa: “Quais são as evidências científicas sobre a relação entre aprendizagem de competências socioemocionais e a prevenção de obesidade em crianças e adolescentes?”. Sendo que a população foi definida como “crianças e adolescentes”, o conceito como “competências socioemocionais” e o contexto como “obesidade”.

Os critérios de elegibilidade foram também construídos a partir da estratégia PCC, sendo incluídos estudos que investigaram obesidade e aprendizagem de competências socioemocionais em crianças e adolescentes. Dessa forma, foram considerados os estudos que abordaram o tema obesidade, definido conforme Gadde et al.[1], e os que versaram sobre as competências socioemocionais, considerando as várias terminologias, conforme apontam Mello[22], Marin et al.[11], Alves[13] e Del Prette e Del Prette[23]. Por fim, considerou-se como critério de inclusão crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10 a 19 anos), sendo os limites de idade adotados conforme a definição da OMS.

A busca eletrônica dos artigos foi realizada em seis bases e bancos de dados: *Pubmed/Medline*, *Web of Science*, *Scopus*, *Scielo*, *Psycinfo* e a Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), a fim de identificar publicações que atendessem aos

critérios de seleção. Não foram adotados limites de tempo, nem de idioma de publicação. As palavras-chaves foram escolhidas com base nos MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine*, no DECS (Descritores em Saúde) da Bireme e na literatura científica da área, bem como foram organizadas de acordo com a estratégia PCC (Quadro 1). Para sensibilizar a busca de artigos, cada base de dados teve sua estratégia descrita em separado.

Quadro 1. Sistematização dos Descritores e Palavras-chaves.

Grupo de descritores	Descritores
População	child* OR adolescent* OR teen* OR underage OR preschoolers OR student* OR adolescence OR young* OR youth
Conceito	“social skills” OR “emotional intelligence” OR "social-emotional learning" OR "social-emotional skills" OR "social-emotional competencies" OR "social-emotional development" OR empathy OR self-control OR assertiveness OR resilience OR “resilience, psychological” OR “emotional awareness” OR independence OR self-esteem OR “self concept” OR self-realization OR “social responsibility” OR “interpersonal relationships” OR “stress management” OR “stress tolerance” OR “adaptation, psychological” OR “problem solving” OR optimism OR “big five”
Contexto	obesity OR “obesity management” OR “obesity, abdominal” OR “obesity, morbid” OR “pediatric obesity”

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Além das buscas nas bases, consultaram-se as listas de referências de todos os artigos originais. As referências encontradas foram transportadas para uma única biblioteca no programa *EndnoteX8*. Nesse processo, foram excluídas as duplicatas, por meio da ferramenta “*find duplicate*” deste programa. Além disso, todas as referências foram revisadas manualmente para identificar se ainda restavam duplicatas. O processo de seleção foi realizado, por pares e às cegas, em duas etapas de leituras: leitura de títulos e resumos e leitura de artigos na íntegra. A extração também foi realizada, por pares, em tabela no *Microsoft Excel*.

Por fim, a síntese dos resultados foi realizada de forma descritiva. Para a construção das categorias de análise dos dados mapeados, esta revisão se inspirou na análise de conteúdo, em sua modalidade temática[24]. Inicialmente, se realizou a etapa de ordenação/organização dos dados, os quais se referiram aos principais resultados em texto dos estudos incluídos, por meio da leitura flutuante/exaustiva do material e da escolha/determinação das ideias centrais. Após isso, foi efetivada a aglutinação e categorização dos dados, por meio da execução das seguintes atividades: 1. listou-se todas as ideias centrais escolhidas na fase anterior; 2. agrupou-se essas ideias por similaridade e/ou aproximação; 3. nomeou-se cada um dos grupos que foram criados; 4. elaborou-se sínteses descritivas dos resultados em texto que melhor representavam esses grupos; 5. agrupou-se essas sínteses em temas (categorias). Em decorrência desse processo, as categorias de análise foram: “traços da personalidade”, “competência social

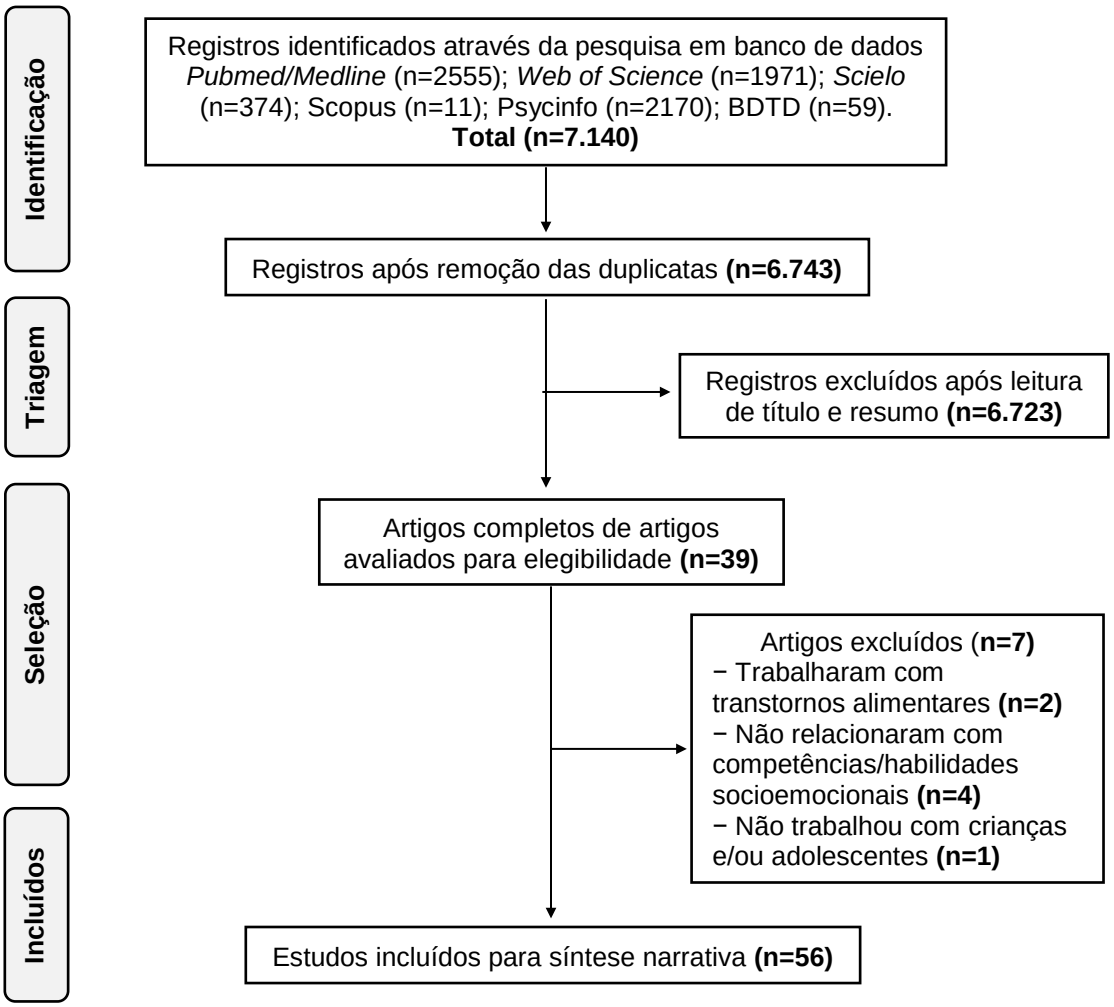
e habilidades sociais", "autocontrole" e "autocompaixão e atenção plena".

RESULTADOS

Inicialmente encontraram-se 7.140 publicações, sendo 2.555 pertencentes a *Pubmed/Medline*, 1.971 a *Web of Science*, 11 a *Scopus*, 374 a *Scielo*, 2.170 a *Psycinfo* e 59 dissertações e teses pertencentes a BDTD. Após a seleção, foram incluídos 25 estudos, sendo 22 artigos, duas dissertações e uma tese, para a presente revisão (Figura 1). O quadro 2 apresenta a síntese dos principais dados extraídos.

Os estudos selecionados foram publicados entre 1998 e 2022, sendo a maioria realizada no Brasil (n=7). Quanto aos delineamentos, foram encontrados 12 estudos transversais, cinco longitudinais, dois de intervenção, dois experimentais, um quase-experimental, uma metanálise, um de estudo de caso e um levantamento bibliográfico (Quadro 2). No que tange às abordagens teóricas, foram citadas a análise do comportamento e a terapia cognitivo-comportamental.

Figura 1. Fluxograma da busca e seleção dos artigos.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quanto às principais justificativas apresentadas, os estudos ressaltaram que a obesidade infantil é um grave problema de saúde pública mundial, com prevalência preocupante e crescente. Destacaram também a complexidade e a multicausalidade deste fenômeno, enfatizando a importância das variáveis socioemocionais. Além disso, é bastante comum a identificação de uma relação existente entre obesidade e problemas psicológicos, tais como sintomas depressivos e de ansiedade e problemas comportamentais e sociais[25–27].

Quadro 2. Síntese dos resultados dos estudos incluídos.

Primeiro autor/ Ano	Delineamento	País	n	Competências investigadas	Principais Conclusões
Allen[28]	Longitudinal	Austrália	3.857 crianças	Introversão, persistência e reatividade	Baixos níveis de introversão e persistência na linha de base e diminuição da persistência ao longo do tempo foram associados a um maior IMC no acompanhamento e um maior aumento na IMC ao longo do tempo.
Barbosa[26]	Estudo de caso	Brasil	2 adolescentes	Competência social	Os dois clientes tiveram ganhos em relação à competência social. O cliente dois apresentou uma forte relação inversa entre maior competência social e perda de peso. O cliente 1 precisou de um tratamento mais longo, mas apresentou resultado semelhante no final do tratamento.
Bjornelv[29]	Transversal	Noruega	8.090 adolescentes	Traços de personalidade do *Big Five*	Não encontrou associações entre fatores de personalidade e problemas de peso.
Borinsky[30]	Transversal	EUA	85 adolescentes	Resiliência	Baixa resiliência foi seis vezes (AOR 6,4; IC 95% = 1,9–22,4; p = 0,003) mais provável de estar associada com insatifação do tamanho corporal. O subcomponente mais forte de resiliência associado a essa insatisfação foi a baixa autoconfiança (OR 4,7; 95% CI = 1,4–15,2; P = 0,008)
Cawley[4]	Longitudinal	Alemanha	479 crianças	Habilidades sociais	A obesidade está associada a uma menor aquisição de habilidades nas idades de 2 a 3 anos. Os resultados também indicam que a associação entre obesidade e aquisição de habilidades é mais forte para meninos do que para meninas.
Sierra[31]	Experimental	México	14 participantes	Autocontrole	Crianças com sobrepeso ou obesidade exibiram mudanças em suas preferências. Por exemplo, crianças que escolheram reforçadores de baixa qualidade, mas imediatos com menos esforço, ou com altas taxas de reforço (associadas a alimentos não saudáveis) mudaram sua escolha para reforçadores de alta qualidade associados com comida saudável, apesar do atraso adicional, e essa mudança envolveu maior esforço ou menor taxa de reforço.
Datar[32]	Coorte	EUA	7.060 crianças	Autocontrole	O maior autocontrole no jardim de infância foi associado à menor obesidade em cada onda do estudo.

Dias[3]	Intervenção	Brasil	26 crianças	Competência social	Encontrou-se uma correlação negativa, mas não significativa, entre competência social e IMC.
Duckworth[33]	Longitudinal	EUA	105 crianças	Autocontrole	O autocontrole no final da infância predisse o ganho de peso na transição para a adolescência. Os dados sugeriram que o autocontrole protege as crianças do peso ganho na transição para a adolescência.
Gouveia[27]	Transversal	Portugal	245 adolescentes	Autocompaixão e atenção plena	As descobertas do modelo de mediação sugeriram que habilidades de atenção plena foram negativamente associadas a emoções, alimentação tradicional em adolescentes com sobrepeso/ obesidade.
Hartmann[34]	Transversal	Alemanha	120 crianças	Autodirecionamento, cooperação e impulsividade	O grupo com perda de controle na alimentação apresentou menor autodirecionamento e cooperação em comparação com o grupo sem LOC. Além disso, foram significativamente mais impulsivos.
Hwang[35]	Transversal	Coréia do Sul	453 crianças	Persistência e tendência de maior busca por novidades	Menor persistência e tendência de maior busca por novidades foi observada em crianças com sobrepeso em comparação com crianças sem excesso de peso. Os escores de persistência foram negativamente correlacionados com os escores de problemas totais em crianças com excesso de peso.
Innella[36]	Transversal	Espanha	100 crianças	Afetividade negativa	A parentalidade permissiva mediou a relação entre afetividade negativa da criança e comportamentos sedentários ($\beta = 3,53$, IC95% 7,52, 0,90, $p < 0,05$).
Luiz[18]	Levantamento bibliográfico	Brasil	Não descreve	Competência social	Encontrou-se uma relação entre a obesidade infantil e déficits de competência social.
Luiz[37]	Quase-experimental	Brasil	65 crianças	Habilidades sociais	Foi observada diminuição significativa do percentil de obesidade dos participantes do grupo experimental em comparação com o grupo controle.
Luiz[25]	Experimental	Brasil	90 crianças	Competência social	Evidenciou-se maior número de crianças obesas com déficits de competência social.
Mello[22]	Intervenção	Brasil	15 crianças	Habilidades sociais	O treinamento de habilidades sociais foi uma das estratégias da intervenção. Foi constatado que 31% das crianças emagreceram e que 15% mantiveram o seu peso durante o tempo de intervenção.
Pinnow[38]	Transversal	Alemanha	30 adolescentes	Autocontrole e autorregulação	Os testes destacaram melhoria da resistência à tentação motivacional bem como, em particular, de controle de interferência com respeito a estímulos alimentares, independentemente do resultado da terapia.

Rosa[14]	Transversal	Itália	238 pré-adolescentes	Traços de personalidade do *Big Five*	Controlando para imagem corporal, status socioeconômico e gênero, a agradabilidade foi inversamente associada ao IMC, enquanto a extroversão foi relacionada ao IMC apenas nas meninas.
Sapienza[39]	Longitudinal	Brasil	39 adolescentes	Competência social	A intervenção psicológica voltada ao desenvolvimento da competência social influenciou positivamente na aprendizagem de habilidades importantes para o funcionamento social, para a adesão às atividades do programa e para a manutenção dos resultados após um ano de tratamento.
Sutin[40]	Metanálise	China	5.882 adolescentes	Traços de personalidade do *Big Five*	Extroversão e agradabilidade foram associados a maior IMC entre homens.
Sutin[15]	Transversal	EUA	2.928 crianças	Traços de personalidade do *Big Five*	Conscienciosidade materno-infantil foi associada à obesidade infantil: crianças com obesidade apresentaram pontuação mais baixa em conscienciosidade e suas mães também pontuaram baixo nesse traço.
Tao[41]	Transversal	China	827 crianças e adolescentes	Traços de personalidade do *Big Five*	Observou correlação negativa entre a neuroticismo e gostar de vegetais e frutas ($p<0,01$).
Valdez[42]	Transversal	EUA	11.875 crianças e cuidadores	Impulsividade	Maior urgência negativa (ou seja, propensão a agir precipitadamente sem premeditação em resposta a emoções negativas) e menor urgência positiva (ou seja, propensão a agir precipitadamente sem premeditação devido a emoções positivas) previu aumento do IMC-z no seguimento de 1 ano em crianças com transtorno de compulsão alimentar.
Vollrath [16]	Transversal	Noruega	327 crianças	Traços de personalidade do *Big Five*	Controlando por idade e escolaridade das mães, meninos e meninas que possuíam menor agradabilidade consumiam mais bebidas doces, e as meninas menos conscienciosas e com maior neuroticismo consumiam bebidas mais doces. Meninos e meninas com maior agradabilidade e mais abertura ao novo consumiam mais frutas e vegetais, e meninos mais extrovertidos, mais conscienciosos e com menor neuroticismo consumiam mais frutas e legumes. Controlando para educação materna, meninos e meninas que eram menos extrovertidos, e as meninas que possuiam menor agradabilidade, menor conscienciosidade e maior neuroticismo, eram mais propensos a estarem acima do peso ou obesos.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os principais instrumentos utilizados podem ser divididos em duas categorias, a saber, os usados para medir o conceito (competências e habilidades socioemocionais) e os usados para medir o contexto (obesidade, comportamento alimentar e escolhas alimentares). No primeiro grupo estão os seguintes instrumentos: Questionário do *Big Five* para crianças (*Big Five Questionnaire for Children* - BFQ-C), Inventário Hierárquico de Personalidade para Crianças (*Hierarchical Personality Inventory for Children* - HiPIC), Inventário Júnior de Temperamento e Caráter (*Junior Temperament and Character Inventory* - JTCI), Inventário de Temperamento em Idade Escolar (*School Aged Temperament Inventory - SATI*), Questionário de Comportamento Infantil (*Child Behavior Questionnaire*-Very Short Form - CBQ-VSF), Escala de Comportamento Impulsivo (*Impulsive Behaviour Scale* - UPPS-P), Questionário de Personalidade de Eysenck Júnior Revisada (*Revised Junior Eysenck Personality Questionnaire* - JEPQ-R), Medida de Atenção Plena para Crianças e Adolescentes; *Self-Compassion Scale - Short Form*; Escala de Dificuldades de Regulação Emocional - Versão curta; Sistema Multimídia de Habilidades Sociais de Crianças; Inventário de Habilidades Sociais (IHS); Escala de autocontrole de quatro itens, adaptada da escala de autocontrole social *Skills Rating System*; Índice de Reatividade Interpessoal (IRI); Escala de Assertividade de Rathus; Escala de Timidez e Sociabilidade; Escala Breve de Autocontrole. Enquanto no segundo estão: Questionário de Comportamento Alimentar Holandês (DEBQ), Questionário do Comportamento Alimentar em Crianças, Testes de Atitudes Alimentares (*Eating Attitude Test* - EAT-7).

A seguir, serão apresentados os resultados sintetizados nas quatro categorias de análise: “traços da personalidade”, “competência social e habilidades sociais”, “autocontrole” (regulação emocional/autorregulação/autogestão) e “autocompaixão e atenção plena”.

Traços da personalidade

Nesta revisão, 12 estudos abordaram a relação entre traços da personalidade e prevenção da obesidade[14–16,28–30,34–36,40–42].

Oito estudos investigaram a relação entre traços da personalidade e IMC, sendo que sete observaram a existência de associações estatisticamente significativas[14–16,28,35,40,42] e um não encontrou correlação entre essas variáveis[29]. Para sintetizar os achados desses estudos, utilizou-se da teoria do *Big Five*, por ser um dos principais modelos utilizados para tratar das competências socioemocionais[11,12]. Dessa forma, os resultados indicaram que menor conscienciosidade e maior abertura ao novo estão relacionados ao sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes[15,28,35,42]. Três estudos produziram resultados sobre a extroversão, sendo que um destes identificou que menor extroversão estava relacionada a estar com sobrepeso ou obesidade em ambos os gêneros[16]. Os outros dois apresentaram diferença entre os gêneros, no caso, maior extroversão entre os homens[40] e menor extroversão entre as mulheres[14] foram associados a maior IMC. Também não houve consenso quanto a agradabilidade, pois um estudo encontrou que maior agradabilidade estava relacionada a maior IMC entre os homens[40], um segundo que menor agradabilidade estava associada a maior IMC entre as mulheres[16] e outro que agradabilidade foi inversamente associada ao IMC em ambos os gêneros[14]. Além disso, crianças com maior neuroticismo eram mais propensas a estar acima do peso ou obesas[16].

Três estudos identificaram associações entre traços de personalidade e estilos de vida que podem prevenir ou levar à obesidade, no caso, comportamentos alimentares, como o consumo de frutas e vegetais e de bebidas açucaradas[16,41], e o sedentarismo[36]. Quanto ao padrão de consumo alimentar, os estudos apontaram que menor conscienciosidade, maior extroversão, menor agradabilidade e maior neuroticismo estão relacionados ao maior consumo de bebidas açucaradas e ao menor consumo de frutas e verduras[16,41]. Sobre o sedentarismo, um estudo espanhol[36] identificou que a parentalidade permissiva mediou a relação entre afetividade negativa (referente ao

neuroticismo) da criança e comportamentos sedentários[36]. Além disso, houve um estudo[34] que avaliou os perfis de personalidade relatados pelos pais e filhos em crianças com e sem perda do controle na alimentação. O grupo com perda de controle na alimentação apresentou menor autodirecionamento (referente à conscienciosidade) e cooperação (referente a agradabilidade) em comparação com o grupo sem LOC[34]. Além disso, foram significativamente mais impulsivos [34].

Adicionalmente, um estudo[30], realizado com 85 adolescentes, identificou que a baixa resiliência foi seis vezes (AOR 6,4; IC 95% = 1,9–22,4; P = 0,003) mais provável de estar associada com insatisfação do tamanho corporal. O subcomponente mais forte de resiliência associado à essa insatisfação foi a baixa confiança (OR 4,7; 95% CI = 1,4–15,2; P = 0,008). A resiliência emocional está relacionada ao traço neuroticismo do *Big Five*, no caso, quanto maior resiliência, menor neuroticismo.

Competência social e habilidades sociais

Dentre os 13 estudos incluídos nesta revisão, oito trataram de habilidades e competências sociais. Mello[22] diferenciou esses fenômenos. Assim, o termo “habilidades sociais” refere-se a comportamentos sociais que permitem lidar de modo satisfatório com as situações interpessoais. Já a competência social refere-se ao desempenho das habilidades em um conjunto de situações, por exemplo, a capacidade de organizar pensamentos, sentimentos e ações tendo em vista seus objetivos e valores, articulando-os às necessidades ambientais.

Na investigação de competência social, habilidades sociais e obesidade, o estudo de caso de Barbosa[26] envolveu dois adolescentes e consistiu em um tratamento psicoterapêutico baseado na análise funcional, sem o enfoque na queixa da obesidade. Para um dos adolescentes, chamado de cliente 2, a intervenção foi útil para a perda de peso e desenvolvimento de diferentes habilidades sociais. Para o cliente 1, a intervenção mostrou resultados semelhantes, mas a longo prazo, pois o adolescente apresentou um progresso mais lento nos ganhos comportamentais. No final, os clientes tiveram aumento nos índices das escalas de assertividade, ansiedade, timidez e sociabilidade e do Questionário de autoavaliação para jovens de 11-18 anos (YSR), o que indica um aumento do repertório de habilidades sociais.

A intervenção comportamental por meio de sessões em grupo, dessa vez, com pais e filhos, utilizada no estudo de Sapienza, Schoen e Fisberg[39], contribuiu para o aumento no escore total de competência social na percepção dos pais, e maior redução no IMC, quando comparados os adolescentes do G1 (intervenção psicológica com os adolescentes e seus pais) com os do G2 (intervenção psicológica com os pais) e G3 (sem intervenção psicológica), indicando que a intervenção psicológica proposta, envolvendo adolescentes e seus pais em ações, foi eficaz. Além de contribuir para a redução do IMC, a intervenção psicológica para o incremento da competência social auxiliou no uso adequado de habilidades sociais para o manejo de situações interpessoais, normalmente prejudicadas nos adolescentes acima do peso e pode levar a uma percepção mais positiva dos pais em relação aos filhos na sua participação em atividades sociais.

Cawley e Spiess[4] evidenciaram associação entre obesidade na primeira infância e a aquisição de habilidades sociais, sendo mais forte em meninos. Os autores consideram que a obesidade nos primeiros anos de vida pode causar atrasos no desenvolvimento e a estigmatização em meninos obesos, prejudicando a aquisição dessas habilidades. Mesmo entre as crianças de três anos, os pares com excesso de peso são vistos como companheiros indesejáveis. Assim, estimam que os meninos com baixo repertório de habilidades sociais têm dificuldades em encontrar amigos e, portanto, brincam menos, aumentando o risco de obesidade, porque gastam menos calorias com brincadeiras ativas.

Ao que se refere à estigmatização de crianças com obesidade, Mello[22] expõe que as crianças vítimas de *bullying* podem ter pensamentos e comportamentos de vingança, danos à identidade e

sentimentos de ansiedade aumentados. Em sua pesquisa, 93% dos pais entrevistados relataram que o(a) filho(a) é vítima de *bullying* e 73% das crianças disseram que o *bullying* ocorria através de apelidos e "piadinhas". Essas crianças também tinham respostas agressivas, sejam elas físicas ou verbais. A partir da intervenção intitulada PACEP - Programa de Atenção a Crianças com Excesso de Peso, na qual foram abordados hábitos alimentares saudáveis, importância da prática de atividades físicas, discussão sobre estresses do cotidiano e enfrentamento dos mesmos através de técnicas de habilidades sociais, constatou-se melhora da convivência das crianças com os colegas por meio da expressão pessoal de desagrado, através do diálogo, e a ausência de agressão física das crianças, diante de atitudes de *bullying*, o que indica o incremento no repertório de habilidades sociais.

Autocontrole

No estudo de Duckworth, Tsukayama e Geier[33], o autocontrole no final da infância predisse o ganho de peso na transição para a adolescência. Esses resultados permaneceram significativos quando controlada a influência de terceira variável, incluindo fatores demográficos, inteligência e felicidade. Verificaram ainda que o autocontrole é protetivo para o ganho de peso no final da adolescência, e que traços de personalidade podem ser fatores de risco/proteção para mudança de peso.

Os autores também observaram que o aumento da independência dos filhos com relação aos pais está aliado à maior liberdade para decidir o que comer e como gastar o tempo de lazer. Os jovens, atualmente, fazem essas escolhas de estilo de vida em um ambiente onde os alimentos com alto teor calórico são saborosos, baratos e convenientes, e o esforço físico não é mais uma necessidade diária para sobrevivência. Tendo em vista essa realidade, o autocontrole tem sido visto como um potencial preditor de comportamentos e resultados na área da saúde[32]. O autocontrole se relaciona com as competências de controle de intenção, planejamento e controle de impulsividade[38]. Sierra, Cortés e Castro[31] relatam que a impulsividade pode interferir no planejamento de refeições e na resistência aos impulsos de desfrutar de alimentos que são ricos em gordura e açúcares.

Datar e Chung[32] investigaram autocontrole e obesidade, sendo suas descobertas consistentes com as evidências das pesquisas neurobiológicas e comportamentais sobre o desenvolvimento do cérebro durante a infância. Conforme os autores, a pré-escola é um período de renascimento no desenvolvimento e interconexão de regiões do cérebro que apoiam habilidades importantes para o autocontrole. Desse modo, a melhoria do autocontrole na infância pode ser protetiva até a adolescência e os benefícios a longo prazo podem ser enormes. Ademais, descobriu-se que o autocontrole pode estar relacionado a comportamentos alimentares e de atividade física dos adolescentes, incluindo menor consumo de *fast food* e bebidas açucaradas, menos tempo gasto jogando videogames e mais dias por semana de atividades físicas vigorosas.

Autocompaixão e atenção plena

A autocompaixão foi considerada como uma habilidade socioemocional no presente estudo, conforme a literatura tem apresentado em pesquisas de intervenção sobre aprendizagem socioemocional[43,44]. Enquanto a atenção plena foi considerada por se relacionar à competência socioemocional foco, com base no modelo do Instituto Ayrton Senna, a qual é referente ao traço conscienciosidade da teoria do *Big Five*[45].

Quanto à relação entre atenção plena e obesidade, Gouveia, Canavarro e Moreira[27] demonstraram que níveis mais elevados de consciência e habilidades de autocompaixão em adolescentes com sobrepeso/obesidade foram associados a níveis mais baixos de comer emocional, ajudando os adolescentes a usarem estratégias para regulação da emoção. Além disso, atenção plena

também foi negativamente associada à alimentação emocional, diferente das habilidades de autocompaixão, o que sugere que essas habilidades relacionam-se à alimentação emocional por permitirem estratégias mais adaptativas para a regulação da emoção.

DISCUSSÃO

Considerando a problemática que norteia o presente estudo, ou seja, "quais são as evidências científicas sobre a relação entre a aprendizagem de competências socioemocionais e a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes?", realizou-se uma revisão de escopo com o objetivo de resumir as evidências acerca da relação entre a aprendizagem de competências socioemocionais e a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes.

Observou-se que há um consenso na literatura sobre a importância de se considerar as variáveis socioemocionais na prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. Corroborando esse achado, Silva[46], em um estudo de revisão teórica, verificou que emoções negativas (por exemplo, raiva, medo, tristeza) aumentam a alimentação impulsiva, o comportamento de comer como estratégia de regulação emocional, e o consumo de alimentos de baixa qualidade nutricional e ricos em calorias. Outros estudos incluídos na revisão de Silva[46] reforçaram a relação das alterações de quantidades do consumo alimentar de indivíduos em resposta ao estresse. No entanto, cabe destacar que devido ao caráter multifatorial do fenômeno obesidade[1,47], é necessário que as intervenções, além de trabalharem com a aprendizagem de competências socioemocionais, busquem ser multicomponentes, abordando outros determinantes.

Verificou-se também a identificação de uma relação entre obesidade e problemas psicológicos, tais como sintomas depressivos e de ansiedade e problemas comportamentais e sociais[18,26,27]. Ressalta-se que o transtorno depressivo pode causar ganho de peso tanto devido à desregulação neuroendócrina, quanto pelo desequilíbrio entre consumo alimentar e gasto calórico devido à diminuição da motivação e mudança de hábitos. Nas crianças, os sintomas depressivos se manifestam em perda de interesse e prazer pelas atividades usuais, auto-reprovação e desesperança. Já crianças e adolescentes com transtornos ansiosos preocupam-se excessivamente com seus afazeres e com o tempo disponível para realizar suas tarefas. Ademais possuem mais tensão muscular, dificuldade de concentração, irritabilidade e maior frequência de brigas e redução de encontros sociais[48].

Frente a isso, hipotetiza-se que pode haver relações de mediação entre aprendizagem de competências socioemocionais, problemas psicológicos e obesidade, sendo que haveria uma relação de bidirecionalidade entre estas duas últimas variáveis. Alguns estudos[4,26,39] sugeriram que a aprendizagem de competências socioemocionais é promotora de saúde mental, de modo a prevenir transtornos psicológicos e diminuir os riscos de exposição a comportamentos de risco, como consumir alimentos hipercalóricos e com baixo teor nutricional em grandes quantidades, os quais poderiam acarretar na obesidade.

A competência socioemocional, conforme teoria do *Big five*, mais relacionada ao desfecho obesidade infantil foi conscienciosidade. Menor nível de desenvolvimento dessa competência foi associado ao sobrepeso, obesidade, estilos de vida obesogênicos e a perda de controle na alimentação. Esse achado é corroborado pelos resultados de uma revisão sistemática[17]. A conscienciosidade refere-se à capacidade do indivíduo de regular o controle de impulsos para se envolver em comportamentos direcionados a objetivos[49]. Dessa forma, crianças e adolescentes mais conscienciosos tendem a ser menos impulsivos no consumo alimentar, a serem mais organizados e responsáveis quanto à alimentação e a manterem uma dieta saudável por mais tempo, o que são fatores de proteção para a obesidade.

A extroversão também foi associada à obesidade, mas parece haver uma diferença entre os

gêneros, no caso, maior extroversão entre os homens e menor extroversão entre as mulheres foram associados a maior IMC. Além disso, maior extroversão foi associado ao maior consumo de bebidas açucaradas e menor consumo de frutas e verduras. Essa competência se refere à orientação de interesses e energia em relação ao mundo externo, pessoas e coisas, e trata das diferenças individuais na sociabilidade, na busca de excitação e na emocionalidade positiva[17,49] indicaram que, mesmo que haja inconsistências nos achados sobre a relação entre essa competência e a obesidade, um estilo de vida fortemente orientado para a interação social parece estar relacionado com o excesso de peso, especialmente, no gênero masculino. Isso deve estar relacionado ao fato de que, culturalmente, é esperado que homens se exponham mais a comportamentos de risco, sejam mais impulsivos e que busquem maior excitação, o que pode ser alcançado por meio do consumo aumentado de alimentos com alto teor de gorduras e açúcares. Além disso, mulheres, mesmo crianças e adolescentes, são mais cobradas socialmente para estarem em um padrão estético ideal do que os homens.

Quanto a agradabilidade, menor nível de desenvolvimento dessa competência foi relacionado a maior IMC, ao maior consumo de bebidas açucaradas e ao menor consumo de frutas e verduras. Porém, um estudo identificou que maior agradabilidade estava relacionada a maior IMC entre os homens[40]. Essa competência é definida como a tendência a agir de modo cooperativo e não egoísta e está relacionada às características de empatia, colaboração e altruísmo[49]. Crianças e adolescentes menos empáticos e colaborativos podem ser muito centrados em si mesmos, em suas experiências, pensamentos e sentimentos. Além disso, é possível que apresentem dificuldades para lidar com situações de conflito e rejeição social, por não conseguirem perceber ou considerar o ponto de vista do outro. Consequentemente, desenvolver relações interpessoais de respeito e confiança torna-se uma tarefa mais difícil. Logo, ao invés de encontrarem um suporte social e emocional no grupo de pares, podem buscar isso por meio da comer emocional. No caso do estudo que encontrou resultado diferente, hipotetiza-se que a agradabilidade no gênero masculino esteja relacionada à extroversão, que também foi associada à maior IMC. Diferente da extroversão, que consiste na busca de estar com os outros, sem necessariamente envolver empatia, a agradabilidade se volta para a afetividade nas interações pessoais. Porém, culturalmente, muitas vezes, não se cobra essa empatia e afetividade dos homens. Contudo, uma metanálise de 2013 concluiu que que a agradabilidade não estava significativamente associada à obesidade[50], o que mostra que ainda não há consenso sobre essa relação.

Por fim, o neuroticismo foi relacionado a estar acima do peso ou ser obeso, ao maior consumo de bebidas açucaradas, ao menor consumo de frutas e verduras e ao sedentarismo. Esse achado é corroborado pelos resultados de uma revisão sistemática[17]. Essa competência se relaciona com a instabilidade emocional, que é a tendência de experimentar emoções negativas, como ansiedade, medo, depressão e irritabilidade[49]. Assim, crianças e adolescentes com alto neuroticismo podem estar mais propensos a serem obesos por serem mais impulsivos, instáveis emocionalmente e por utilizarem da estratégia do comer emocional para lidar com essas emoções. Além disso, podem apresentar menos disposição para a prática de atividade física. Enquanto a resiliência emocional, encontrada como importante para a satisfação com o tamanho corporal, refere-se à estabilidade emocional, ou seja, o contrário do neuroticismo[49]. A resiliência pode ser definida como a perseverança por objetivos de longo prazo, mantendo esforço e interesse ao longo dos anos, apesar do fracasso e adversidades em andamento[51]. No caso, indivíduos resilientes e mais confiantes podem se manter por mais tempo em um padrão de vida saudável e apresentarem estratégias de enfrentamento mais adequadas para lidar com o sofrimento emocional e as dificuldades.

As habilidades e competências sociais também apareceram relacionadas à prevenção da obesidade. As habilidades sociais possuem diversas definições devido às variadas matrizes de sustentação teórica[52]. Para Del Prette e Del Prette[23], as habilidades sociais dizem respeito às distintas classes de comportamento sociais em um repertório individual que fornece recursos adequados para

o indivíduo responder às demandas do ambiente. Para os autores, esse conceito não se reduz ao de competência social, que por sua vez, caracteriza-se por uma funcionalidade do desempenho social considerando a aptidão do indivíduo em organizar pensamentos, sentimentos e ações tendo em vista as necessidades que a situação ou a cultura impõem. As principais classes das habilidades sociais são: autocontrole e expressividade emocional, civilidade, empatia, assertividade, fazer amizades, solução de problemas interpessoais e habilidades acadêmicas. A maioria dos estudos desta revisão abordou as habilidades sociais de forma geral, e seria importante ver a contribuição individual de cada classe em relação à obesidade, como foi no caso do autocontrole, que apareceu com maior frequência nos estudos incluídos.

Moreira[53] traz uma definição comportamental do conceito de autocontrole, que pode ser entendido como formas de controlar o ambiente, que podem alterar a probabilidade de seu comportamento no futuro próximo, existindo dois tipos de respostas: a controladora e a controlada. Um exemplo disso é a substituição de alimentos de alto teor calórico (resposta controladora) por opções mais saudáveis, diminuindo a probabilidade de consumir os alimentos pouco saudáveis (resposta controlada). Nesse sentido, o autocontrole é uma importante habilidade para a prevenção da obesidade, porque pode representar significativa modificação na execução do comportamento alimentar. Isso pode acontecer por meio da realização da alimentação saudável, bem como de atividade física. Corroborando os resultados encontrados sobre os traços da personalidade, o baixo autocontrole está relacionado à baixa conscienciosidade e a uma maior impulsividade.

Outra habilidade que apareceu nos estudos verificados foi a autocompaixão. Sirois, Kitner e Hirsch[54] consideram que a autocompaixão pode desempenhar um papel na autorregulação da saúde, incluindo o estabelecimento de metas e a avaliação do comportamento contínuo. A autocompaixão é composta por três pilares: a benevolência, a humanidade comum e a atenção plena. No contexto de emagrecimento, um deslize na dieta, muitas vezes, resulta em sentimentos de vergonha e autocrítica, que podem acarretar no comer de forma desenfreada e no interrompimento da dieta. Por outro lado, as pessoas que apresentam autocompaixão desenvolvida podem perceber esses deslizes de forma menos negativa, entendendo que todos cometem erros (noção de humanidade comum), de forma que não são excessivamente autocríticos (bondade própria). No entanto, a autocompaixão também pode estimular o indivíduo a adotar a comida como recompensa, permitindo uma maior flexibilidade no consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras, como um meio de comemoração por uma conquista ou como uma forma de lidar com sentimentos negativos.

A atenção plena, por sua vez, é um estado de consciência que acontece conforme o nível de atenção dispensada, intencionalmente, ao momento presente. A partir disso, surge o comer com atenção plena, que envolve escolhas alimentares conscientes e preconiza que os indivíduos estejam atentos aos sinais físicos de fome e saciedade, assim como notem os efeitos da comida nos sentidos, nas sensações físicas e emocionais que ocorrem antes, durante e após a alimentação. Barbosa, Penaforte e Silva[55] realizaram um estudo de revisão integrativa para investigar o papel das intervenções baseadas na atenção plena e no comer com atenção plena na abordagem do sobrepeso e obesidade e dos transtornos alimentares. Verificou-se uma repercussão positiva das intervenções no comportamento alimentar, e nos aspectos emocionais e psicológicos dos participantes. Assim, a atenção plena pode ser uma característica considerável para a perda de peso.

O presente estudo teve algumas limitações, como o fato de não ter havido uma avaliação da qualidade metodológica dos artigos, bem como uma análise mais aprofundada, como uma meta-síntese ou meta-análise. Ademais, as diferentes teorias, abordagens e conceitos, assim como a pluralidade de termos em competências socioemocionais, dificultaram a busca dos artigos e a síntese dos instrumentos. Isso também prejudica o entendimento dos profissionais da saúde, devido ao desafio em traduzir e utilizar os conhecimentos científicos na prática cotidiana.

CONCLUSÃO

Esta revisão de escopo analisou a relação entre competências socioemocionais e prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. Os resultados foram sintetizados em quatro categorias de análise: “traços da personalidade”, “competência social e habilidades sociais”, “autocontrole” e “autocompaixão e atenção plena”. Os resultados indicaram que o desenvolvimento de competências e habilidades socioemocionais, principalmente, no que se refere à conscienciosidade, à resiliência emocional e ao autocontrole, são importantes para a prevenção da obesidade nesse público. Nesse sentido, a aprendizagem socioemocional pode ser uma estratégia protetiva e de promoção de saúde.

Todavia, como poucos estudos foram encontrados dentro da temática investigada, sugere-se a continuação de pesquisas sobre o tema. Por meio do conhecimento adquirido a partir das pesquisas, será possível investir em programas preventivos que fomentem o aprendizado dessas competências em ambientes que crianças e adolescentes frequentam. Equipes interdisciplinares em saúde também poderão utilizar melhor esse embasamento teórico em suas intervenções para promover a prevenção da obesidade. Além disso, vale ressaltar que uma atuação no campo da prevenção contribui para a manutenção dos sistemas universais e públicos de saúde, já que pode reduzir os gastos do Estado relacionados ao tratamento da obesidade ou de outras doenças correlatas.

Contribuição dos autores

BRN: (1) Revisão de literatura. (2) Coleta e registro de dados. (3) Escrita de: introdução, objetivos, métodos, discussão, conclusão e referências. (4) Revisão crítica do conteúdo intelectual relevante. (5) Aprovação final da versão a ser submetida.

DLGA: (1) Concepção e delineamento do estudo. (2) Coleta e registro de dados (3) Escrita do artigo com revisão crítica do conteúdo intelectual relevante. (4) Aprovação final da versão a ser submetida.

JFM: (1) Concepção e delineamento do estudo. (2) Escrita do artigo com revisão crítica do conteúdo intelectual relevante. (3) Aprovação final da versão a ser submetida.

TMC: (1) Concepção e delineamento do estudo. (2) Escrita do artigo com revisão crítica do conteúdo intelectual relevante. (3) Aprovação final da versão a ser submetida.

IGG: (1) Concepção e delineamento do estudo. (2) Escrita do artigo com revisão crítica do conteúdo intelectual relevante. (3) Aprovação final da versão a ser submetida.

YMR: (1) Concepção e delineamento do estudo. (2) Escrita do artigo com revisão crítica do conteúdo intelectual relevante. (3) Aprovação final da versão a ser submetida.

Conflitos de interesses: Os autores declaram que a pesquisa foi conduzida na ausência de quaisquer relações comerciais ou financeiras que possam ser interpretadas como um potencial conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Gadde K, Martin C, Berthoud H, Heymsfield S. Obesity: Pathophysiology and Management. *J Am Coll Cardiol*. 2018; 71(1): 69-84. DOI: 10.1016/J.JACC.2017.11.011

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019*. 2020.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf

3. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2017;33(7): 1-12. DOI: 10.1590/0102-311X00006016

4. Cawley J, Spiess KC, Cawley J, Spiess K. Obesity and skill attainment in early childhood. *Econ Hum Biol*. 2008; 6(3): 388-397. DOI: 10.1016/j.ehb.2008.06.003

5. Organização Mundial da Saúde. Obesity and Overweight. Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. Diretrizes Brasileiras de Obesidade* 2016. 2016. Accessed September 23, 2021. https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf

6. Glisenti K, Strodl E, King R. Emotion-focused therapy for binge-eating disorder: A review of six cases. *Clin Psychol Psychother*. 2018; 25(6): 842-855. DOI: 10.1002/CPP.2319

7. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*. 2017; 9(11): 1-11. DOI: 10.3390/NU9111274

8. Fernandes J, Ferreira-Santos F, Miller K, Torres S. Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity reviews*. 2018; 19(1): 111-120. DOI: 10.1111/OBR.12607

9. Mello LC, Caramaschi S. Avaliação e intervenção com crianças em condição de sobrepeso e obesidade. In: Do Valle TGM, Maia ACB, eds. Aprendizagem e Comportamento Humano. *Cultura Acadêmica*; 2010:73-92.

10. Marin AH, Silva CT da, Andrade EID, Bernardes J, Fava DC. Competência socioemocional: conceitos e instrumentos associados. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2017; 13(2): 92-103. DOI: 10.5935/1808-5687.20170014

11. Primi R, Santos DD, Hauck N, Frut F, John OP. Mapping self-report questionnaires for socio-emotional characteristics: What do they measure? *Estudos de Psicologia* (Campinas). 2019; 36: 1-15. DOI: 10.1590/1982-0275201936E180138

12. Alves DLG. *Uso do álcool relacionado aos fatores sociodemográficos, bullying, comportamentos de risco na escola e competências socioemocionais na adolescência*. 2020.

13. Rosa V, Tomai M, Lauriola M, Martino G, Di T. Body mass index, personality traits, and body image in Italian pre-adolescents: An opportunity for overweight prevention. *Psihologija*. 2019; 52(4): 379-393. DOI: 10.2298/PSI181121009R

14. Sutin AR, Terracciano A. Mother and child personality traits associated with common feeding strategies and child body mass index. *Appetite*. 2018; 125: 295-301. DOI: 10.1016/j.appet.2018.02.009

15. Vollrath ME, Hampson SE, Júlíusson PB. Children and eating. Personality and gender are associated with obesogenic food consumption and overweight in 6- to 12-year-olds. *Appetite*. 2012; 58(3): 1113-1117. DOI: 10.1016/j.appet.2012.02.056

16. Gerlach G, Herpertz S, Loeber S. Personality traits and obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*. 2015; 16(1): 32-63. DOI: 10.1111/obr.12235

17. Luiz AMAG, Gorayeb R, Liberatore Júnior RDR, Domingos NAM. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estudos de Psicologia* (Natal). 2005; 10(3): 371-375. DOI: 10.1590/S1413-294X2005000300005

18. Filho VCB, Tricco AC. Scoping review: a relevant methodological approach for knowledge synthesis in Brazil's health literature. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.* 2019; 24: 1-6. DOI: 10.12820/RBAFS.24E0082

19. Tricco A, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018; 169(7): 467-473. DOI: 10.7326/M18-0850

20. Araújo WCO. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *Convergências em Ciência da Informação*. 2020; 3(2): 100-134. DOI: 10.33467/CONCI.V3I2.13447

21. Mello LC. Avaliação e intervenção psicossocial e nutricional com crianças em condição de sobrepeso e obesidade. *Aleph*. February 27, 2008. Accessed September 23, 2021. https://repositorio.unesp.br/handle/11449/89331

22. Del Prete A, Del Prete ZAP. Perguntas (im)pertinentes sobre a área do treinamento das habilidades sociais. *Sobre Comportamento e Cognição*. 2005;16:5-13.

23. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70; 2011.

24. Luiz AMAG. *Efeitos de um programa de intervenção cognitivo-comportamental em grupo para crianças obesas*. March 14, 2014. Accessed September 23, 2021. http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-21102013-160131/

25. Barbosa DR. *Relação entre mudanças de peso e competência social em dois adolescentes obesos durante intervenção clínica comportamental.* March 30, 2003. Accessed September 23, 2021. http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-25022003-161953/

26. Gouveia MJ, Canavarro MC, Moreira H. Associations between Mindfulness, Self-Compassion, Difficulties in Emotion Regulation, and Emotional Eating among Adolescents with Overweight/Obesity. *J Child Fam Stud*. 2019; 28(1): 273-285. DOI: 10.1007/S10826-018-1239-5

27. Allen MS, Vella SA. Personality and Body-Mass-Index in School-Age Children: An Exploration of Mediating and Moderating Variables. *PLoS One*. 2016; 11(8): e0158353. DOI: 10.1371/journal.pone.0158353

28. Bjornelv S, Nordahl HM, Holmen TL. Psychological factors and weight problems in adolescents. The role of eating problems, emotional problems, and personality traits: the Young-HUNT study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46(5): 353-362. DOI: 10.1007/s00127-010-0197-z

29. Borinsky S, Gaughan JP, Feldman-Winter L. Perceived overweight/obesity, low resilience, and body size dissatisfaction among adolescents. *Obes Res Clin Pract*. 2019; 13(5): 448-452. DOI: 10.1016/j.orcp.2019.08.002

30. Sierra AV, Cortés AJN, Castro CAC. Promoting self-control in overweight and obese children. *Nutr Hosp*. 2020; 37(2): 251-259. DOI: 10.20960/NH.02658

31. Datar A, Chung P. Childhood Self-Control and Adolescent Obesity: Evidence from Longitudinal Data on a National Cohort. Child Obes. 2018; 14(4): 238-247. DOI: 10.1089/CHI.2017.0217

32. Duckworth AL, Tsukayama E, Geier AB. Self-controlled children stay leaner in the transition to adolescence. *Appetite*. 2010; 54(2): 304-308. DOI: 10.1016/J.APPET.2009.11.016

33. Hartmann AS, Czaja J, Rief W, Hilbert A. Personality and psychopathology in children with and without loss of control over eating. *Compr Psychiatry*. 2010; 51(6): 572-578. DOI: 10.1016/j.comppsych.2010.03.001

34. Hwang Junwon, Lyoo IK, Kim BN, Shin MS, Kim SJ, Cho SC. The Relationship Between Temperament and Character and Psychopathology in Community Children with Overweight. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2006; 27(1): 18-24. DOI: 10.1097/00004703-200602000-00003

35. Innella N, McNaughton D, Schoeny M, et al. Child Temperament, Maternal Feeding Practices, and Parenting Styles and Their Influence on Obesogenic Behaviors in Hispanic Preschool Children. *The Journal of School Nursing*. 2019; 35(4): 287-298. DOI: 10.1177/1059840518771485

36. Luiz AMAG, Gorayeb R, Liberatore Júnior RDR. Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia* (Campinas). 2010; 27(1): 41-48. DOI: 10.1590/S0103-166X2010000100005

37. Pinnow M, Kirkcaldy B. Getting access to the self: Effects of self-management therapy on the development of self-regulation and inhibitory control in obese adolescents. *J Behav Addict*. 2012; 1(2): 68-73. DOI: 10.1556/JBA.1.2012.2.4

38. Sapienza G, Schoen T, Fisberg M. Effects of psychological intervention on social competence of obese adolescents. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2014; 15(3): 612-622. DOI: 10.15309/14psd150305

39. Sutin AR, Stephan Y, Wang L, Gao S, Wang P, Terracciano A. Personality Traits and Body Mass Index in Asian Populations. *J Res Pers*. 2015; 58: 137-142. DOI: 10.1016/J.JRP.2015.07.006

40. Tao S, Yu L, Gao W, Xue W. Food preferences, personality and parental rearing styles: analysis of factors influencing health of left-behind children. *Qual Life Res*. 2016; 25(11): 2921-2929. DOI: 10.1007/S11136-016-1317-3

41. Valdez A, Smith KE, Mason TB. Impulsivity and reward sensitivity facets as predictors of weight change in children: Differences by binge-eating disorder diagnostic status. *Pediatr Obes*. 2023; 18(2). DOI: 10.1111/IJPO.12987

42. Biber D. Social Emotional Learning for a College Classroom. *College Teaching*. 2020; 68(1): 49-52. DOI: 10.1080/87567555.2019.1709408

43. Carroll A, McCarthy M, Houghton S, O'Connor ES. Evaluating the effectiveness of KooLKIDS: An interactive social emotional learning program for Australian primary school children. *Psychol Sch*. 2020; 57(6): 851-867. DOI: 10.1002/PITS.22352

44. Santos D, Primi R. Desenvolvimento Socioemocional e Aprendizado Escola. Instituto Ayrton Senna; 2014.

45. Silva I. Importance of emotional regulation in obesity and weight loss treatment. *Fractal* (Niterói). 2015; 27(3): 286-290. DOI: 10.1590/1984-0292/1503

46. Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(1): 185-194. DOI: 10.1590/S1413-81232010000100024

47. Del Prette A, Del Prete ZAP. *Psicologia Das Habilidades Sociais Na Infânc*ia. Vozes; 2005.

48. Primi R, Santos D, John OP, Fruyt F De. Development of an Inventory Assessing Social and Emotional Skills in Brazilian Youth. *European Journal of Psychological Assessment*. 2016; 32(1): 5-16. DOI: 10.1027/1015-5759/a000343

49. Jokela M, Hintsanen M, Hakulinen C, et al. Association of personality with the development and persistence of obesity: a meta-analysis based on individual–participant data. *Obesity Reviews*. 2013; 14(4): 315-323. DOI: 10.1111/obr.12007

50. Siddiqui N, M. Ventista O. A review of school-based interventions for the improvement of social emotional skills and wider outcomes of education. *Int J Educ Res*. 2018; 90: 117-132. DOI: 10.1016/j.ijer.2018.06.003

51. Caballo VE. *Manual de Avaliação e Treinamento Das Habilidades Sociais*. Livraria Santos Editora; 2003.

52. Moreira JM. *Treino de autocontrole como facilitador de comportamentos saudáveis em indivíduos obesos*. December 17, 2015. Accessed September 23, 2021. http://repositorio.unb.br/handle/10482/19436

53. Sirois F, Kitner R, Hirsch J. Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychology*. 2015; 34(6): 661-669. DOI: 10.1037/HEA0000158

54. Barbosa MR, Penaforte FRO, Silva AFS. Mindfulness, mindful eating e comer intuitivo na abordagem da obesidade e transtornos alimentares. *SMAD* Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2020; 16(3): 118-135. DOI: 10.11606/ISSN.1806-6976.SMAD.2020.165262