



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ATTITUDES ALIMENTARES, AUTORREGULAÇÃO ALIMENTAR E *COPING*
NO CONTEXTO DO EXCESSO DE PESO EM ADOLESCENTES**

MICHELLE LYRIO TABACHI

Vitória, ES

2019

MICHELLE LYRIO TABACHI

**ATITUDES ALIMENTARES, AUTORREGULAÇÃO ALIMENTAR E *COPING*
NO CONTEXTO DO EXCESSO DE PESO EM ADOLESCENTES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alessandra
Brunoro Motta Loss.

Vitória, ES

2019

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

T112a Tabachi, Michelle Lyrio, 1987-
Atitudes alimentares, autorregulação alimentar e coping no contexto do excesso de peso em adolescentes / Michelle Lyrio Tabachi. - 2019.
108 f. : il.

Orientadora: Alessandra Brunoro Motta Loss.
Tese (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Obesidade. 2. Adolescentes. 3. Ajustamento (Psicologia).
4. Psicologia do desenvolvimento. I. Loss, Alessandra Brunoro Motta. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

MICHELLE LYRIO TABACHI

**ATTITUDES ALIMENTARES, AUTORREGULAÇÃO ALIMENTAR E
COPING NO CONTEXTO DO EXCESSO DE PESO EM ADOLESCENTES**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Dissertação defendida e aprovada em 26 de setembro de 2019, por:

BANCA
EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Alessandra Brunoro Motta Loss, UFES

Prof.^a Dr.^a Fabiana Pinheiro Ramos, UFES

Prof.^a Dr.^a Mariane Lima de Souza, UFES

Agradecimentos

Agradeço à Deus, por cuidar de mim todos os dias.

Agradeço aos meus pais, pela dádiva da vida.

Agradeço ao meu esposo Ricardo, por ser meu maior incentivador e por me fazer acreditar que eu posso ir mais longe.

À minha orientadora, Alessandra Brunoro Motta Loss, pela oportunidade do reencontro e por aceitar me guiar nessa jornada acadêmica. Também agradeço à gentileza em compartilhar o seu conhecimento comigo.

Agradeço à Dr^a Sandra Martins e à Dr^a Graça Coy, pela recepção calorosa no ambulatório de pediatria da HUCAM, e aos demais profissionais do hospital que me auxiliaram na coleta.

Às professoras do LAPEPP, por todos os aprendizados. E às colegas do laboratório, pela parceria e momentos de descontração, especialmente à minha amiga Schwanny, pelas inúmeras conversas e trocas realizadas.

Agradeço às professoras que aceitaram o convite de participar da banca de defesa de dissertação, e aos demais professores do PPG por todas as contribuições durante o período do mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos.

Agradeço aos adolescentes e familiares, que participaram do estudo e ajudaram a torná-lo realidade. Muito obrigada!

Resumo

Tabachi, M. L. (2019). Atitudes alimentares, autorregulação alimentar e *coping* no contexto do excesso de peso em adolescentes. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. 107 pp.

A obesidade configura-se como uma doença crônica de origem multicausal e demanda tratamento de longa duração e multidisciplinar. Dentre os diversos fatores que compõem a multicausalidade da obesidade, encontram-se aspectos psicológicos como dificuldades no processo de autorregulação e *coping*, que podem ser observados ao longo do desenvolvimento. Em adolescentes, a complexidade do tratamento do excesso de peso pode acarretar diversos estressores, sugerindo o uso de estratégias de *coping* para o manejo da adversidade. Esta pesquisa tem o objetivo de investigar as relações entre as atitudes alimentares, a autorregulação do comportamento alimentar e o *coping* em uma amostra de adolescentes com excesso de peso. Nesse estudo, 14 adolescentes com idade entre 11 e 17 (M = 14,77 anos) compuseram a amostra, juntamente com seus responsáveis. Foram utilizados três instrumentos para verificação das variáveis de interesse, a saber: Escala de Atitudes Alimentares Transtornadas (EAAT), Questionário de Autorregulação do Comportamento Alimentar (TESQ-E), Questionário de Resposta ao Estresse (RSQ), além de uma ficha de caracterização para o adolescente e para seu pai/responsável. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequência, proporção, média e desvio-padrão. Os dados também foram analisados através de estatística inferencial como correlação de Spearman e os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, para comparar e verificar as relações significativas entre as variáveis de interesse do estudo. Os resultados mostraram as seguintes relações entre atitude alimentar, a autorregulação e o *coping*: o excesso de peso desde a infância se relacionou com mais respostas de estresse; piores atitudes alimentares foram relacionadas ao menor uso de estratégias de *coping* e a maiores respostas involuntárias de estresse; e o uso de estratégias de autorregulação se associou a maiores respostas involuntárias ao estresse e ao menor uso de estratégias de *coping*. Também se verificaram as associações entre as características pessoais dos adolescentes e de seus pais e algumas das variáveis de interesse, a saber: maior escolaridade dos pais foi associada ao maior uso do *coping* e menor resposta ao estresse. A pesquisa permitiu a ampliação do conhecimento sobre mecanismos psicológicos em adolescentes relacionados ao excesso de peso, de modo a subsidiar prevenção, manejo e/ou tratamento do excesso de peso nessa população.

Palavras-chave: obesidade; adolescente; autorregulação; adaptação psicológica, psicologia do desenvolvimento.

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Área(s) de conhecimento: 7.07.00.00-1 Psicologia

Sub-área(s) de conhecimento: 7.07.07.00-6 Psicologia do Desenvolvimento Humano

Abstract

Tabachi, M. L. (2019). Eating Attitudes, Self-Regulation strategies of eating behaviour, and Coping in overweight adolescents. Masters dissertation, Graduate Program in Psychology, Federal University of Espírito Santo, Vitória / ES. 107 pp.

Obesity is a chronic disease, multifactorial in origin and demands long-term and multidisciplinary treatment. Among the various factors that contribute to the onset of obesity, there are psychological aspects such as difficulties in self-regulatory and coping process, which can be observed throughout development. In adolescence, the complexity of overweight treatment can lead to several stressors, suggesting the use of coping strategies to manage adversity. This study aims to investigate the relationships between eating attitudes, self-regulation of eating behaviour and coping in a sample of overweight teenagers. In this study, 14 teenagers aged 11 to 17 ($M = 14.77$ years) composed the sample with their caregivers. Three instruments were used to verify the variables of interest, namely: Disordered Eating Attitudes Scale (EAAT), Eating Behaviour Self-Regulation Questionnaire (TESQ-E), Stress Response Questionnaire (RSQ). Demographic information was collected from all participants. Data were analysed using descriptive statistics as frequency, proportion, mean and standard deviation. Inferential statistics such as Spearman correlation and nonparametric Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests to compare and verify the significant relationships between the variables of interest were also used. The results showed significant relationships between eating attitude, self-regulation and coping. Teenagers who have been overweight since childhood reported more stress responses; worse eating attitudes were related to less use of coping strategies and higher involuntary stress responses; the use of self-regulatory strategies was associated with higher involuntary stress responses and lower use of coping strategies. The association between demographic characteristics of teenagers and their caregivers and the variables of interest were also verified, such as higher parental education, was associated with higher use of coping and lower stress response. The research allowed the expansion of knowledge about psychological mechanisms related to overweight in adolescents, to support the prevention, management and treatment of overweight in this population.

Key words: obesity; adolescent; self-regulation; psychological adaptation, developmental psychology

Financing: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Field(s) of Knowledge: 7. 07.00.00-1 Psychology

Knowledge Area(s): 7.07.07.00-6 Human Development Psychology

Sumário

1. Introdução	14
1.1 Excesso de peso na adolescência.....	17
1.2 Autorregulação no excesso de peso.....	19
1.3 Estresse e <i>Coping</i> no contexto do excesso de peso	23
1.4 O problema de pesquisa e sua relevância.....	29
1.5 Objetivos	32
1.5.1 <i>Objetivo Geral</i>	32
1.5.2 <i>Objetivos específicos</i>	32
2. Método	33
2.1 Participantes	33
2.2 Local de coleta de dados	34
2.3 Instrumentos	35
2.3.1 <i>Ficha de caracterização do adolescente</i>	35
2.3.2 <i>Ficha de caracterização do responsável</i>	36
2.3.3 <i>Escala de atitudes alimentares transtornadas (EAAT)</i>	36
2.3.4 <i>Questionário de Autorregulação do Comportamento Alimentar (TESQ-E)</i>	38
2.3.5 <i>Questionário de Resposta ao Estresse (RSQ)</i>	39
2.4 Coleta de dados	41
2.5 Processamento e análise dos dados	42
2.5.1 <i>Análise estatística descritiva</i>	43
2.5.2 <i>Análise estatística inferencial</i>	43
2.6 Aspectos éticos, riscos e benefícios da pesquisa.....	44
3. Resultados	46
3.1 Caracterização dos participantes	46
3.1.1 <i>Dados sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida dos adolescentes</i>	46
3.1.2 <i>Dados sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida dos responsáveis</i>	48

3.2 Atitude alimentar, autorregulação alimentar e <i>coping</i> e de suas relações com características sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida.....	49
3.2.1 <i>Atitude alimentar, obtidos por meio da Escala de atitudes alimentares transtornadas (EAAT), e de suas relações com características sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida.....</i>	49
3.2.2 Dados descritivos da autorregulação alimentar, obtidos por meio do <i>Questionário de Autorregulação do Comportamento Alimentar (TESQ-E)</i> , e de suas relações com características sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida.....	51
3.3 Correlações entre a atitude alimentar, a autorregulação alimentar e o <i>coping</i>	59
4. Discussão.....	64
5. Considerações finais.....	75
Referências.....	77
Apêndices.....	83
Apêndice A - Ficha de caracterização do adolescente	83
Apêndice B - Ficha de caracterização do responsável	85
Apêndice C - Escala de atitudes alimentares transtornadas (EAAT).....	87
Apêndice D - Questionário de Autorregulação do Comportamento Alimentar (TESQ-E).....	90
Apêndice E – Questionário de Resposta ao Estresse (RSQ).....	92
Apêndice F - Autorização para adaptação e validação linguística do RSQ	96
Apêndice G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo Responsável/Coleta hospital	97
Apêndice H - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido /Coleta hospital.....	100
Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo Responsável/Coleta redes sociais.....	103
Apêndice J - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido/Coleta redes sociais.....	106

Lista de Figuras

Figura 1. Fluxograma da composição da amostra.....	34
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 Dados de caracterização dos adolescentes (n = 14).....	47
Tabela 2 Dados de caracterização dos responsáveis pelos adolescentes (n = 14).....	48
Tabela 3 Medidas de posição e dispersão da atitude alimentar dos adolescentes, medidos pela EAAT (n = 14).	50
Tabela 4 Correlações entre atitude alimentar, idade, escore z e tempo de uso de tela dos adolescentes (n = 14).....	51
Tabela 5 Comparação entre as médias de atitude alimentar de adolescentes que praticam atividade física e adolescentes que não praticam atividade física (n = 14).....	51
Tabela 6 Medidas de posição e dispersão da autorregulação alimentar (escala total, dimensões e estratégias), medida pelo TESQ-E (n = 14).	52
Tabela 7 Correlações entre autorregulação alimentar, idade do adolescente e IMC do responsável (n = 14).....	53
Tabela 8 Comparação entre as médias de autorregulação de adolescentes que praticam atividade física e adolescentes que não praticam atividade física (n = 14).....	54
Tabela 9 Medidas de dispersão dos eventos estressores, medidos pelo RSQ (n = 14).	55
Tabela 10 Média das variáveis do <i>coping</i> : fatores do <i>coping</i> , resposta ao estresse e estratégias de <i>coping</i> , medidas pelo RSQ (n = 14).	56
Tabela 11 Correlações entre o <i>coping</i> (RSQ) e a idade e escolaridade dos adolescentes (n = 14).	58
Tabela 12 <i>Comparação entre as médias de coping (RSQ) de adolescentes que praticam atividade física e adolescentes que não praticam, que tiveram problemas com peso e aqueles que não tiveram e entre diferentes níveis de escolaridade dos responsáveis (n = 14)</i>	58
Tabela 13 Correlações entre a atitude alimentar, a autorregulação alimentar e o <i>coping</i> de adolescentes com excesso de peso (n = 14).	61

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que o excesso de peso é caracterizado pelo excesso de gordura corporal, e calculados a partir do índice de massa corporal (IMC), o qual é obtido por meio da razão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medido em metros) (World Health Organization [WHO], 2016). Para a classificação do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes, com idade entre 5 e 19 anos, a OMS adotou os indicadores que compõem a curva de crescimento. Os valores são demonstrados a partir do percentil, que considera idade, sexo e peso, e que reflete a posição que o adolescente está em relação a distribuição normal da amostra (sobrepeso = percentil ≥ 85 e < 97 ; obesidade = ≥ 97); e do escore z, que representa o número de desvios-padrão do dado obtido (sobrepeso = escore $z > +1$ e $< +2$; obesidade = escore $z \geq +2$) (Brasil, Ministério da Saúde, 2007; Sigulem, Devincenzi, & Lessa, 2000).

Ainda de acordo com a OMS, estima-se que 1,9 bilhões de adultos com mais de 18 anos estão com excesso de peso (World Health Organization [WHO], 2018). Quando se trata da população infanto-juvenil, as estimativas da OMS indicam que 340 milhões de crianças e adolescentes, com idade entre cinco e 19 anos, estão com excesso de peso. Destaca-se que entre os anos de 1975 e 2016, a prevalência do excesso de peso entre crianças e adolescentes teve um aumento significativo, passando de 4% para 18% (World Health Organization [WHO], 2018).

No Brasil, a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 indicou que o excesso de peso foi encontrado em 20,5% dos adolescentes entre 10 e 19 anos, de ambos os sexos, e corresponde a 1/5 dessa população. Nessa mesma pesquisa, 4,9% dos adolescentes

foram classificados com obesidade (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010).

Dados mais recentes, gerados a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE – referem-se ao ano de 2015. A pesquisa foi realizada a partir de parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde (MS), com apoio do Ministério da Educação (MEC), e contou com a participação de 10.926 adolescentes escolares matriculados do 6º ao 9º ano do ensino fundamental e do 1º ao 3º ano do ensino médio, em escolas públicas e privadas, situadas em zonas urbanas e rurais de todo o território brasileiro. Esses adolescentes tinham idade entre 13 a 17 anos. Os dados mostram que 23,7% e 7,8% dos adolescentes acessados estão, respectivamente, com excesso de peso e obesidade (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2016), demonstrando aumento no percentual de adolescentes com excesso de peso, quando comparado à pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010)

Mais recentemente, foram divulgados dados obtidos por meio da pesquisa ERICA - Estudo de riscos cardiovasculares em adolescentes – que foi divulgada em 2016, e contou com a participação de 75 mil estudantes de 13 a 17 anos, de escolas públicas e particulares de todo o Brasil. A pesquisa mostrou que 17,1% e 8,4% dos adolescentes brasileiros estão com sobrepeso ou obesos, respectivamente, sendo que nas regiões Sul e Sudeste, a prevalência de obesidade em adolescentes chega a 10 % (Bloch et al., 2016).

O excesso de peso surge de uma combinação entre fatores genéticos, ambientais e comportamentais (Garver et al., 2013; Lake & Townshend, 2006; Swinburn & Egger, 2002; World Health Organization (WHO), 2016). A existência de genes relacionados à obesidade, associada à herdabilidade desses genes, podem tornar algumas crianças mais suscetíveis a doença, especialmente aquelas que tem algum dos pais obesos (Garver et

al., 2013; Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, & Dietz, 1997). Entretanto, à genética não explica o aparecimento da obesidade de forma isolada, sendo a interação entre genes e o ambiente, compõe um conjunto de fatores que contribuem para o aumento da gordura e peso corporal, culminando na obesidade (Aparicio, Canals, Arija, De Henauw, & Michels, 2016; Garver et al., 2013). O aumento de comportamento sedentário na população, com muitas atividades relacionadas a telas (assistir televisão, jogar videogame), a diminuição de atividade física e o consumo excessivo de carboidratos e gorduras tem se configurado como um ambiente favorável para o aparecimento da obesidade (Garver et al., 2013). Outros fatores como o aumento na secreção de cortisol devido ao estresse, padrão inadequado de sono, estilo parental e modelo parental de comportamentos não-saudáveis além de diversos outros estressores que, quando associados a processos regulatórios mal adaptativos, podem contribuir para o ganho do peso (Aparicio et al., 2016).

Swinburn, Egger e Raza (1999) descreveram o ambiente obesogênico como " A soma das influências que o ambiente, as oportunidades ou as condições de vida têm na promoção da obesidade em indivíduos ou populações" (Swinburn, Egger & Raza, 1999, p. 564, tradução nossa). Em outras palavras, o ambiente obesogênico é mais amplo do que o tipo de alimento ou a atividade física disponível no ambiente; também engloba os fatores econômicos, custos na promoção e acessibilidade de hábitos saudáveis, políticas públicas, e ambiente sociocultural que é influenciado pelas mídias, propaganda e *marketing* (Swinburn & Egger, 2002).

Dados epidemiológicos atuais tem colocado a obesidade como um fator de risco para uma série de outras doenças crônicas, como diabetes, doenças cardiovasculares, doenças musculoesqueléticas e câncer, podendo comprometer seriamente a saúde das crianças e adolescentes que sofrem com a doença (Bloch et al., 2016; World Health

Organization [WHO], 2016). Além de consequências para a saúde física, a obesidade também afeta a saúde mental e pode contribuir para o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais como depressão, dificuldades de socialização, problemas escolares e estigmatização (Spruijt-Metz, 2011; World Health Organization [WHO], 2016).

Nesse sentido, o excesso de peso constitui importante tema de investigação dentro da área da Psicologia Pediátrica (American Psychological Association, 2018), principalmente, pelos fatores psicossociais que compõem a característica de multicausalidade da doença (American Psychological Association [APA], 2018; Spruijt-Metz, 2011; Swinburn & Egger, 2002; World Health Organization [WHO], 2016). Além disso, esses aspectos psicossociais também são descritos entre aqueles impactados pela presença da condição de excesso de peso, especialmente na adolescência (Dietz, 1998).

1.1 Excesso de peso na adolescência

Os impactos do excesso de peso sobre o desenvolvimento socioemocional de adolescentes tem sido foco de diversos estudos tanto em nível nacional, como internacional (Angbratt, Ekberg, Walter, & Timpka, 2011; Erermis et al., 2004; Gonçalves, Silva, & Antunes, 2012; Spruijt-Metz, 2011). Em um estudo que investigou os tipos e frequência de psicopatologia em adolescentes obesos clínicos e não clínicos e de peso normal, Erermis et al. (2004) encontraram uma maior proporção de depressão, problemas comportamentais e baixa autoestima na amostra obesa do que na amostra de peso normal, indicando a possibilidade de maior vulnerabilidade às psicopatologias nessa população. Gonçalves, Silva e Antunes (2012) compararam respostas de três grupos de crianças, divididos em obesos clínicos, não clínicos e de peso normal, que foram avaliados quanto aos aspectos psicossociais, como qualidade de vida, morbidade

psicológica e autoconceito. O grupo de crianças obesas com classificação clínica apresentou menor qualidade de vida e pior autoconceito, demonstrando uma percepção negativa em relação à saúde, menor competência no domínio escolar, aparência física, aceitação social e autoestima e maior sintomatologia depressiva do que os grupos obesos não clínico e de peso normal. A revisão de literatura de Spruijt-Metz (2011) encontrou diversas pesquisas referentes à obesidade na infância e adolescência, destacando consequências adversas por toda a vida do indivíduo. As consequências da obesidade em longo prazo foram descritas em termos psicossociais, como o aumento de estresse crônico, ansiedade, depressão e percepção negativa por parte da sociedade; e, também fisiológicos, como a resistência à insulina e o aumento de níveis inflamatórios no organismo, fator associado a doenças como diabetes do tipo 2 e síndrome metabólica (Spruijt-Metz, 2011).

A atenção dada aos efeitos do excesso de peso em etapas iniciais do desenvolvimento, como a infância e adolescência, justifica-se pelo fato de que, quando não tratada da forma adequada inicialmente, o prognóstico da obesidade é menos favorável na vida adulta (Whitaker et al., 1997; World Health Organization (WHO), 2016). Um estudo de coorte retrospectivo, realizado nos Estados Unidos, investigou uma amostra de 854 adultos (média de 24,5 anos de idade), cujos peso e altura foram medidos desde o nascimento (Whitaker et al., 1997). Dados antropométricos de seus pais também foram aferidos pelos pesquisadores. Os achados do estudo indicaram que crianças menores de dez anos de idade tem maior risco de obesidade na vida adulta quando um dos seus pais são obesos; crianças sem obesidade com idade entre um e três anos, tendo ao menos um dos pais com obesidade, tem maior risco de obesidade na vida adulta (28%) do que crianças com pais não obesos (10%). Em crianças com obesidade e idade entre três e cinco anos de idade e tendo ao menos um dos pais obesos, tem maior risco de

obesidade na vida adulta (62%) do que crianças com pais não obesos (24%) (Whitaker et al., 1997). Em um estudo longitudinal realizado na Suécia, com amostra de 3579 crianças e dados disponíveis do nascimento até os 15 anos, foi encontrada uma forte correlação entre o IMC de crianças aos 5 anos e aos 15 anos, indicando que o IMC aos 5 anos de idade pode ser preditor de obesidade na adolescência (Angbratt et al., 2011).

O tratamento da obesidade deve ser multidisciplinar, visto que suas causas também são múltiplas – sedentarismo, dieta inadequada, fatores hormonais e genéticos, comportamentais, emocionais e sociais – contribuindo para a gênese e manutenção da doença (World Health Organization [WHO], 2016). Quando não tratada da forma adequada inicialmente, a obesidade tem prognóstico menos favorável na vida adulta, especialmente quando o excesso de peso é desencadeado na infância e adolescência (Whitaker et al., 1997; World Health Organization (WHO), 2016).

Quando se consideram os fatores psicológicos que contribuem para o excesso de peso, a literatura refere uma dificuldade no mecanismo de autorregulação emocional e comportamental do indivíduo, resultando no comportamento alimentar inadequado (Francis & Susman, 2009; Frankel et al., 2012; Golan & Bachner-Melman, 2011). O capítulo a seguir discorre sobre o processo psicológico de autorregulação, bem como sua compreensão no contexto do excesso de peso.

1.2 Autorregulação no excesso de peso

A autorregulação emocional é um processo desenvolvido na infância, durante as primeiras fases do desenvolvimento (Kopp, 1982). Tem sido definida como a capacidade de autorregular o estado emocional e resulta em alguns comportamentos, como atender a pedidos, atrasar reforçadores em função de instruções ou devido a existência de outra

demanda mais urgente, monitorar o próprio comportamento de acordo com o que é esperado e se comportar de forma também adequada ou solicitada mesmo na ausência dos pais (Kopp, 1982). Em outras palavras, a autorregulação está relacionada a capacidade de socialização da criança e demanda o conhecimento de comportamentos socialmente aceitos, e seu desenvolvimento é considerado importante para aspectos relacionados ao bem-estar e saúde infantil (Kopp, 1982)

A partir do segundo ano de vida, a criança já começa a desenvolver habilidades de controlar suas emoções, com o auxílio de seus cuidadores. É por meio dos cuidadores e de fatores cognitivos e de maturação da criança, como a consciência sobre si, a intencionalidade do comportamento, e a memória, que ela formulará uma compreensão de sua própria identidade, de acordo com Kopp (1982). O comportamento de autorregulação da criança irá refletir o conhecimento das regras socialmente aceitáveis, para que os comportamentos ocorram mesmo na ausência dos seus cuidadores, representando um aspecto importante da socialização nessa fase do desenvolvimento (Kopp, 1982). “[...] A autorregulação é considerada como adaptável às mudanças. É uma forma de controle claramente mais madura e presumivelmente implica o uso da reflexão e estratégias envolvendo introspecção, consciência ou metacognição” (Kopp, 1982, p. 207, tradução nossa).

A “regulação emocional está relacionada à formação das emoções que se tem, quando as tem, e como essas emoções são vivenciadas” (Gross, 1998, p. 271, tradução nossa). A regulação emocional envolve mudanças nas propriedades das emoções, como na magnitude da resposta, latência, duração, tempo de resposta, resultando no equilíbrio das respostas em diferentes domínios: comportamentais, fisiológicos e ambientais (Gross, 1998). Existem muitas possibilidades de regulação emocional, que variam de formas explícitas, conscientes que requerem esforço do indivíduo, até formas implícitas,

inconscientes e automáticas de regulação (Gross, 2014).

Adotando uma abordagem desenvolvimentista, Sameroff (2009) descreve a autorregulação como um processo que parte do desenvolvimento de fatores individuais e caminha na direção de fatores sociais. Na criança, a regulação emocional é iniciada por meio de fatores biológicos, visando suprir as necessidades de regular a temperatura corporal e saciar a fome e se desenvolve na direção da regulação de fatores psicológicos e sociais, como processos de atenção, comportamentos e interação social (Sameroff, 2009). Nesse contexto, Sameroff (2009) indica que a regulação inicial da criança é feita a partir do outro, que é quem provê as necessidades de sobrevivência dela. A partir do momento que a criança é capaz de assumir mais responsabilidade sobre seu comportamento e bem-estar, ela então passa a se autorregular com maior autonomia.

A autorregulação no contexto do consumo calórico se refere à habilidade da criança de comer ou não comer em resposta a sensações de fome ou saciedade (Frankel et al., 2012). Nesse caso, crianças com excesso de peso, quando comparadas com crianças de peso normal, tem mais dificuldade em autorregular seu comportamento alimentar (Carnell & Wardle, 2008); reforçando a hipótese de dificuldade no processo autorregulatório, como parte das causas de um comportamento alimentar inadequado (Francis & Susman, 2009; Frankel et al., 2012; Golan & Bachner-Melman, 2011).

Um estudo longitudinal com amostra composta por 244 crianças de nove anos, avaliou a exposição ao estresse crônico, a autorregulação e o IMC (Evans, Fuller-Rowell, & Doan, 2012). No referido estudo, o estresse crônico foi medido pela exposição a nove fatores de risco acumulados, distribuídos nos domínios de risco sociodemográfico, físico e psicossocial; a autorregulação foi avaliada pela habilidade da criança em atrasar gratificações; e o IMC, foi obtido pelas medidas de peso e altura. Quatro anos após o início do estudo, já aos 13 anos, os adolescentes tiveram novamente seu peso e IMC

calculados. Evans et al. (2012) encontraram relação entre a exposição ao estresse crônico na infância e o IMC, ambos mediados pelo comportamento de autorregulação; indicando que crianças expostas a maior estresse crônico aos nove anos de idade e com dificuldade no atraso de gratificações, ganharam mais peso após quatro anos (Evans et al., 2012)

Os pais têm papel fundamental no desenvolvimento da autorregulação nas crianças: eles modelam a expressão das emoções e comportamentos de seus filhos, entre eles, o comportamento de ingestão alimentar (Frankel et al., 2012). É por meio dos pais – que são provedores de modelo – que as crianças aprendem a expressar e controlar suas emoções. Os pais, ao demonstrarem sentimentos positivos ou negativos em situações adequadas para que tais sentimentos ocorram, servem de modelo para que as crianças aprendam quais emoções devem emitir em diferentes cenários (Frankel et al., 2012).

De modo mais específico, os pais também podem prover modelos de consumo alimentar para as crianças, os quais podem ser positivos ou negativos, por meio do seu próprio comportamento alimentar. Como exemplos de modelos positivos, podem ser referidos os casos de pais que durante as refeições ingerem os alimentos que gostariam que seu filho também comesse, e aqueles que, mesmo após serem questionados se aceitam mais uma porção do alimento, recusam e relatam estarem satisfeitos. Em contrapartida, pais que relatam estarem satisfeitos ou “cheios” após a refeição e, ainda assim, aceitam mais porções do alimento, podem fornecer modelo negativo de consumo alimentar (Frankel et al., 2012).

Para Jansen et al. (2003) é frequente a utilização de instruções pelos pais para que a criança coma toda a comida do prato antes de executar outra atividade. Esse comportamento não só diminui a possibilidade da criança se autorregular, eliminando a sensação de fome e saciedade, como também aumenta a ingestão calórica da criança (Frankel et al., 2012; Golan & Bachner-Melman, 2011; Jansen et al., 2003). Da mesma

forma, pais que exercem muito controle sobre o consumo alimentar das crianças podem privá-las das sensações de fome e saciedade, influenciando sua habilidade de autorregulação e impedindo que pistas fisiológicas contribuam nesse processo do desenvolvimento. Carnell e Wardle (2008) verificaram a relação entre IMC e dois traços do apetite: saciedade e resposta alimentar diante da sugestão de alimento. As respostas analisadas foram referentes a dois grupos, compostos por pais de crianças gêmeas entre oito e onze anos (grupo 1; n = 10364) e pais de crianças tendo entre três e cinco anos de idade (grupo 2; n = 572). Através de uma correlação entre o IMC e os dois traços de apetite, foi encontrado nas duas amostras de crianças com excesso de peso menor capacidade de resposta à saciedade (grupo 1, $p = -0,22$; grupo 2, $p = -0,19$) e uma maior resposta alimentar diante da sugestão de alimento (grupo 1, $p = 0,18$; grupo 2, $p = 0,18$). Os pesquisadores sugerem que ao longo do tempo, essas características podem contribuir para o aumento significativo do risco de obesidade por toda a vida (Carnell & Wardle, 2008).

Com base no exposto, processos autorregulatórios mal adaptativos exercem um papel no ganho de peso, juntamente com outros fatores ambientais, fisiológicos e comportamentais (Aparicio et al., 2016). Quando o desfecho desses fatores inclui o excesso de peso no adolescente, é possível que esta condição seja percebida como um estressor, desencadeando respostas de *coping* que permitirão o ajustamento psicológico às demandas relacionadas ao excesso de peso. Nesse contexto, a compreensão de variáveis psicológicas, como estressores e *coping*, é referida como necessária (juntamente com outras variáveis psicológicas e psicossociais), especialmente, para melhor adesão ao tratamento (Bellodi, 2018).

1.3 Estresse e *Coping* no contexto do excesso de peso

O estresse é um conjunto de reações que ocorre quando um organismo se depara com uma situação interna ou externa que demanda adaptação (Lipp, Arantes, Buriti, & Witzig, 2002). A habilidade de se adaptar ao estresse inclui formas de lidar com as emoções, regular o comportamento, controlar respostas involuntárias do organismo, de modo a alterar ou diminuir as fontes de estresse (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001).

Experiências estressoras, como doenças crônicas, são fontes de estresse para as crianças e adolescentes (Compas, Jaser, Dunn, & Rodriguez, 2012; Grant et al., 2003). Diante do diagnóstico de uma doença crônica, crianças e adolescentes passam por uma fase inicial de estresse agudo e, ao longo do tratamento prolongado, precisam lidar com uma gama de estressores relacionados à recuperação da saúde e chances de sobrevivência, por exemplo, aumentando a exposição ao estresse (Compas et al., 2012).

As respostas de *coping* se destacam como um processo importante, e atuam como mediadoras e moderadoras do impacto do estresse na vida atual de crianças e adolescentes, podendo também implicar em psicopatologia ou outros desfechos negativos ou positivos na vida futura das mesmas (Compas et al., 2001, 2012). O modo como crianças e adolescentes utilizam respostas de *coping* frente a um determinado estressor, pode ajudar a explicar como elas se adaptam e ajustam a essa situação (B. Compas et al., 2012).

Compas et al. (2001) definem *coping* como “esforços conscientes e volitivos para regular a emoção, a cognição, o comportamento, a fisiologia e o meio ambiente em resposta a eventos ou circunstâncias estressantes” (Compas et al., 2001, p. 89, tradução nossa). Uma resposta de *coping* é intencional e voluntária, desencadeada em resposta a um estressor, que é direcionado para eventos externos ou estados internos. O objetivo do

coping é a redução do estresse ou da aversividade do estressor (Compas et al., 2012). Respostas automáticas ao estresse são diferenciadas das respostas de *coping*; estas são de natureza controlada e intencional e refletem o que as crianças e adolescentes fazem com propósito de lidar e se adaptarem ao estresse (Compas et al., 2012).

O modelo de respostas ao estresse desenvolvido por Compas et al. (2001) é representado por duas principais dimensões, e por esse motivo, denominado modelo multidimensional do *coping*. A primeira dimensão do *coping* é definida pela diferenciação entre respostas voluntárias *versus* involuntárias. As respostas voluntárias se caracterizam por serem conscientes e intencionais, dirigidas para uma ação específica. As respostas involuntárias não são intencionais e incluem reações automáticas (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen, & Saltzman, 2000).

A segunda dimensão do *coping* é definida pelo comportamento de engajamento *versus* desengajamento, que tem sua origem no conceito de luta (engajamento) ou fuga (desengajamento). As respostas de engajamento são orientadas para o uso de estratégias dirigidas ao estressor, enquanto respostas de desengajamento são direcionadas para a evitação ou esquivas da utilização de estratégias (Compas et al., 2001; Connor-Smith et al., 2000).

Ainda dentro da estrutura proposta pelos autores, outras três dimensões de respostas de *coping* se diferenciam entre as seguintes categorias: (a) *coping* de controle primário, (b) *coping* de controle secundário e (c) *coping* desengajado. As estratégias de *coping* de controle primário alteram diretamente a fonte do estresse (uso da estratégia de resolução de problemas, por exemplo) ou a resposta emocional ao estressor (como a regulação emocional). O *coping* de controle secundário reúne estratégias de adaptação às situações de estresse (por exemplo, a aceitação e o pensamento positivo) (B. E. Compas et al., 2001; B. Compas et al., 2012; Connor-Smith et al., 2000). Por fim, entre as

dimensões propostas, o *coping* desengajado envolve a evitação ou distanciamento do indivíduo da fonte do estresse, seja através do distanciamento comportamental ou cognitivo ou pelo uso de estratégias como evitação e negação (Compas et al., 2001; Compas et al., 2012; Connor-Smith et al., 2000).

Na tentativa de integrar os construtos do *coping* e da regulação emocional, Compas et al. (2013) descreveram elementos de convergência e divergência entre ambos. A respeito desses construtos, o *coping* e a regulação emocional são considerados processos de regulação, que consistem na utilização de estratégias para alterar a intensidade ou o tipo de experiência emocional provocada pela emoção. Ambos os processos consideram que dispõem de esforços intencionais e controlados para o manejo da situação estressora ou emoção, ou seja, são processos orientados para as fontes de estresse ou emoções eliciadas, de forma a manejar essas reações. Porém, a regulação emocional também inclui processos automáticos, diferindo do *coping* , que limita suas respostas às de ordem volitiva. O *coping* e a regulação emocional também convergem no que tange a regulação da emoção em resposta a eventos ou circunstâncias estressoras, apesar da regulação emocional ser considerada um processo mais amplo, ocorrendo tanto em circunstâncias estressoras como não-estressoras. Nesse ponto, o *coping* acaba sendo um ponto de interseção na regulação emocional, por abarcar somente respostas a eventos estressores. Outro ponto em comum levantado por Compas et al. (2013) revela que o *coping* e a regulação emocional são processos temporais que se desdobram e podem mudar com o tempo, podendo ocorrer de forma antecipatória, visando a prevenir, amenizar ou modificar um evento estressor ou emoção.

Uma diferença destacada da regulação emocional em relação ao *coping* é que a primeira considera processos intrínsecos e extrínsecos, ou seja, a emoção pode ser regulada pelo próprio indivíduo ou por um fator externo, como um cuidador. No *coping* ,

o processo é sempre intrínseco, e mesmo que envolva algum fator extrínseco como suporte social, só pode ser realizado pelo indivíduo que vivencia o estresse (Compas et al., 2013).

Martyn-Nemeth, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedrich, & Bryant (2009) realizaram um estudo que examinou as relações entre autoestima, estresse, suporte social e *coping*, em uma amostra de adolescentes estudantes do ensino médio. Os resultados indicaram que 25% do total dos adolescentes da amostra usou a estratégia “eu tento esquecer o problema com comida” para lidar com problemas de cunho pessoal (26%), interesses românticos (26%), problemas com os pais (25%) e com a escola (22%). Além disso, foi encontrada correlação positiva entre o uso de comida como *coping* e maior percentil de IMC ($r = 0,26, p = 0,009$) (Martyn-Nemeth, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedrich, & Bryant, 2009).

Puhl & Luedicke (2012) analisaram as estratégias de *coping* utilizadas por adolescentes que sofreram *bullying* ou provocações, motivados pelo peso. Como variáveis investigadas, o estudo contemplou medidas de IMC e incidentes com *bullying* ou provocações relacionadas ao peso. Em relação aos incidentes com *bullying* foram coletados dados sobre o local onde os incidentes ocorreram, sobre as respostas afetivas (tristeza, raiva e indiferença, por exemplo) e sobre as estratégias de *coping*. Os resultados indicaram que em resposta aos incidentes com *bullying* ou provocações relacionadas ao peso, os adolescentes reportaram maior afeto negativo e maior uso de estratégias de *coping* evitativo (por exemplo, evitar atividade física) e o uso de estratégias mal adaptativas, envolvendo aumento no consumo de comida e compulsão alimentar (Puhl & Luedicke, 2012).

Um estudo de coorte realizado na Finlândia, com 6945 adolescentes de 16 anos, observou o comportamento alimentar relacionado ao estresse, medido por um

questionário contendo diferentes formas de *coping* ao estresse. Além disso, o questionário permitia o registro de IMC, de comportamentos não saudáveis como uso de álcool, cigarro, e do controle alimentar. Os resultados indicaram que adolescentes do sexo feminino apresentaram mais comportamento alimentar relacionado ao estresse e comportamentos não saudáveis para controle do peso, como o uso de tabaco e álcool (Jääskeläinen et al., 2014).

As estratégias de *coping* dos pais de crianças em tratamento do excesso de peso foram foco de investigação de Cunha (2017). O estudo verificou nas famílias uma maior frequência de estratégias adaptativas de *coping* como autoconfiança, resolução de problemas, busca de suporte e busca de informação, demonstrando as tentativas de solucionar os problemas enfrentados em relação ao excesso de peso dos filhos. A estratégia mal adaptativa de *coping* denominada oposição teve sua maior frequência de uso por famílias em maior risco psicossocial e demonstra a percepção do excesso de peso como ameaça à necessidade de autonomia familiar. No geral, mais estratégias adaptativas de *coping* foram mais utilizadas e com maior frequência do que estratégias mal adaptativas (Cunha, 2017). Estratégias adaptativas também tem sido encontradas entre adolescentes, conforme mostrou o estudo de Rose (2016), em estudo com adolescentes de peso normal e adolescentes com excesso de peso. As respostas de *coping* adaptativo foram utilizadas com maior frequência por ambos os grupos. A diferença encontrada foi em relação às dimensões utilizadas: o grupo com excesso de peso utilizou com maior frequência a dimensão “humor” e com menor frequência a dimensão “utilizar um suporte” e “religião” – dimensões utilizadas com maior frequência pelo grupo de peso normal (Rosa, 2016).

Goossens, Braet, Van Vlierberghe, & Mels (2009) analisaram a perda de controle ao comer em adolescentes com excesso de peso em tratamento médico e sem tratamento

médico, assim como as variáveis ansiedade, depressão e comer emocional. A amostra de adolescentes em tratamento médico apresentou maior peso (escore z , $m = 0,26$), maior comportamento de perda de controle ao comer (40%), assim como maiores escores de depressão ($p = 0,03$), quando comparada a amostra de adolescentes sem tratamento médico. A alimentação pode ser uma forma de *coping* para lidar com as emoções negativas em adolescentes com excesso de peso que apresentam sintomatologia de ansiedade ou depressão (Goossens, Braet, Van Vlierberghe, & Mels, 2009).

1.4 O problema de pesquisa e sua relevância

Apesar da prevalência da obesidade em crianças e adolescentes ter aumentado em todo mundo e ser considerada um problema de saúde pública global, ainda é uma questão muitas vezes menosprezada, visto que uma criança com sobrepeso ainda é, culturalmente, considerada saudável (World Health Organization [WHO], 2016). Ter uma infância ou adolescência com obesidade pode ser preditivo da obesidade na vida adulta, além dos riscos de desenvolvimento de doenças crônicas associadas (World Health Organization (WHO), 2016).

Estudos sobre o *coping* tem sido desenvolvidos no contexto de doenças crônicas como diabetes, anemia falciforme e câncer (Compas et al., 2012). Porém, estudos sobre *coping* e autorregulação no contexto do excesso de peso com adolescentes ainda são escassos, especialmente devido à falta de consenso sobre as estratégias de autorregulação que podem garantir uma alimentação saudável (Vet et al., 2014).

No contexto do excesso de peso, variáveis psicológicas como ansiedade, autoestima, depressão e comportamento alimentar em adolescentes com excesso de peso tem sido foco de algumas pesquisas (Erermis et al., 2004; Goossens et al., 2009). Outros

estudos tem investigado as estratégias de *coping* utilizadas pelos pais de crianças obesas (Cunha, 2017), e estratégias de *coping* utilizadas por crianças e adolescentes com excesso de peso, juntamente com outras variáveis, mais especificamente, o temperamento e o risco psicossocial (Bellodi, 2018).

A adolescência se configura como um período crítico do desenvolvimento representando grande maturação do ponto de vista psicológico (Dahl & Conway, 2009), corporal, fisiológico e social, além de maior autonomia, especialmente em relação as escolhas alimentares (Bauer & Chuisano, 2018). A ocorrência da obesidade nesse período do desenvolvimento pode representar maior fonte de estresse para os adolescentes, por ter que lidar com características de uma doença crônica, como a duração do tratamento, os cuidados e mudanças no estilo de vida, além de fatores psicológicos, como a baixa autoestima, e sociais, como a discriminação.

No Brasil, não foram encontrados estudos que investigam os aspectos relacionados a atitudes alimentares, autorregulação alimentar e *coping* em adolescentes com excesso de peso. Nesse contexto, entende-se que a compreensão das variáveis nessa população específica apresenta a relevância científica do estudo proposto. Propõe-se como hipótese do estudo que esses processos que compõem o contexto do adolescente com excesso de peso estejam relacionados. De modo mais específico, a autorregulação do comportamento alimentar e o *coping*, dada a perspectiva teórica que concebe este último como um processo autorregulatório no manejo de estressores (Compas et al., 2001). Propõe-se, ainda, que características pessoais dos adolescentes e de seus responsáveis também se relacionem com as atitudes, a autorregulação e o *coping* dos adolescentes, explicitando a complexidade do fenômeno. Por meio desse estudo, espera-se obter uma melhor compreensão sobre como se configuram as variáveis relacionadas as atitudes e autorregulação alimentar e o *coping*, em adolescentes com excesso de peso.

O presente estudo se mostra relevante no campo da Psicologia Pediátrica, contribuindo para ampliar o conhecimento por meio de uma perspectiva desenvolvimentista, sobre as estratégias de *coping* e autorregulação que os adolescentes utilizam para lidar com o excesso de peso. O resultado da pesquisa pode fornecer informações para subsidiar a prevenção, manejo e/ou tratamento do excesso de peso do adolescente, o que configura a relevância social deste estudo.

1.5 Objetivos

1.5.1 *Objetivo Geral*

Verificar se existe associação entre as atitudes alimentares, a autorregulação do comportamento alimentar e o *coping* em adolescentes com excesso de peso.

1.5.2 *Objetivos específicos*

- a) Descrever as características sociodemográficas, clínicas e do estilo de vida da amostra de adolescentes com excesso de peso e seus pais/responsáveis;
- b) Identificar os padrões de atitudes alimentares, de autorregulação alimentar, de estressores e de estratégias de *coping* de adolescentes com excesso de peso;
- c) Verificar se existem associações entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e do estilo de vida, e as variáveis de interesse do estudo (atitudes alimentares, autorregulação alimentar e *coping*).

2. Método

A presente pesquisa é quantitativa, utilizando o delineamento descritivo (Shaughnessy, Zechmeister, & Zechmeister, 2012). De acordo com as características do estudo, o desenho transversal foi utilizado por permitir que os pesquisadores descrevam a população pesquisada, comparando e correlacionando os dados obtidos, de forma a alcançar os objetivos da pesquisa (Shaughnessy et al., 2012).

2.1 Participantes

Participaram do estudo 14 adolescentes, com idade entre 11 e 17 anos (Média = 14,77), sendo 6 do sexo feminino, que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo, a saber: apresentar IMC equivalente à condição de sobrepeso (escore $z \geq +1$ e $< +2$) ou obesidade (escore $z \geq +2$); ter idade entre 11 e 17 anos, de modo a atender aos critérios normativos dos instrumentos a serem utilizados; e estar regularmente matriculado em uma instituição de ensino. O uso de medicamentos anorexígenos (sibutramina) ou inibidores de apetite (anfepromona, femproporex) para perda de peso; e a existência de transtornos do desenvolvimento ou neurológico capazes de limitar a compreensão ou preenchimento dos instrumentos propostos, foram considerados critérios de exclusão para a pesquisa. A Figura 1 apresenta o fluxograma, referente a composição da amostra.

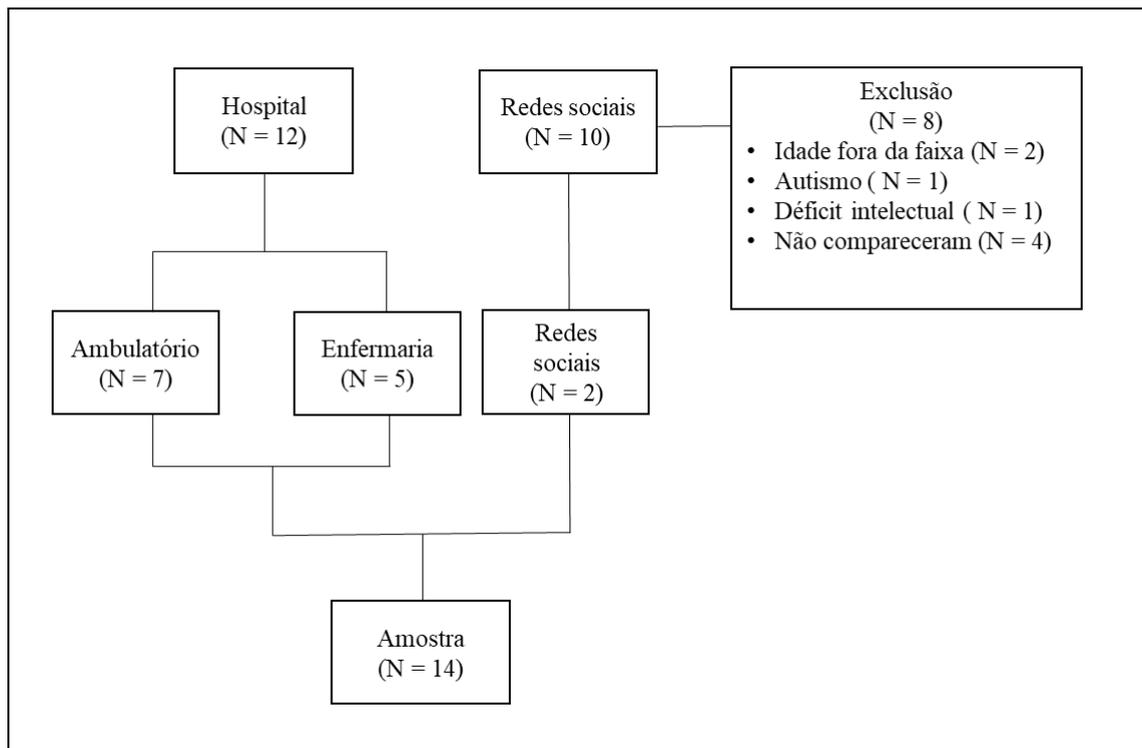


Figura 1. Fluxograma da composição da amostra.

2.2 Local de coleta de dados

Para a composição da amostra, foi realizada a divulgação da pesquisa em locais distintos, de modo a obter maior número de participantes. Parte da amostra foi composta por adolescentes recrutados no ambulatório e na enfermaria de pediatria de um hospital público, referência no atendimento à população de adolescentes, no município de Vitória, ES. A coleta de dados dos adolescentes recrutados no ambulatório aconteceu no próprio hospital, em uma sala cedida para a finalidade de coleta. Os adolescentes que estavam internados na enfermaria tiveram a coleta realizada no leito. O hospital é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e referência em média e alta complexidade no estado do Espírito Santo. Além disso, conta com profissionais hebiatras, ou seja, especializados nos cuidados do público adolescente (EBSERH, 2015).

A outra parte da amostra foi composta por adolescentes recrutados através de

redes sociais (*Facebook, WhatsApp e Instagram*). Após o contato inicial com o pai/responsável pelo adolescente, foi realizado o agendamento para coleta dos dados, que ocorreu em um consultório particular de Psicologia, cedido exclusivamente para a pesquisadora com a finalidade coleta de dados, localizado na cidade de Vitória, ES.

2.3 Instrumentos

Para a realização da pesquisa, foram utilizados instrumentos para mensurar as variáveis de interesse, a saber: atitude alimentar, autorregulação do comportamento alimentar e *coping*. Além disso, também foi utilizada uma ficha de caracterização do adolescente e de seus pais/responsáveis para obtenção de dados sociodemográficos, clínicos e do estilo de vida da amostra.

2.3.1 Ficha de caracterização do adolescente

Os dados de caracterização do adolescente foram divididos em três conjuntos de informações, a saber: (a) Dados sociodemográficos do adolescente, como idade, sexo, peso, altura e escolaridade; (b) dados clínicos relativos à realização de tratamento para excesso de peso, contemplando informações sobre comorbidades, tipo de acompanhamento para perda de peso (médico e/ou nutricionista e/ou psicólogo), tempo de tratamento, uso de medicamentos, entre outros dados; (c) dados do estilo de vida do adolescente, contemplando o tempo de uso de tela, rotinas alimentares, prática de atividade física, entre outros dados. Para este estudo, a ficha teve como objetivo realizar perguntas de modo que pudessem ser respondidas pelo próprio adolescente (APÊNDICE A – Ficha de caracterização do adolescente).

2.3.2 *Ficha de caracterização do responsável*

A Ficha de Caracterização do Responsável para Pesquisa foi respondida por um dos pais/responsáveis que acompanhou o adolescente no momento da pesquisa e contemplou (a) dados sociodemográficos, como idade, parentesco com o adolescente, peso, altura, e escolaridade; (b) dados clínicos sobre os antecedentes de saúde do adolescente, como histórico de excesso de peso na infância, aleitamento materno, complicações na gravidez, peso ao nascer e histórico de obesidade na família; (c) dados da rotina do responsável, como o tempo de uso de telas, rotinas alimentares e realização e atividade física (APÊNDICE B – Ficha de caracterização do responsável).

Os instrumentos que foram utilizados para avaliar o comportamento alimentar, autorregulação do comportamento alimentar e *coping* estão descritos a seguir.

2.3.3 *Escala de atitudes alimentares transtornadas (EAAT)*

Desenvolvida por Alvarenga, Scagliusi, & Philippi (2010) e validada para a população adolescente brasileira (Alvarenga, Koritar, Pinzon, Figueiredo, Fleitlich-Bilyk, Sonia, et al., 2016), com o objetivo de suprir uma demanda de avaliação de atitudes alimentares, com foco no relacionamento do indivíduo com a comida de modo geral, e não sendo exclusiva para a medida de transtornos alimentares.

A atitude alimentar é definida pelos autores do instrumento como “crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos e relacionamento para com os alimentos”. O instrumento é constituído por 25 itens, sendo os itens 1 e 12 avaliados por meio de escala de três pontos, com valores de um, três e cinco pontos; item 2 ao 11 avaliados por

meio de escala dicotômica com valores de um e cinco pontos; e item 13 ao 25 avaliados por meio de escala *Likert* de cinco pontos e distribuídos em cinco subescalas, a saber, *Relação para com o alimento*; *Preocupação com alimentação e ganho de peso*; *Práticas restritivas e compensatórias*; *Sentimentos em relação à alimentação*; e *Conceito de alimentação normal*.

A subescala *Relação para com o alimento* refere-se ao modo como os adolescentes lidam com a comida em termos de controle e recusa, além de sentimentos como vergonha, culpa e raiva, sendo que o escore pode variar de 12 a 60. A segunda subescala, *Preocupação com alimentação e ganho de peso*, descreve as preocupações em relação a calorias, ao controle da ingestão e pensamentos obsessivos sobre comida e ganho de peso, e os escores podem variar de 4 a 20. A terceira subescala se refere a *Práticas restritivas e compensatórias*, que está relacionado ao controle de grandes quantidades ou descontrole da ingestão alimentar, por meio de restrições calóricas e de alimentos, e a variação dos escores também é de 4 a 20. A quarta subescala, *Sentimentos em relação à alimentação*, avalia os sentimentos relacionados ao prazer e às memórias com alimentos, além da normalidade que é comer, com variação dos escores de 3 a 15. *Conceito de alimentação normal* é a última subescala e corresponde a conceitos e regras rígidas sobre nutrição, e os escores podem variar de 14 a 70.

O escore total possível varia de 37 a 190 e a correção é realizada pela soma da pontuação de todos os itens, sendo que escores mais altos representam atitude alimentar mais disfuncionais (APÊNDICE C - Escala de atitudes alimentares transtornadas (EAAT)). O estudo de validação da escala para adolescentes encontrou boa consistência interna (Alpha de Cronbach de 0,79), além de outros indicadores psicométricos (validade convergente e confiabilidade teste-reteste) favoráveis, sendo recomendada sua utilidade na avaliação de atitudes alimentares transtornadas nesta população (Alvarenga, Koritar,

Pinzon, Figueiredo, Fleitlich-Bilyk, Sonia, et al., 2016).

2.3.4 *Questionário de Autorregulação do Comportamento Alimentar (TESQ-E)*

Desenvolvido por Vet et al. (2014). Trata-se de um instrumento de medida da autorregulação frente ao comportamento alimentar, em crianças e adolescentes com idade entre 9 e 17 anos. O questionário é composto por 24 itens, que devem ser respondidos por meio de uma escala *Likert* de 5 pontos, onde “nunca” significa 1 ponto, e “sempre”, 5 pontos. O instrumento avalia a autorregulação do comportamento alimentar, e é dividido em três dimensões com seis estratégias de autorregulação.

Cada dimensão contempla duas estratégias, que são avaliadas por meio de quatro itens cada uma (Vet et al., 2014). A primeira dimensão, *Redução das tentações*, contempla as estratégias “Controle” e “Evitação” para lidar com o ambiente em que os alimentos estão disponíveis. A estratégia “Controle” visa controlar o ambiente de forma a tornar alimentos mais saudáveis mais disponíveis e os alimentos menos saudáveis, menos disponíveis. A estratégia “Evitação” tem por objetivo a esquiva de situações tentadoras que levem os adolescentes a comprar ou consumir alimentos não saudáveis.

A segunda dimensão, *Mudança do sentido atribuído às tentações*, aborda estratégias para mudar o significado das tentações. A estratégia “Distração” visa mudar a atenção de uma sugestão de comida tentadora para um objeto ou evento de distração; e a estratégia “Supressão”, refere-se a uma tentativa intencional de reduzir o impacto de alimentos tentadores sobre o pensamento, as emoções e os impulsos.

Por fim, a dimensão *Manutenção de objetivos de alimentação saudável*, que compreende estratégias para se alimentar de forma saudável, incluindo a “Definição de objetivos e regras”, que expressa a intenção, planos ou objetivos de se alimentar de forma

mais saudável e a “Reflexão sobre os objetivos”, com exercícios que ajudam a manter o foco no objetivo, como elaborar as consequências da falha ou do automonitoramento.

O desenvolvimento do instrumento envolveu a participação da população de adolescentes de diversos países da Europa, a saber: Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Holanda, Polônia, Portugal, Reino Unido e Romênia. O instrumento foi traduzido e validado para a população portuguesa (Gaspar, Tomé, Simões, & Matos, 2015). Para o presente estudo, foi realizada a adaptação linguística do instrumento para o português brasileiro. O estudo de validação português confirmou as qualidades psicométricas da versão original, apresentando boa consistência interna com Alpha de Cronbach de 0,806, 0,846 e 0,861, respectivamente, em cada uma das dimensões descritas anteriormente (Gaspar et al., 2015) (APÊNDICE D - Questionário de Autorregulação do Comportamento Alimentar (TESQ-E)).

2.3.5 Questionário de Resposta ao Estresse (RSQ)

Trata-se de um instrumento elaborado para uso com crianças e adolescentes, a partir dos nove anos de idade, com o objetivo de medir as respostas ao estresse e o *coping* frente a um evento ou domínio específico que é fonte de estresse, nesse caso, o excesso de peso. O instrumento foi desenvolvido por Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen, e Saltzman (2000), e para essa pesquisa, foi solicitada a adaptação do instrumento aos autores, já que não existia um questionário adaptado para o contexto do excesso de peso. Após a aprovação de adaptação, o RSQ (versão das crianças/adolescentes com diabetes) foi traduzido e também teve validação linguística aprovada pelos autores.

Com base no modelo multidimensional de respostas ao estresse, o instrumento foi

construído e validado utilizando respostas voluntárias de *coping* e respostas involuntárias ao estresse (Connor-Smith et al., 2000). No total, cinco fatores foram considerados na construção do questionário, sendo três deles em relação ao *coping*, a saber : (a) *Coping de Controle Primário*, que visa alterar a situação estressora ou a emoção desencadeada por ela; (b) *Coping de Controle Secundário*, que se refere a adaptação a situação estressora; e (c) *Desengajamento*, que busca se afastar do estressor de forma intencional, e inclui respostas de evitação. Os outros dois fatores se referem a respostas involuntárias ao estresse: (d) *Engajamento Involuntário*, que se diferencia por configurar respostas que vão na direção do estressor, ou que se aproximam dele; e (e) *Desengajamento Involuntário*, que se refere a respostas de estresse que se afastam do estressor.

O instrumento utiliza as 19 categorias de respostas, ou estratégias, que se relacionam aos fatores, sendo elas: (a) “Resolução de Problemas”, “Regulação Emocional” e “Expressão Emocional” (*Coping* de Controle Primário); (b) “Pensamento Positivo”, “Reestruturação Cognitiva”, “Aceitação” e “Distração” (*Coping* de Controle Secundário); (c) “Negação”, “Evitação” e “Pensamento Fantasioso” (Desengajamento); (d) “Ruminação”, “Pensamentos Intrusivos”, “Excitação Emocional”, “Excitação Fisiológica” e “Ação Involuntária (impulsiva)” (Engajamento Involuntário); (e) “Entorpecimento Emocional”, “Fuga”, “Paralização” e “Interferência Cognitiva” (Desengajamento Involuntário). Cada uma dessas estratégias foi avaliada por meio de 3 itens cada, totalizando 57 itens da escala. Além disso, o instrumento possui uma lista de 10 itens para avaliar com que intensidade os estressores relacionados ao excesso de peso incomodaram os adolescentes nos últimos 6 meses. Os maiores escores nessa lista indicam maiores níveis de estresse percebido. Perguntas descritivas sobre como as estratégias são utilizadas também compõem o questionário, auxiliando na compreensão de que determinada estratégia foi de fato empregada pelo respondente.

O instrumento foi elaborado de modo que o respondente indique a frequência e intensidade das respostas aos estressor, baseado em uma escala *Likert* de quatro pontos, sendo 1 correspondente a “Nunca” = 1 ponto e “Muito” = 4 pontos. O *RSQ* já foi traduzido para o português em diversos contextos, como anemia falciforme, na versão em que os pais são os respondentes (Caprini, 2016), e Diabetes Mellitus tipo 1, para o autorrelato do adolescente (Victório, Andrade, Silva, Machado, & Enumo, 2019) (APÊNDICE E – Questionário de Resposta ao Estresse (RSQ)). (APÊNDICE F – Autorização para adaptação e validação linguística do RSQ).

2.4 Coleta de dados

O presente projeto passou pela apreciação da Banca de Qualificação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFES), e na sequência foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCHN/UFES), que prevê a regulamentação de pesquisas realizadas com seres humanos, conforme resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2016). A pesquisa foi iniciada somente após o parecer favorável do CEP/CCHN/UFES, de nº 3.101.140.

Foi realizado um contato prévio inicial da pesquisadora com a equipe de saúde do Ambulatório e Enfermaria de Pediatria do hospital, para explicar o estudo. A pesquisa foi desenvolvida em uma única etapa e conduzida nas dependências do hospital, no setor ambulatorial e enfermaria. A coleta de dados de participantes provenientes da divulgação em rede social foi realizada em uma sala de consultório particular de Psicologia, especialmente cedido para fins de coleta de dados e também aconteceu em uma única etapa.

Para a realização da coleta de dados tanto no hospital como no consultório, a pesquisadora estabeleceu o *rapport* com o adolescente e responsável, com a finalidade de proporcionar um contexto agradável e de confiança para a obtenção dos dados. Na sequência, a pesquisadora explicou sobre a pesquisa e sanou eventuais dúvidas que o participante e responsável relataram sobre a mesma. A pesquisadora, então, convidou o adolescente e seu responsável para participarem da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável/Coleta hospital (APÊNDICE G) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido/Coleta hospital (APÊNDICE H) ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável/Coleta redes sociais e (APÊNDICE I) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido/Coleta redes sociais (APÊNDICE J), dependendo do local da coleta. Em seguida, o adolescente foi convidado a responder a Ficha de caracterização do participante para a pesquisa e os instrumentos, na seguinte ordem: *Escala de atitudes alimentares transtornadas (EAAT)*, *Questionário de Autorregulação do Comportamento Alimentar (TESQ-E)*, e *Questionário de Respostas ao Estresse – Excesso de peso (RSQ)*. Concomitante ao preenchimento da Ficha e instrumentos pelo adolescente, seu responsável foi convidado a preencher a Ficha de caracterização para a pesquisa com os dados que lhe foram atribuídos.

O procedimento adotado para a coleta de dados de participantes de redes sociais ocorreu seguindo as mesmas etapas descritas para os participantes recrutados no hospital. Em ambas as situações de coleta, os adolescentes responderam aos instrumentos da pesquisa na presença de seus pais/responsáveis.

2.5 Processamento e análise dos dados

2.5.1 *Análise estatística descritiva*

Os dados sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida dos adolescentes e de seus pais/responsáveis foram submetidos à análise estatística descritiva, por meio do cálculo de frequência, proporção, média e desvio-padrão. Os dados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos (EAAT, TESQ-E, e RSQ) foram processados e analisados conforme diretrizes estabelecidas em manuais e/ou orientações dos autores. Os dados também foram submetidos à análise estatística descritiva, por meio do cálculo das médias e desvios-padrões das respostas obtidas. As análises descritivas realizadas forneceram dados para as análises estatísticas inferenciais, descritas, a seguir.

2.5.2 *Análise estatística inferencial*

Para responder ao objetivo geral da pesquisa – investigar as *Atitudes Alimentares*, *Autorregulação do Comportamento Alimentar* e *Coping* em adolescentes com excesso de peso – foi aplicado o tratamento estatístico inferencial dos dados, com a verificação da diferença entre as médias obtidas a partir da análise estatística descritiva.

O tratamento estatístico inferencial também foi utilizado para verificar relações entre as variáveis de interesse do estudo, *Atitudes Alimentares*, *Autorregulação Alimentar*, e *Coping* e variáveis sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida dos adolescentes e de seus pais/responsáveis.

Os testes não paramétricos de Mann-Whitney e o de Kruskal-Wallis foram utilizados devido ao número pequeno de participantes e pelas variáveis não terem distribuição normal. Os testes analisaram as relações entre as variáveis dos instrumentos e variáveis sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida, que se dividiram entre

numéricas (escore z, Tempo de tela, IMC pai/responsável) e categóricas (Comorbidade, Prática de atividade física, Problema de peso na infância). Nesses testes, valores significativos correspondem a $p \leq 0,05$.

O teste utilizado para medir a correlação entre as variáveis dos instrumentos e variáveis numéricas como escore z, Tempo de tela, IMC do pai/responsável, que não tem distribuição normal, foi a Correlação de Spearman. Esse coeficiente pode variar de -1, que indica correlação negativa entre as duas variáveis (ou seja, quando uma cresce a outra decresce) a 1, indicando correlação positiva entre as duas variáveis. Para a apresentação dos resultados e discussão, foram consideradas as análises cuja interpretação foi moderada (com variação entre $r = 0,50$ a $0,70$, e $r = -0,50$ a $-0,70$), forte (entre $r = 0,70$ a $0,90$ e $r = -0,70$ a $-0,90$) e muito forte (entre $r = 0,90$ a $1,00$ e $r = -0,90$ a $-1,00$) (Shaughnessy et al., 2012).

2.6 Aspectos éticos, riscos e benefícios da pesquisa

O presente projeto de pesquisa previu o cumprimento de todos os aspectos éticos e legais baseados na resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil. Ministério da Saúde, 2016). Os adolescentes e responsáveis foram informados sobre as etapas da pesquisa e possibilidade de desistência da participação a qualquer momento, sem comprometimento da assistência recebida na instituição, para aqueles cuja coleta foi realizada no hospital, e tiveram garantia de sigilo assegurado para todos os participantes.

A presente pesquisa ofereceu risco mínimo aos participantes, considerando que os adolescentes poderiam se sentir cansados ou desconfortáveis ao longo da aplicação dos instrumentos ou mesmo pela temática abordada. O adolescente e seu responsável foram avisados sobre a possibilidade de interrupção ou suspensão da pesquisa, sem que

houvesse prejuízo algum para ambas as partes, caso sentissem qualquer desconforto ou incomodo com as perguntas ou devido ao cansaço em responder os questionários. Todavia, nenhum participante solicitou a interrupção ou suspensão da pesquisa.

Os adolescentes e seus pai/responsáveis puderam se beneficiar da participação da pesquisa, por meio da disponibilidade de um espaço de acolhimento para falar sobre suas dificuldades em lidar com o excesso de peso, e da promoção de autoconhecimento dos processos psicológicos envolvidos na temática investigada.

3. Resultados

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em três partes. A primeira parte é referente à caracterização da amostra e contempla os dados sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida dos adolescentes e de seus responsáveis. Os dados descritivos das variáveis de interesse, a saber: atitude alimentar, autorregulação alimentar e *coping* do excesso de peso, serão apresentados na segunda parte, concomitante à apresentação de suas relações com variáveis sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida. Na terceira e última parte serão expostos dados provenientes de análises de correlação entre as variáveis de interesse, concluindo a exposição dos dados obtidos na pesquisa.

3.1 Caracterização dos participantes

3.1.1 *Dados sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida dos adolescentes*

A Tabela 1 mostra que os adolescentes que participaram do estudo tinham média de idade igual a 14,77 anos (DP = 1,76), sendo que a maioria era do sexo masculino (57,1%). O escore z médio dos participantes foi de 2,58 (DP = 0,61), tendo variado entre 1,27 e 3,72, de modo que apenas um participante entrou na classificação de sobrepeso; os demais foram classificados como obesidade. Em relação à realização de tratamento para excesso de peso, 71,4% dos adolescentes faziam algum tipo de tratamento na ocasião do estudo, enquanto 28,6% não faziam tratamento específico para essa finalidade. A presença de comorbidades foi observada em 35,7% dos adolescentes, que apresentaram doenças relacionadas à obesidade, como pressão arterial elevada (60%), dislipidemia (40%), pré-diabetes (40%), esteatose hepática (20%) e dor articular no joelho (20%).

Tabela 1 *Dados de caracterização dos adolescentes (n = 14).*

Características dos adolescentes	Valores
Idade (anos)	
média (DP)	14,77 (1,76)
mín – max	11,58 - 17,75
Sexo - n (%)	
Feminino	6 (42,9)
Masculino	8 (57,1)
escore z	
média (DP)	2,58 (0,61)
mín – max	1,27 - 3,72
Tratamento para excesso de peso - n (%)	
Em tratamento	10 (71,4)
Sem tratamento	4 (28,6)
Comorbidades - n (%)	
Com comorbidades	5 (35,7)
Sem comorbidades	9 (64,3)
Atividade física - n (%)	
Ativo	9 (64,3)
Sedentário	5 (35,7)
Tempo de tela (horas)	
média (DP)	5,36 (2,92)
mín – max	2,00 - 12,00
Excesso peso desde a infância - n (%)	
Sim	8 (57,1)
Não	6 (42,9)

Nota. n – número de participantes; % - porcentagem; DP – desvio padrão; mín – valor mínimo; máx – valor máximo.

Em relação à realização de atividade física, 64,3% dos adolescentes se consideraram ativos, ou seja, praticam algum tipo de atividade física semanal. Sobre o excesso de peso, 57,1% dos adolescentes relataram apresentar esse problema desde a infância.

O tempo de tela foi estimado pelo uso diário de TV, computador, celular e videogame. A este respeito, os adolescentes referiram uma média de 5,36 (DP = 2,92) horas, sendo que o tempo mínimo de uso de telas foi de 2 horas e o tempo máximo, de 12

horas diárias.

3.1.2 Dados sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida dos responsáveis

Na Tabela 2 constam os dados de caracterização dos responsáveis pelos adolescentes. Todos eram do sexo feminino, sendo a maioria mães dos adolescentes (64,3%). Entre aqueles que foram constituídos como “outros” (37,5%), verificou-se que eram familiares: avó, tia e irmã. A escolaridade das responsáveis variou do ensino fundamental até o ensino superior, sendo que o ensino fundamental apresentou maior proporção (50%).

Tabela 2 *Dados de caracterização dos responsáveis pelos adolescentes (n = 14).*

Características dos responsáveis	Valores
Responsável - n (%)	
Mãe	9 (64,3)
Outros	5 (35,7)
Sexo - n (%)	
Feminino	14 (100)
*IMC	
média (DP)	28,86 (6,30)
mín – max	22,07 - 43,82
*Classificação IMC - n (%)	
Normal	4 (30,8)
Sobrepeso	6 (46,2)
Obesidade	3 (23,1)
Escolaridade - n (%)	
Ensino Fundamental	3 (21,4)
Ensino Médio	7 (50,0)
Ensino Superior	4 (28,6)
Atividade física - n (%)	
Ativo	5 (35,7)
Sedentário	9 (64,3)

Nota. n = número de participantes; % = porcentagem; DP = desvio padrão; mín = valor mínimo; máx = valor máximo. *N = 13, pois um dos responsáveis não soube informar.

Apenas uma responsável não soube informar seu peso e altura. Das que informaram, a média do IMC calculado foi de 28,86 (DP = 6,30). Em relação à classificação do IMC, destacou-se o percentual maior de responsáveis com sobrepeso (46,2%) e obesidade (23,1%). Sobre a prática de atividade física, 64,3% das responsáveis relataram ser sedentárias, não praticando nenhuma atividade física semanalmente.

3.2 Atitude alimentar, autorregulação alimentar e *coping* e de suas relações com características sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida

3.2.1 Atitude alimentar, obtidos por meio da Escala de atitudes alimentares transtornadas (EAAT), e de suas relações com características sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida

A Tabela 3 apresenta os dados descritivos da atitude alimentar, que fornece informações sobre como o adolescente se relaciona com a comida, e se divide em cinco subescalas, a saber: (a) *Relação para com o alimento*; (b) *Preocupação com alimentação e ganho de peso* (c) *Práticas restritivas e compensatórias*; (d) *Sentimentos em relação à alimentação*; e (e) *Conceito de alimentação normal*. Na EAAT, o escore varia de 37 a 190, sendo que escores mais altos representam piores crenças, pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados à comida. Para os adolescentes deste estudo, verificou-se que a média geral obtida no instrumento foi de 80,64 (DP = 12,36).

Tabela 3 *Medidas de posição e dispersão da atitude alimentar dos adolescentes, medidos pela EAAT (n = 14).*

Variáveis do instrumento	Média	DP	mín. - máx.
Atitude Alimentar	80,64	12,36	69 – 108
Relação para com o alimento	30,86	7,07	19 - 43
Preocupação com alimentação e ganho de peso	8,36	3,56	4 - 16
Práticas restritivas e compensatórias	8,00	3,51	4 – 16
Sentimentos em relação à alimentação	5,00	2,60	3 – 11
Conceito de alimentação normal	28,43	4,45	20 - 38

Nota. DP = desvio padrão; mín = valor mínimo; máx = valor máximo.

A análise por subescalas permitiu verificar que as médias maiores foram observadas em *Relação para com o alimento* (M = 30,86), seguido de *Conceito de alimentação normal* (M = 28,43), indicando a presença de crenças e comportamentos em relação com a comida piores nesses quesitos, com a presença de culpa, raiva e vergonha, além de regras rígidas sobre nutrição. De outro lado, os *Sentimentos em relação à alimentação* parecem não estar presentes de forma negativa para os adolescentes, uma vez que a subescala que avalia este aspecto apresentou a menor média (M = 5,00).

A partir das análises inferenciais, foram verificadas relações entre atitude alimentar e variáveis sociodemográficas, clínicas e do estilo de vida dos adolescentes, a saber; idade, escore z, tempo de tela e realização de atividade física (Tabela 4). Por meio do teste de Spearman, foi possível constatar uma associação positiva e moderada entre o domínio *Conceito de alimentação normal* ($r = 0,666$) e a idade.

O escore z, indicador de obesidade, apresentou correlação com o domínio *Relação para com o alimento* ($r = 0,583$), de modo que quanto maior o escore z do adolescente, maior é o escore da *Relação para com o alimento*. Também foram observadas associações entre o domínio *Preocupação com alimentação e ganho de peso* ($r = -0,724$) e o tempo de tela. Neste caso, a correlação foi negativa e forte, ou seja, quanto maior o tempo de tela utilizado pelos adolescentes, menor o escore da subescala *Preocupação com a*

alimentação e ganho de peso (Tabela 4).

Tabela 4 *Correlações entre atitude alimentar, idade, escore z e tempo de uso de tela dos adolescentes (n = 14).*

Variáveis do instrumento	Idade	Escore z	Tempo de tela
Atitude Alimentar	0,380	0,451	-0,183
Relação para com o alimento	0,480	*0,583	0,139
Preocupação com alimentação e ganho de peso	-0,069	0,148	*-0,724
Práticas restritivas e compensatórias	-0,027	-0,373	-0,407
Sentimentos em relação à alimentação	-0,123	0,190	-0,056
Conceito de alimentação normal	*0,666	-0,007	0,083

Nota. *Valores estatisticamente significativos: $r \geq 0,5$ ou $r \leq -0,5$.

A atitude alimentar se diferenciou significativamente em adolescentes que praticam atividade física e adolescentes que não praticam. Nesse caso, adolescentes praticantes de atividade física ($M = 9,33$), apresentaram maiores escores no domínio *Práticas restritivas e compensatórias*, do que aqueles que não praticam atividade física ($M = 5,60$, Tabela 5).

Tabela 5 *Comparação entre as médias de atitude alimentar de adolescentes que praticam atividade física e adolescentes que não praticam atividade física (n = 14).*

Variável	Atividade Física	Média	DP	mín	máx	p-valor
Práticas restritivas e compensatórias	Não	5,60	2,19	4,00	8,00	0,047
	Sim	9,33	3,46	4,00	16,00	

Nota. DP = desvio padrão; mín = valor mínimo; máx = valor máximo. Valores estatisticamente significativos: $p \leq 0,05$.

3.2.2 Dados descritivos da autorregulação alimentar, obtidos por meio do *Questionário de Autorregulação do Comportamento Alimentar (TESQ-E)*, e de suas relações com características sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida

Os dados referentes à autorregulação alimentar, avaliada pelo instrumento TESQ-

E, são apresentados na Tabela 6. A média total de respostas dos adolescentes para o instrumento foi de 54,43 (DP = 9,97). O mesmo instrumento avaliou três dimensões da autorregulação frente ao comportamento alimentar, a saber: *Redução das tentações*, *Mudança do sentido atribuído às tentações* e *Manutenção de objetivos de alimentação saudável*.

Tabela 6 *Medidas de posição e dispersão da autorregulação alimentar (escala total, dimensões e estratégias), medida pelo TESQ-E (n = 14).*

Autorregulação alimentar	Média	DP	mín - máx
Escala total	54,43	9,97	31 – 68
Redução das tentações	15,93	4,03	10 – 24
Evitação	7,36	2,59	4 – 12
Controle	8,57	2,87	4 – 12
Mudança do sentido atribuído às tentações	18,29	4,07	10 – 25
Distração	9,29	2,46	6 – 13
Supressão	9,00	2,29	4 – 12
Manutenção de objetivos de alimentação saudável	20,21	6,33	8 – 28
Definição de objetivos e regras	8,93	3,56	4 – 15
Reflexão sobre os objetivos	11,29	3,45	4 - 17

Nota. DP = desvio padrão; mín = valor mínimo; máx = valor máximo.

A dimensão *Redução das tentações* apresentou a menor média (M = 15,93; DP = 4,03), assim como as estratégias de autorregulação desta dimensão: “Evitação” e “Controle”. Dentre as duas estratégias, a menos referida foi a “Evitação” (M = 7,36; DP = 2,59), que representa a evitação das tentações alimentares, por exemplo, evitar o corredor dos doces no supermercado.

Em contrapartida, a dimensão *Manutenção de objetivos de alimentação saudável*, que inclui estratégias de autorregulação voltadas para a definição e reflexão sobre os objetivos de comer de forma saudável, teve a maior média (M = 20,21; DP = 6,33). Como exemplo da estratégia “Reflexão sobre os objetivos”, que apresentou maior média entre os adolescentes desse estudo (M = 11,29; DP = 3,45), está o item 09 da escala: “Se me

apetecer comer guloseimas, tento concentrar-me na ideia de que são prejudiciais à saúde”.

Análises inferenciais mostraram que a autorregulação alimentar apresentou relação com a idade dos adolescentes e o IMC dos responsáveis. Aplicando o teste de correlação de Spearman, verificou-se uma associação positiva e moderada da dimensão *Mudança do sentido atribuído às tentações* ($r = 0,595$) e a estratégia de autorregulação “Supressão” ($r = 0,696$), com a idade (Tabela 7).

Tabela 7 *Correlações entre autorregulação alimentar, idade do adolescente e IMC do responsável (n = 14).*

Autorregulação alimentar	Idade	IMC responsável
Escala total	0,310	*-0,538
Redução das tentações	0,325	-0,274
Evitação	0,250	-0,034
Controle	0,262	-0,275
Mudança do sentido atribuído às tentações	*0,595	*-0,535
Distração	0,367	*-0,605
Supressão	*0,696	-0,109
Manutenção de objetivos de alimentação saudável	-0,057	-0,311
Definição de objetivos e regras	-0,095	-0,230
Reflexão sobre os objetivos	0,042	-0,463

Nota. *Valores estatisticamente significativos: $r \geq 0,5$ ou $r \leq -0,5$.

Foram encontradas correlações negativas entre o IMC dos responsáveis e os componentes da escala de autorregulação alimentar, a saber, escore total da escala de *autorregulação alimentar* ($r = -0,538$), dimensão *Mudança do sentido atribuído às tentações* ($r = -0,535$) e estratégia de autorregulação “Distração” ($r = -0,605$).

A autorregulação alimentar também se diferenciou entre os adolescentes, no que diz respeito à prática de atividade física. Nessa direção, verificou-se que a dimensão *Manutenção de objetivos de alimentação saudável* ($p = 0,011$) e a estratégia de

autorregulação alimentar “Definição de objetivos e regras” ($p = 0,032$) alcançaram escores maiores no grupo de adolescentes que praticam atividade física (Tabela 8).

Tabela 8 *Comparação entre as médias de autorregulação de adolescentes que praticam atividade física e adolescentes que não praticam atividade física (n = 14).*

Variável	Atividade Física	M	DP	Mín	Máx	p-valor
Manutenção de objetivos de alimentação saudável	Não	15,00	5,39	8,00	20,00	*0,011
	Sim	23,11	4,91	12,00	28,00	
Definição de objetivos e regras	Não	6,20	2,28	4,00	9,00	*0,032
	Sim	10,44	3,28	4,00	15,00	

Nota. *Valores significativos estatisticamente: $p \leq 0,05$.

5.2.3 *Dados descritivos de estressores e coping, obtidos por meio do Questionário de Respostas ao Estresse – excesso de peso (RSQ), e de suas relações com características sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida*

Os dados obtidos a partir do RSQ permitiram conhecer os eventos estressores referidos pelos adolescentes em relação ao excesso de peso, bem como as estratégias de *coping* e respostas ao estresse. Em relação aos eventos estressores, a Tabela 9 apresenta os estressores relacionados ao excesso de peso, que se referem a situações cotidianas dos adolescentes, ao tratamento (se existente), e as incertezas da doença.

Para os adolescentes desse estudo, o evento que apresentou maior média foi o *Preocupar-se com o que vestir* ($M = 2,64$), e o evento com menor média foi *Faltar na escola por sofrer bulliyng* ($M = 1,43$). A média total dos adolescentes no RSQ foi de 2,11 ($DP = 0,65$).

Tabela 9 *Medidas de dispersão dos eventos estressores, medidos pelo RSQ (n = 14).*

Eventos estressores relacionados ao excesso de peso	Nunca n (%)	Pouco n (%)	Bastante n (%)	Muito n (%)	Média (DP)
Sentir-se diferente das outras crianças.	5 (35,7)	4 (28,6)	2 (14,3)	3 (21,4)	2,21 (1,19)
Lidar com os cuidados do sobrepeso/obesidade (ex.: prestar atenção nos alimentos que eu como, na quantidade que eu como).	3 (21,4)	6 (42,9)	4 (28,6)	1 (7,1)	2,21 (0,89)
Sentir-se culpado ou chateado por "números ruins" (por exemplo, não perder peso ou ganhar peso).	4 (28,6)	4 (28,6)	2 (14,3)	4 (28,6)	2,43 (1,22)
Ter que ir a consultas médicas com frequência.	5 (35,7)	1 (7,1)	6 (42,9)	2 (14,3)	2,36 (1,15)
Outras pessoas perguntando sobre o meu peso.	5 (35,7)	3 (21,4)	2 (14,3)	4 (28,6)	2,36 (1,28)
Meus pais me aborrecendo para eu cuidar de mim mesmo.	4 (28,6)	3 (21,4)	5 (35,7)	2 (14,3)	2,36 (1,08)
Faltar na escola por sofrer <i>bullying</i> .	12 (85,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (14,3)	1,43 (1,09)
Ver a minha família se preocupar comigo.	6 (42,9)	3 (21,4)	4 (28,6)	1 (7,1)	2,00 (1,04)
Não entender o que os médicos ou profissionais da saúde falam sobre o meu excesso de peso/obesidade.	5 (35,7)	5 (35,7)	0 (0,0)	4 (28,6)	2,21 (1,25)
Preocupar-se com o que vestir.	5 (35,7)	2 (14,3)	0 (0,0)	7 (50,0)	2,64 (1,45)
Média dos estressores					2,11 (0,65)

Nota. n = número de participantes; % = porcentagem; DP = desvio padrão.

A Tabela 10 exibe os resultados do *coping*, também obtidos por meio do Questionário de Respostas ao Estresse (RSQ). O RSQ avaliou os três fatores do *coping*: *Engajamento por Coping de Controle Primário*, *Engajamento por Coping de Controle Secundário* e *Desengajamento*; assim como os dois fatores de respostas involuntárias ao estresse: *Engajamento Involuntário* e *Desengajamento Involuntário*.

Tabela 10 *Média das variáveis do coping: fatores do coping, resposta ao estresse e estratégias de coping, medidas pelo RSQ (n = 14).*

Variáveis	Média (DP)
Engajamento por <i>Coping</i> de Controle Primário	0,16 (0,03)
Solução de problemas	0,05 (0,02)
Regulação emocional	0,05 (0,01)
Expressão emocional	0,06 (0,02)
Engajamento por <i>Coping</i> de Controle Secundário	0,25 (0,07)
Pensamento positivo	0,06 (0,01)
Reestruturação cognitiva	0,05 (0,02)
Aceitação	0,07 (0,03)
Distração	0,06 (0,02)
Desengajamento	0,16 (0,02)
Negação	0,05 (0,02)
Evitação	0,05 (0,01)
Pensamento fantasioso	0,06 (0,01)
Respostas ao estresse	
Engajamento Involuntário	0,24 (0,06)
Ruminação	0,05 (0,02)
Pensamentos intrusivos	0,05 (0,01)
Excitação emocional	0,05 (0,01)
Excitação fisiológica	0,04 (0,01)
Ação involuntária (impulsiva)	0,05 (0,01)
Desengajamento Involuntário	0,18 (0,04)
Entorpecimento emocional	0,05 (0,01)
Fuga	0,04 (0,01)
Paralisação	0,04 (0,01)
Interferência cognitiva	0,05 (0,01)

Nota. DP = desvio padrão.

O fator *Engajamento por Coping de Controle Secundário*, que reflete o uso de estratégias de adaptação ao estressor, foi o mais referido pelos adolescentes, com média igual a 0,25 (DP = 0,07). Sobre as respostas involuntárias ao estresse, o fator *Engajamento Involuntário* apresentou maior média (M = 0,24; DP = 0,06). As menores médias foram

observadas nos fatores *Engajamento por Coping de Controle Primário*, com média igual a 0,16 (DP = 0,03) e *Desengajamento*, também com média igual a 0,16 (DP = 0,02).

Em relação às estratégias, a “Aceitação” foi a mais referida pelos adolescentes (M = 0,07; DP = 0,03), seguida de mais quatro estratégias que obtiveram média de 0,06, a saber; “Expressão emocional” (DP = 0,02), “Pensamento positivo” (DP = 0,01), “Distração” (DP = 0,02) e “Pensamento fantasioso” (DP = 0,01). As estratégias de *coping* com menores médias foram “Excitação fisiológica” (DP = 0,01), “Fuga” (DP = 0,01) e “Paralização” (DP = 0,01), todas com média igual a 0,04.

No que diz respeito às análises de correlação, obtidas por meio do teste de Spearman, verificou-se que o RSQ se relacionou com a idade e a escolaridade dos adolescentes com excesso de peso. Especificamente, o fator Engajamento por *Coping* de Controle Secundário ($r = -0,657$) apresentou correlação negativa e moderada com a idade (Tabela 11).

Em relação às respostas de estresse, *Engajamento Involuntário* ($r = 0,666$) e *Desengajamento Involuntário* ($r = 0,622$) apresentaram correlação positiva e moderada com a idade. O *Engajamento Involuntário* ($r = 0,574$) também apresentou correlação positiva e moderada com a escolaridade. Isso indica que quanto maior a idade do adolescente e o seu nível de escolaridade, mais respostas involuntárias de estresse, como “ruminação” e “entorpecimento emocional”, são observadas. A *Média de estressores* ($r = 0,543$) relacionados ao excesso de peso também se correlacionou positiva e moderadamente com a idade.

Tabela 11 *Correlações entre o coping (RSQ) e a idade e escolaridade dos adolescentes (n = 14).*

Variáveis	Idade	Escolaridade
Engajamento por <i>Coping</i> de Controle Primário	-0,486	-0,333
Engajamento por <i>Coping</i> de Controle Secundário	*-0,657	-0,473
Desengajamento	-0,191	-0,324
Engajamento Involuntário	*0,666	*0,574
Desengajamento Involuntário	*0,622	0,438
Média dos Estressores	*0,543	0,357

Nota. *Valores estatisticamente significativos: $r \geq 0,5$ ou $r \leq -0,5$.

O *coping*, medido pelo RSQ, se diferenciou entre os adolescentes com excesso de peso em relação à prática de atividade física, histórico de excesso de peso na infância, e escolaridade dos responsáveis (Tabela 12). O *coping* de *Desengajamento* ($p = 0,012$) apresentou escores maiores nos adolescentes que praticam atividade física.

Tabela 12 *Comparação entre as médias de coping (RSQ) de adolescentes que praticam atividade física e adolescentes que não praticam, que tiveram problemas com peso e aqueles que não tiveram e entre diferentes níveis de escolaridade dos responsáveis (n = 14).*

Fator	Atividade Física	Média	DP	mín	máx	p-valor
Desengajamento	Sedentário	0,14	0,02	0,12	0,16	*0,012
	Ativo	0,17	0,01	0,15	0,19	
Fator	Problema com o peso na infância	Média	DP	mín	máx	p-valor
Engajamento por <i>Coping</i> de Controle Primário	Não	0,18	0,02	0,16	0,21	*0,014
	Sim	0,15	0,02	0,12	0,19	
Desengajamento Involuntário	Não	0,16	0,03	0,12	0,22	*0,039
	Sim	0,20	0,04	0,12	0,24	
Fator	Escolaridade dos pais	Média	DP	mín	máx	p-valor
Engajamento por <i>Coping</i> de Controle Secundário	F	0,25	0,04	0,20	0,29	*0,013
	M	0,20	0,05	0,13	0,28	
	S	0,32	0,03	0,29	0,36	
Engajamento Involuntário	F	0,23	0,04	0,20	0,27	*0,025
	M	0,28	0,05	0,21	0,34	
	S	0,19	0,03	0,16	0,21	

Nota. DP = desvio padrão; mín = valor mínimo; máx = valor máximo. F = Fundamental; M = Médio; S = Superior. *Valores significativos estatisticamente: $p \leq 0,05$.

Em relação aos adolescentes que tiveram problemas com o peso na infância, verifica-se que o *Engajamento por Coping de Controle Primário* ($p = 0,014$) foi maior naqueles que não apresentaram o problema. Em contrapartida, adolescentes que apresentaram problemas com o peso desde a infância tiveram maior *Desengajamento Involuntário* ($p = 0,039$).

Quando se analisam os fatores do *coping* relacionados com a escolaridade dos responsáveis, o *Engajamento por Coping de Controle Secundário* ($p = 0,013$) se diferenciou, apresentando escore maior entre aqueles cujos responsáveis tinham curso superior. Já o *Engajamento Involuntário* ($p = 0,025$) foi maior entre os responsáveis que tinham cursado o ensino médio.

3.3 Correlações entre a atitude alimentar, a autorregulação alimentar e o *coping*

Os dados obtidos a partir do teste de correlação de Spearman para amostras não paramétricas, indicaram correlações entre as variáveis de interesse do estudo, a saber: atitude alimentar, autorregulação alimentar e *coping* (Tabela 13). Inicialmente, são descritas as relações entre atitude alimentar e autorregulação alimentar e, em seguida, são descritas as relações dessas variáveis com o *coping* do excesso de peso.

Os dados totais da *Atitude alimentar* ($r = 0,606$) e aqueles referentes as subescalas *Relação para com o alimento* ($r = 0,638$) e *Conceito de alimentação normal* ($r = 0,760$) se correlacionaram positivamente com a estratégia “Supressão”, indicando que o maior uso desta estratégia está relacionado a atitudes alimentares mais negativas, ou transtornadas.

Ainda em relação às atitudes alimentares, verificou-se que o domínio *Práticas*

restritivas e compensatórias apresentou correlação positiva com a dimensão *Manutenção de objetivos de alimentação saudável* ($r = 0,561$) e com a estratégia “Definição de objetivos e regras” ($r = 0,634$), pertencentes à escala de autorregulação alimentar. Isso significa que quanto mais os adolescentes utilizaram estratégias para lidar com objetivos de alimentação saudável, mais eles apresentaram práticas alimentares restritivas e compensatórias.

Por fim, a subescala *Conceito de alimentação normal* se correlacionou positivamente e moderadamente com a dimensão *Redução das tentações* ($r = 0,553$) indicando que adolescentes que tem conceitos e crenças rígidas sobre a alimentação usam de estratégias que tentam controlar, evitar e suprimir as tentações alimentares.

Tabela 13 Correlações entre a atitude alimentar, a autorregulação alimentar e o coping de adolescentes com excesso de peso ($n = 14$).

	At2	At3	At4	At5	At6	Au1	Au2	Au3	Au4	Au5	Au6	Au7	Au8	Au9	Au10	Pr	Sec	De	EI	DI	Est	
At1												0,606									0,582	
At2												0,638				-0,734	-0,632		0,592	0,840	0,557	
At3																						
At4													0,561	0,634								-0,550
At5																						
At6							0,553					0,760				-0,543	-0,684		0,603	0,755	0,506	
Au1																						
Au2																						
Au3																					0,557	
Au4																						
Au5																						0,537
Au6																						
Au7																-0,530	-0,568		0,519	0,691	0,595	
Au8																						
Au9																						
Au10																						
Pr																						
Sec																						
De																						
EI																						
DI																						

Nota. Valores estatisticamente significativos: $r \geq 0,5$ ou $r \leq -0,5$, em negrito. At1 = Atitude Alimentar; At2 = Relação para com o alimento; At3 = Preocupação com alimentação e ganho de peso; At4 = Práticas restritivas e compensatórias; At5 = Sentimentos em relação à alimentação; At6 = Conceito de alimentação normal; Au1 = Autorregulação alimentar; Au2 = Redução das tentações; Au3 = Evitação; Au4 = Controle; Au5 = Mudança do sentido atribuído às tentações; Au6 = Distração; Au7 = Supressão; Au8 = Manutenção de objetivos de alimentação saudável; Au9 = Definição de objetivos e regras; Au10 = Reflexão sobre os objetivos; Pr = Engajamento por *Coping* de Controle Primário; Sec = Engajamento por *Coping* de Controle Secundário; De = Desengajamento; EI = Engajamento Involuntário; DI = Desengajamento Involuntário; Est = Média dos Estressores.

Verificou-se que características das atitudes alimentares se associaram com fatores do RSQ, quando o *Desengajamento Involuntário* apresentou correlação positiva e moderada com a escala total de atitude alimentar ($r = 0,582$), indicando que quanto mais transtornadas as atitudes alimentares dos adolescentes, mais respostas de estresse orientadas para longe do estressor eles irão emitir.

O domínio *Relação para com o alimento* foi correlacionado negativamente e fortemente com *Engajamento por Coping de Controle Primário* ($r = -0,734$) e negativamente e moderadamente com *Engajamento por Coping de Controle Secundário* ($r = -0,632$). Esses dados indicam que a maneira com que os adolescentes lidam com a comida, de forma a recusar alimentos e com sentimento de culpa, raiva e desejo, está associada ao menor uso de estratégias adaptativas de *coping*.

O domínio *Relação para com o alimento* apresentou correlação, desta vez positiva e moderada, com *Engajamento Involuntário* ($r = 0,519$) e com a média dos estressores ($r = 0,557$); além de ter correlacionado positivamente e fortemente com *Desengajamento Involuntário* ($r = 0,840$). Essa correlação positiva indica que o relacionamento proibitivo e com sentimentos negativos sobre a alimentação tem relação com o aumento de respostas involuntária ao estresse.

O domínio *Práticas restritivas e compensatórias* apresentou correlação negativa e moderada com a *Média de estressores* ($r = -0,550$). Esse dado indica que quanto maior o uso dessas práticas, menor a percepção de fontes de estresse, medida pelo eventos estressores listados no RSQ.

O domínio *Conceito de alimentação normal* se comporta de forma similar, se correlacionando negativamente e moderadamente com o *Engajamento por Coping de Controle Primário* ($r = -0,543$) e com o *Engajamento por Coping de Controle Secundário* ($r = -0,684$) e, também, positivamente e moderadamente com *Engajamento Involuntário* (r

= 0,603), com a média dos estressores ($r = 0,506$), e fortemente com *Desengajamento Involuntário* ($r = 0,755$). Esses dados indicam que adolescentes com crenças e conceitos rígidos sobre a alimentação apresentam menor uso de respostas adaptativas de *coping* para lidar com o excesso de peso, e mais respostas involuntárias ao estresse, relacionadas a um pior ajuste face a esse estressor.

Estratégias de autorregulação alimentar também se associaram ao *coping* do excesso de peso. A estratégia “Evitação”, relacionada a evitar o corredor dos doces no supermercado, por exemplo, apresentou correlação positiva com *Desengajamento Involuntário* ($r = 0,557$), indicando que o uso dessa estratégia pelos adolescentes está relacionado ao aumento de respostas involuntárias ao estresse.

A dimensão *Mudança do sentido atribuído às tentações* apresentou relação positiva e moderada com *Média dos estressores* ($r = 0,537$). Isso indica que o maior uso de estratégias para lidar com o objetivo de comer de forma saudável apresenta maior fonte de estresse, relacionado aos eventos estressores identificados.

A estratégia de autorregulação alimentar “Supressão” se relacionou negativamente e moderadamente com *Engajamento por Coping de Controle Primário* ($r = -0,530$) e com *Engajamento por Coping de Controle Secundário* ($r = -0,568$). O dado sugere que quando a estratégia de “Supressão” é utilizada, menor a emissão de respostas adaptativas do *coping*. Ao mesmo tempo, verifica-se que mais respostas de estresse são desencadeadas, pois a estratégia “Supressão” se correlacionou positivamente com *Engajamento Involuntário* ($r = 0,519$), *Desengajamento Involuntário* ($r = 0,691$) e com a média dos estressores ($r = 0,595$).

4. Discussão

O presente estudo buscou investigar as relações entre as atitudes alimentares, a autorregulação do comportamento alimentar e o *coping* em adolescentes com excesso de peso, bem como as relações entre esses processos e características pessoais dos adolescentes e de seus responsáveis. Os achados confirmaram as hipóteses que previam a existência de relações significativas entre essas variáveis, e a discussão que se segue buscará compreender tais relações à luz da literatura e da proposição de explicações que se apoiam em aspectos teóricos das variáveis estudadas. Ressalta-se, ainda, a importância dos fatores sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida dos adolescentes e de seus responsáveis, pois também demonstraram ter relação com as principais variáveis analisadas.

Alguns estudos já investigaram o *coping* em adolescentes com excesso de peso (Bellodi, 2018; Rosa, 2016), porém com instrumentos diferentes, que avaliam o *coping* frente a estressores gerais da vida ou em relação a amplas categorias de estressores relacionados ao excesso de peso, como estressores sociais, adesão ao tratamento e relacionamento com pais ou responsáveis. Também já foi investigado o uso do *coping* pelos responsáveis de adolescentes com excesso de peso (Cunha, 2017), fornecendo outra perspectiva para o entendimento do *coping* nesse mesmo contexto.

Neste estudo, o instrumento utilizado para a medida do *coping* foi o RSQ, que é amplamente utilizado em crianças e adolescentes em diversos contextos de doenças crônicas e condições médicas, como diabetes, câncer e dor crônica (Compas, Jaser, Dunn, & Rodriguez, 2012). Entretanto, essa é a primeira vez que o instrumento RSQ foi adaptado e utilizado para o contexto do excesso de peso em adolescentes, abordando eventos e circunstâncias estressoras específicas para essa população.

Os resultados deste estudo destacam a interface entre a psicologia e a nutrição, uma

vez que as práticas alimentares são afetadas por aspectos psicológicos e podem se constituir como fator de risco para a obesidade (Birch & Fisher, 1998; Kral, 2018). Essa relação pode ser observada, especialmente, no período da adolescência, fase que demanda maior autonomia no planejamento e escolhas alimentares, assim como o aumento da capacidade de decidir o que e quanto comer (Bauer & Chuisano, 2018).

Dirigindo a análise para os achados do estudo, verificou-se que na amostra de adolescentes, a comorbidade mais presente foi a hipertensão arterial. A presença de comorbidades, como hipertensão, é mais alta em adolescentes obesos do que em adolescentes com sobrepeso ou eutrófico (Bloch et al., 2016; Dietz, 1998) e, também, preditora de problemas como pressão arterial na vida adulta. A maior obesidade em adolescentes aumenta os riscos de complicações relacionadas ao excesso de peso, como comorbidades, na vida adulta.

A variável relacionada ao estilo de vida que se mostrou relevante na compreensão de aspectos psicológicos dos adolescentes com excesso de peso nesse estudo foi a prática de atividade física, que apresentou relação com as *Práticas restritivas e compensatórias*, medidas pelo instrumento de atitude alimentar. Tal resultado corrobora achados da literatura que mostram que a prática de atividade física em excesso por adolescentes com transtornos alimentares é considerada um comportamento compensatório, por ser uma atitude pouco saudável e disfuncional para perder ou controlar o peso (Alvarenga, Koritar, Pinzon, Figueiredo, Fleitlich-Bilyk, Philippi, et al., 2016), podendo explicar a associação encontrada nesse estudo.

Desse modo, adolescentes que referiram a prática de atividade física apresentaram mais tentativas de compensação e restrição alimentar. De modo geral, a prática de atividade física é consolidada como um pilar para o tratamento da obesidade (World Health Organization (WHO), 2004), além de considerada pelos adolescentes como prática

promotora de saúde e de corpos atrativos (Sundar, Løndal, Lagerløv, Glavin & Helseth, 2018).

Compreendendo essa relação juntamente com o achado que mostrou associação entre a prática de atividade física e a autorregulação do comportamento alimentar (dimensão *Manutenção de objetivos de alimentação saudável* e estratégia “Definição de objetivos e regras”), verifica-se que para os adolescentes do estudo, além de uma compensação, a atividade física pode compor um conjunto de comportamentos relacionados à estratégia de autorregulação relacionada ao estabelecimento de objetivos, entre os quais pode estar o engajamento em atividade física. Esses achados, aparentemente contraditórios, podem explicitar a característica processual do manejo do excesso de peso.

A prática de atividade física pelos adolescentes também se relacionou ao fator do *coping Desengajamento*, tendo o seu uso associado a suprimir ou evitar pensamentos e emoções indesejados, resultando em pior ajuste face a estressores (Connor-Smith et al., 2000). Em relação as relações encontradas, podemos verificar que os adolescentes tentam estabelecer objetivos saudáveis, o que incluiria atividade física. Eles parecem não mudar os hábitos alimentares, continuando a se alimentarem de forma inadequada, porém utilizando a prática de atividade física como compensação. Diante do fracasso da tentativa de compensação, utilizam estratégias de desengajamento.

O tempo médio de uso de tela pelos adolescentes foi de 5,36 horas, mais do que o dobro da recomendação feita por entidades de Pediatria no Brasil e no mundo, que é de 2 horas diárias (SPB, 2016; Strasburger et al., 2011). De fato, o aumento do uso de tempo de tela por crianças e adolescentes tem sido investigado desde a década de 1980 e tem se relacionado ao maior risco para obesidade nessa população. Isso ocorre porque o tempo de tela está associado ao aumento da ingestão energética, devido à alimentação realizada enquanto se faz o uso de mídias, aos anúncios de publicidade de *fast foods* veiculados nas

mídias e, também, às alterações na quantidade de sono nessa população (Miller, Dawson, & Welker, 2017; Robinson et al., 2017).

Não somente o uso excessivo do tempo de tela se destacou, mas também a relação que esta variável mostrou ter com atitudes alimentares transtornadas. Mais precisamente, está se falando da relação negativa entre o tempo de tela e a dimensão da escala de atitude alimentar *Preocupação com alimentação e ganho de peso*. Esse achado pode ser explicado pelo fato de que o efeito da exposição a telas está relacionado a maior distração e dificuldade de percepção de saciedade, contribuindo para o menor controle da ingestão alimentar (Robinson et al., 2017), e para a menor preocupação dos adolescentes sobre o que está sendo ingerido. Apesar dos escores mais altos no EAAT representarem atitudes disfuncionais, os escores baixos, representando a ausência de preocupação com a alimentação e ganho de peso, em adolescentes com obesidade, pode ser um agravante para a manutenção da doença.

As características dos adolescentes, relacionadas ao histórico de excesso de peso, se destacaram no estudo, uma vez que mais da metade da amostra dos adolescentes (57,1%) relatou excesso de peso desde a infância. Este dado é relevante, uma vez que representa maior risco de permanecer obeso na vida adulta (Whitaker et al., 1997).

Adolescentes com histórico de problemas de peso na infância referiram mais respostas involuntárias ao estresse, e os que não apresentaram problemas de peso na infância, referiram mais respostas de *coping* de controle primário. O *coping* de controle primário envolve estratégias que são mais adaptativas e que tem a intenção de alterar diretamente a fonte do estresse ou a reação emocional frente ao estressor (Compas et al., 2012). Uma possível explicação para maiores respostas de estresse em adolescentes que apresentam excesso de peso desde a infância é pelo fato delas lidarem com o estresse de ter uma doença crônica há mais tempo, sendo expostos a estressores físicos e psicológicos por um período maior (Compas et al., 2012) do que os adolescentes cujo diagnóstico de obesidade é mais

recente. A literatura aponta que a exposição contínua às condições de estresse pode desencadear processos involuntários (Compas, Connor, Osowiecki, & Welch, 1997), corroborando o resultado encontrado no presente estudo em que adolescentes que apresentam excesso de peso desde a infância apresentam mais respostas involuntárias de estresse do que aqueles que apresentaram excesso de peso já na adolescência.

Em relação aos pais/responsáveis, 46,2% tinha sobrepeso e 23,1% obesidade, indicando a presença de um fator de risco, já que a obesidade dos pais representa o dobro de risco para o desenvolvimento de obesidade na vida em crianças menores de 10 anos (Whitaker et al., 1997). O IMC dos pais foi outra variável que se associou a características dos adolescentes como a autorregulação do comportamento alimentar. Tal associação foi negativa, de modo que quanto maior o IMC dos pais, menos estratégias de autorregulação foram utilizadas pelos os adolescentes.

Entende-se que os pais são modelos para seus filhos e isso inclui, também, as práticas de alimentação, sejam elas apropriadas ou não (Golan & Bachner-Melman, 2011). Um IMC maior foi encontrado em pais com relato de uma alimentação mais descontrolada ou desinibida, que refere a uma tendência a comer, mesmo na ausência de fome (Johnson & Birch, 1994). Esse dado parece revelar um modelo de comportamento alimentar, que pode afetar os processos regulatórios dos filhos, pois os autores observaram menor regulação do consumo energético, tal como verificado entre os adolescentes desse estudo.

A escolaridade dos pais/responsáveis apresentou relação com os fatores do *coping*, de forma que adolescentes cujos pais/responsáveis estudaram até o ensino superior apresentaram mais respostas de Engajamento por *Coping* de controle Secundário e menos respostas de Engajamento involuntário. A literatura considera o grau de instrução escolar como preditor de obesidade na população, de modo que indivíduos com maiores níveis de educação apresentam menor peso (American Psychological Association, 2018; Sobal, 2001).

O maior acesso à informação e as habilidades de reflexão parecem ser fatores protetivos para evitar o ganho de peso ou lidar com ele quando ocorre (Sobal, 2001). Nesse sentido, pode-se pensar que filhos de pais com maior escolaridade também podem se beneficiar da obtenção de informações, acesso a tratamento, e de estratégias mais adaptativas para lidar com a obesidade.

Em relação aos eventos percebidos como estressores, relacionados ao excesso de peso, verificou-se que *Preocupação com o que vestir* foi o evento mais referido pelos adolescentes. Esse dado reforça os achados de um estudo com pais de crianças obesas, que relataram a dificuldade em encontrar vestimentas adequadas ao tamanho infantil, como sendo uma fonte estressora (Cunha, 2017). A literatura mostra que, em geral, as meninas parecem mais conscientes sobre a pressão social que a mídia exerce em relação ao padrão de beleza e que o vestuário se constitui como uma dificuldade para aquelas que tem excesso de peso (Cunha, 2017; Dixey, Sahota, Atwal, & Turner, 2001). Meninas com excesso de peso apresentam mais relatos que meninos sobre as dificuldades com o vestuário, por não usarem roupas “da moda” (p.58) por sentirem vergonha (Oliveira, Cunha, Ferreira, & Marques, 2016). Os meninos relataram perceber que a pressão social é muito maior para meninas, apesar de também afetá-los (Dixey et al., 2001).

Sentir-se culpado ou chateado por "números ruins" (por exemplo, não perder peso ou ganhar peso) também foi outro evento estressor mais relatado pelos adolescentes, e corrobora com os achados de outros estudos que utilizaram o RSQ, desta vez para o contexto de outra doença crônica, a diabetes mellitus tipo 1 em adolescentes (Compas et al., 2012; Victório et al., 2019). Além de ambas serem doenças crônicas, a diabetes tipo 1 e obesidade também se assemelham por frequentemente demandarem o monitoramento do que é ingerido e o maior controle dos pais em relação aos cuidados em saúde dos adolescentes, podendo contribuir para o aumento do estresse (Compas et al., 2012).

Outras pessoas perguntando sobre o meu peso, Ter que ir a consultas médicas com frequência e Meus pais me aborrecendo para eu cuidar de mim mesmo foram outros eventos estressores relatados pelos adolescentes. A adolescência denota fase do desenvolvimento que em que se busca independência e autonomia e as tentativas dos pais ao monitorar os comportamentos de seus filhos assim como perguntas de terceiros sobre o peso podem indicar uma tentativa externa de interferência ou controle no tratamento, afetando a autonomia do adolescente e significando maior fonte de estresse (Compas et al., 2012).

O evento menos estressor foi *Faltar na escola por sofrer bullying*, o que não significa que o *bullying* não seja um estressor nessa população, mas é possível que esse estressor nem sempre resulte em absenteísmo na escola. A ida à escola se configura como uma das tarefas mais importantes para os adolescentes, do ponto de vista do desenvolvimento, sendo a sua frequência inegociável, além de exercer grande influência em suas vidas (World Health Organization [WHO], 2004). O estudo de Puhl e Luedicke (2012) indica que a probabilidade de alunos adolescentes faltarem a escola por sofrerem violência, como bullying ou outra provocação por causa do peso, aumenta em aproximadamente 5% a cada incidente.

Dentre as dimensões do *coping*, foi significativo o uso de *Engajamento por Coping de Controle Secundário* para lidar com eventos estressores, permitindo a adaptação do adolescente ao problema enfrentado, nesse caso, o excesso de peso. Ainda em relação a essa dimensão, a estratégia *Aceitação*, foi também a mais utilizada pelos participantes do estudo. De acordo com a literatura, a *Aceitação* é uma das estratégias que favorece a adaptação diante das demandas de doença e de seu tratamento (Compas et al., 2012; Victório et al., 2019).

Em relação às respostas involuntárias ao estresse, o *Engajamento Involuntário* se destacou. Nenhuma estratégia utilizada nessa dimensão se sobressaiu pela utilização, ou seja, a ruminação, a excitação emocional e os pensamentos intrusivos foram amplamente

referidos. Apesar do uso dessas estratégias refletir respostas de base emocional e biológica, elas também podem contribuir ou compelir no desfecho de respostas de enfrentamento, que são voluntárias (Connor-Smith et al., 2000). Como uma doença crônica, a obesidade pode ser entendida como de baixa controlabilidade, uma vez que é uma doença de tem duração prolongada, não se resolve espontaneamente e não tem cura completamente (Compas et al., 2012). Assim, no encontro com o estressor, essas respostas involuntárias podem se fazer presentes inicialmente, para em um segundo momento, darem lugar a estratégias voluntárias e engajadas no manejo do estressor. A controlabilidade objetiva ou percebida de um estressor poderá determinar a eficácia das estratégias de *coping* utilizadas (Compas et al., 2012).

As *Práticas restritivas e compensatórias*, relacionadas a restrição calórica e de alimentos com o objetivo de compensar ingestão de alimento de forma excessiva ou descontrolada, também apresentaram correlação com a *Manutenção de objetivos de alimentação saudável*, especialmente a estratégia “Definição de objetivos e regras”. Ao examinar o item da Escala de Autorregulação Alimentar, observa-se que se refere a uma forma de restrição em relação a comportamentos sobre a alimentação, por exemplo: “ter um acordo comigo mesmo sobre quantos doces pode ter por dia”. Parece tratar-se de uma estratégia para regular o consumo alimentar. Ao definir uma prioridade, que nesse caso é a alimentação saudável, faz-se necessário que seja adotado um comportamento alimentar compatível com o objetivo, e nesse caso é um comportamento restritivo de certos grupos alimentares, como açúcares e gorduras. É possível que esta seja uma explicação para a associação observada, uma vez que na definição de objetivos e regras, o adolescente precise adotar uma atitude restritiva em relação a comida após o não cumprimento do objetivo inicial. Achados na literatura tem mostrado que indivíduos que utilizam estratégias de autorregulação de restrição, de uma forma mais flexível ou com regras menos rígidas, conseguem ter melhor controle do peso e comer de forma menos transtornada do que

indivíduos que utilizam restrições rígidas, do tipo “tudo ou nada”. Os estudos de autorregulação do comer tem sido direcionados para a identificação sobre como indivíduos propensos a comer demais podem implementar estratégias que sejam flexíveis, sustentáveis e efetivas (Bauer & Chuisano, 2018).

Sobre as análises entre as variáveis do EAAT e RSQ, foi encontrada relação entre *Atitude Alimentar* e o *Desengajamento Involuntário*. As *Atitudes Alimentares* são consideradas crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos e relacionamento com os alimentos (Alvarenga, Scagliusi, & Philippi, 2010). Em relação ao achado, piores Atitudes Alimentares refletem em comportamentos não saudáveis para perder ou controlar o peso, pensamentos obsessivos sobre comida, comer até se sentir mal e mitos e crenças disfuncionais sobre alimentação e peso (Alvarenga, Koritar, Pinzon, Figueiredo, Fleitlich-Bilyk, Philippi, et al., 2016), que foram relacionados a respostas involuntárias de estresse, como “entorpecimento emocional” e “Interferência cognitiva”. O maior número de estressores ou dificuldades representam maior frequência de respostas de estresse, e quanto maior as respostas involuntárias ao estresse, menor o uso de estratégias voluntárias, como o *coping* (Compas et al., 1997).

O mesmo padrão de relação foi encontrado entre fatores do *coping* e outras subescalas de *Atitudes Alimentares*, como as subescalas *Relação para com o alimento* e *Conceito de Alimentação Normal* com o *Coping de controle Primário e Secundário*, que se relacionaram negativamente, e as respostas involuntárias ao estresse, que se relacionaram positivamente com as subescalas.

As piores atitudes alimentares, mais desordenadas, podem se configurar como uma condição estressora, que pode desencadear respostas involuntárias ao estresse, ou seja, respostas menos adaptativas e que podem prolongar a cronicidade do estresse (Compas et al., 1997) em adolescentes obesos.

Na correlação entre os dados sobre o *coping*, medidos pelo RSQ, e escala de Autorregulação Alimentar, a estratégia “Supressão” foi correlacionada a respostas de estresse de Engajamento e Desengajamento Involuntário. Estratégias de autorregulação que seguem na direção de suprimir pensamentos ou comportamentos podem ter um efeito paradoxal, aumentando as respostas de estresse (B. E. Compas et al., 2001). Apesar da estratégia “Supressão” ser interpretada como redução deliberada do impacto de tentações sobre o pensamento, as emoções e o impulso, ela se relacionou negativamente com duas estratégias de *coping*, de engajamento primário e secundário, reforçando a ideia de que essa estratégia autorregulatória pode estar associada a maior reatividade emocional (Compas et al., 2001; Connor-Smith et al., 2000). Esses dados ressaltam a associação existente entre estratégias de autorregulação e o *coping*, onde ambas apontam para a mesma direção em relação ao evento estressor, que é fuga.

O presente estudo teve algumas limitações significativas, e a primeira delas se refere ao tamanho da amostra. A pesquisa foi realizada com uma amostra reduzida, e algumas análises estatísticas mais robustas, capazes de permitir a generalização dos resultados ou identificar preditores do *coping*, não puderam ser realizadas. O tamanho da amostra também impediu a verificação de indicadores de consistência interna do RSQ, após a adaptação para o contexto do excesso de peso. Apesar dessas limitações, os resultados apresentados contribuem para ampliar a compreensão de como os adolescentes com excesso de peso lidam com a doença e com seus estressores, especialmente em relação ao *coping* e a alimentação. Com essa contribuição, pode-se pensar em estratégias que sejam mais adaptativas para essa população conseguir melhor ajuste emocional frente à obesidade.

Outra limitação do estudo se refere aos dados provenientes de autorrelato, especialmente, aqueles relacionados às medidas antropométricas. Nesse caso, o autorrelato da altura e peso, tanto dos adolescentes quanto dos seus responsáveis, pode não ser confiável,

por não saberem com precisão essas informações. Além disso, o autorrelato dessas medidas pode ser vulnerável, uma vez que se trata de algo socialmente desejável para a pesquisa. De outro lado, essas medidas podem ser subestimadas pela amostra, uma vez que o peso é, muitas vezes, associado a percepções e sentimentos negativos.

5. Considerações finais

Este estudo buscou ampliar a compreensão dos aspectos relacionados ao excesso de peso em adolescentes, especificamente as atitudes alimentares, autorregulação alimentar e o *coping*. Visto que a obesidade é uma doença crônica de longo tratamento e de difícil resolução, a exposição a longo prazo a essas situações constitui alguns dos estressores relacionados a doença. Esta exposição prolongada pode promover mais respostas desadaptativas e que podem ter impacto na adesão ao tratamento e na adaptação psicológica dos adolescentes frente a doença.

Os achados revelaram características que representam maior vulnerabilidade, como o tempo de tela elevado e o histórico de sobrepeso na infância, mas mostraram também que esses adolescentes possuem hábitos saudáveis, como a prática de atividades físicas. Os estressores relacionados ao sobrepeso e obesidade são percebidos pelos adolescentes, mas há predomínio estratégias de enfrentamento engajadas, com *coping* de controle secundário acompanhado por respostas involuntárias.

A compreensão sobre como os adolescentes lidam com a obesidade do ponto de vista do *coping*, pode fornecer subsídios para o desenvolvimento de intervenções visando melhor adaptação psicológica dessa população em relação a doença e ao tratamento, contribuindo para melhores desfechos na saúde física e emocional. Pode-se concluir que respostas de *coping* e regulação emocional são ambos processos de regulação no manejo de emoções ou estressores, buscando melhor adaptação do indivíduo a situação enfrentada. Ambos os processos também podem se alterar com o passar do tempo, pois não são imutáveis e podem ocorrer antes do estressor, de modo a reduzir o impacto do estresse sobre o indivíduo.

Nesse sentido, pesquisas sobre estresse e *coping* no âmbito do excesso de peso na adolescência podem fornecer pistas de como essa população lida com a condição do seu

peso. As informações obtidas nas pesquisas também podem subsidiar futuras intervenções, uma vez que o *coping* não é um processo inflexível, e o indivíduo pode aprender e se beneficiar de estratégias mais adaptativas e promotoras de hábitos mais saudáveis, visando o combate a obesidade.

O uso de estratégias de *coping* pelos pais/responsáveis dos adolescentes com excesso de peso pode ser uma fonte importante de dados para a compreensão de como a díade pai/responsável e adolescente lidam com a mesma situação a partir de perspectivas diferentes. São necessários estudos futuros para endereçar essa temática.

Referências

- Alvarenga, M., Koritar, P., Pinzon, V. D., Figueiredo, M., Fleitlich-Bilyk, B., Philippi, S. T., & Scagliusi, F. B. (2016). Validação da escala de atitudes alimentares transtornadas para adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *65*(1), 36–43. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000101>
- Alvarenga, M., Scagliusi, F. B., & Philippi, S. T. (2010). Development and Validity of the Disordered Eating Attitude Scale (Deas). *Perceptual and Motor Skills*, *110*(2), 379–395. <https://doi.org/10.2466/pms.110.2.379-395>
- American Psychological Association. (2018). Clinical practice guideline for multicomponent behavioral treatment of obesity and overweight in children and adolescents: Current state of the evidence and research needs. In *Clinical Practice Guideline Panel* (p. 60). Disponível em <http://www.apa.org/obesity-guideline/obesity.pdf>
- Angbratt, M., Ekberg, J., Walter, L., & Timpka, T. (2011). Prediction of obesity from infancy to adolescence. *Acta Paediatrica*, *100*(9), 1249–1252. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02326.x>
- Aparicio, E., Canals, J., Arija, V., De Henauw, S., & Michels, N. (2016). The role of emotion regulation in childhood obesity: Implications for prevention and treatment. *Nutrition Research Reviews*, *29*(1), 17–29. <https://doi.org/10.1017/S0954422415000153>
- Bauer, K. W., & Chuisano, S. (2018). Intentional Self-Regulation of Eating Among Children and Adolescents. In J. C. Lumeng & J. O. Fisher (Eds.), *Pediatric Food Preferences and Eating Behaviors* (pp. 255–270). London: Elsevier Inc. Disponível em <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811716-3.00013-0>
- Bellodi, A. C. (2018). *Obesidade em crianças e adolescentes: temperamento, estresse, coping e risco psicossocial familiar*. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Disponível em <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/1054>
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, *101*(3 Pt 2), 539–549. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12224660>
- Bloch, K. V., Klein, C. H., Szklo, M., Kuschnir, M. C. C., De Azevedo Abreu, G., Barufaldi, L. A., ... Da Silva, T. L. N. (2016). ERICA: Prevalences of hypertension and obesity in Brazilian adolescents. *Revista de Saude Publica*, *50*(supl 1), 1s-12s. <https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006685>
- Brasil. Ministério da Saude. (2007). Incorporação da curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN. Disponível em <http://nutricao.saude.gov.br/>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016). Resolução N° 510, de 07 de Abril de 2016. *Normas Para*

- Pesquisas Científicas Humanas e Sociais.*, 58(12), 1–10. <https://doi.org/10.1128/AAC.03728-14>
- Carnell, S., & Wardle, J. (2008). Appetite and adiposity in children: Evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 88(1), 22–29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/ajcn/88.1.22>
- Compas, B., Connor, J., Osowiecki, D., & Welch, A. (1997). Effortful and Involuntary Responses to Stress: Implications for Coping with Chronic Stress. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with Chronic Stress* (pp. 105–132). New York: Springer.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M. A., & Williams, E. K. (2013). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Australian Journal of Psychology*, 66(2), 71–81. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12043>
- Compas, B., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455–480. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108.Coping>
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976–992. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.6.976>
- Cunha, K. da S. (2017). *Relações entre risco psicossocial familiar, coping do tratamento da obesidade infantil e controle parental da alimentação*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Disponível: <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/935>
- Dahl, R. E., & Conway, A. M. (2009). Self-Regulation and the Development of Behavioral and Emotional Problems: Toward an Integrative Conceptual and Translational Research Agenda. In Sheryl L. Olson & A. J. Sameroff (Eds.), *Biopsychosocial Regulatory Processes in the Development of Childhood Behavioral Problems* (pp. 290–318). New York: Cambridge University Press.
- Dietz, W. (1998). Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101, 518–525. <https://doi.org/10.1542/peds.101.3.S1.518>
- Dixey, R., Sahota, P., Atwal, S., & Turner, A. (2001). “Ha ha, you’re fat, we’re strong”; a qualitative study of boys’ and girls’ perceptions of fatness, thinness, social pressures and health using focus

- groups. *Health Education*, 101(5), 206–216. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000005644>
- Erermis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., & Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*, 46(3), 296–301. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200x.2004.01882.x>
- Evans, G. W., Fuller-Rowell, T. E., & Doan, S. N. (2012). Childhood Cumulative Risk and Obesity: The Mediating Role of Self-Regulatory Ability. *Pediatrics*, 129(1), e68–e73. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3647>
- Francis, L. A., & Susman, E. J. (2009). Self-regulation and Rapid Weight Gain in Children From Age 3 to 12 Years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 163(4), 297–302. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Frankel, L. A., Hughes, S. O., O'Connor, T. M., Power, T. G., Fisher, J. O., & Hazen, N. L. (2012). Parental influences on children's self-regulation of energy intake: Insights from developmental literature on emotion regulation. *Journal of Obesity*, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/327259>
- Garver, W. S., Newman, S. B., Gonzales-Pacheco, D. M., Castillo, J. J., Jelinek, D., Heidenreich, R. A., & Orlando, Robert A. (2013). The genetics of childhood obesity and interaction with dietary macronutrients. *Genes and Nutrition*, 8(3), 271–287. <https://doi.org/10.1007/s12263-013-0339-5>
- Gaspar, T., Tomé, G. Q., Simões, C., & Matos, M. G. de. (2015). Estratégias de Auto-Regulação em Pré-Adolescentes e Adolescentes: Versão Portuguesa do TESQ-E. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(4), 649–658. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528402>
- Golan, M., & Bachner-Melman, R. (2011). Self-Regulation and the Management of Childhood Obesity. *Journal of Community Medicine & Health Education*, 1(2), 1–7. <https://doi.org/https://doi.org/10.4172/2161-0711.1000107>
- Gonçalves, S., Silva, D., & Antunes, H. (2012). VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS NO EXCESSO DE PESO E NA OBESIDADE INFANTIL. *Journal of Human Growth and Development*, 22(1), 179–186.
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., & Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 68–78. <https://doi.org/10.1002/erv.892>
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and Child and Adolescent Psychopathology: Moving From Markers to Mechanisms of Risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447–466. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.447>
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review Ih Ih. *Review of General Psychology*, 2(5), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

- Gross, J. J. (2014). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. In *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3–19).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2010). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil*. Rio de Janeiro. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2016). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015*. Rio de Janeiro.
- Jääskeläinen, A., Nevanperä, N., Remes, J., Rahkonen, F., Järvelin, M. R., & Laitinen, J. (2014). Stress-related eating, obesity and associated behavioural traits in adolescents: A prospective population-based cohort study. *BMC Public Health, 14*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-321>
- Jansen, A., Theunissen, N., Slechten, K., Nederkoorn, C., Boon, B., Mulkens, S., & Roefs, A. (2003). Overweight children overeat after exposure to food cues. *Eating Behaviors, 4*(2), 197–209. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00011-4](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00011-4)
- Kopp, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology, 18*(2), 199–214. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.18.2.199>
- Lake, A., & Townshend, T. (2006). Obesogenic environments: Exploring the built and food environments. *Journal of The Royal Society for the Promotion of Health, 126*(6), 262–267. <https://doi.org/10.1177/1466424006070487>
- Lipp, M. E. N., Arantes, J. P., Buriti, M. do S., & Witzig, T. (2002). O estresse em escolares. *Psicologia Escolar e Educacional, 6*(1), 51–56. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572002000100006>
- Martyn-Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B., & Bryant, F. B. (2009). The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents. *Research in Nursing and Health, 32*(1), 96–109. <https://doi.org/10.1002/nur.20304>
- Miller, A. L., Dawson, L., & Welker, E. (2017). Stress in early life and childhood obesity risk. *Healthy Eating Research*, (June). Retrieved from Miller, A. L., Dawson, L., & Welker, E. (2017). Stress in early life and childhood obesity risk. *Healthy Eating Research*.
- Oliveira, T. R. P. R. de, Cunha, C. de F., Ferreira, R. A., & Marques, C. G. R. (2016). Como adolescentes percebem a obesidade e seu tratamento : uma abordagem através de grupos focais. *Adolescência & Saúde, 13*, 55–63.
- Pediatria, S. B. de. (2016). Saúde da criança e do adolescente na era digital. Retrieved from <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2016/11/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf>
- Puhl, R. M., & Luedicke, J. (2012). Weight-Based Victimization Among Adolescents in the School Setting: Emotional Reactions and Coping Behaviors. *Journal of Youth and Adolescence, 41*(1),

- 27–40. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9713-z>
- Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming-Milici, F., Calvert, S. L., & Wartella, E. (2017). Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics*, *140*(Supplement 2), S97–S101. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758k>
- Rosa, M. F. C. (2016). *Bem-Estar Psicológico e Estratégias de Coping em Adolescentes com e sem Obesidade*. Universidade de Lisboa. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26689/1/ulfpie051176_tm.pdf
- Sameroff, A. J. (2009). Conceptual issues in studying the development of self-regulation. In S. L. Olson & A. J. Sameroff (Eds.), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavior problems* (pp. 1–18). New York: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de Pesquisa Em Psicologia* (9th ed.). Porto Alegre: AMGH Ltda.
- Sigulem, D. M., Devincenzi, M. U., & Lessa, A. C. (2000). Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. *Jornal de Pediatria*, *76*(76), 275–284. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1438-1>
- Sobal, J. (2001). Social and Cultural Influences on Psychopathology. In P. Björntorp (Ed.), *Annual Review of Psychology* (pp. 305–322). Wiley. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.30.020179.002145>
- Spruijt-Metz, D. (2011). Etiology, Treatment, and Prevention of Obesity in Childhood and Adolescence: A Decade in Review. *Journal of Research on Adolescence*, *21*(1), 129–152. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00719.x>
- Strasburger, V. C., Mulligan, D. A., Altmann, T. R., Brown, A., Christakis, D. A., Clarke-Pearson, K., ... Noland, V. L. (2011). *Policy statement - Children, adolescents, obesity, and the media*. *Pediatrics* (Vol. 128). <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1066>
- Sundar, T. K. B., Løndal, K., Lagerløv, P., Glavin, K., & Helseth, S. (2018). Overweight adolescents' views on physical activity – experiences of participants in an internet-based intervention: a qualitative study. *BMC Public Health*, *18*(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5546-y>
- Swinburn, B., & Egger, G. (2002). Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity Reviews*, *3*(4), 289–301. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1467-789X.2002.00082.x>
- Vet, E. De, Ridder, D. De, Stok, M., Brunso, K., Baban, A., & Gaspar, T. (2014). Assessing self-regulation strategies: Development and validation of the Tempest Self-regulation Questionnaire for Eating ... Assessing self-regulation strategies : development and validation of the tempest self-regulation questionnaire for eating (TESQ-, (November 2016), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12966-014-0106-z>
- Victório, V., Andrade, A. L. M. S., Silva, A. M. B. da S., Machado, W. de L., & Enumo, S. R. F.

- (2019). Adolescentes Com Diabetes Mellitus Tipo 1: Estresse, Coping E Adesão Ao Tratamento. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 63–75. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p63-75>
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., & Dietz, W. H. (1997). Predicting Obesity in Young Adulthood From Childhood. *The New England Journal of Medicine*, 337(13), 869–873. <https://doi.org/10.1056/NEJM199709253371301>
- World Health Organization (WHO). (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data World. Geneva. Retrieved from http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- World Health Organization (WHO). (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/en/>

Apêndices

Apêndice A - Ficha de caracterização do adolescente

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO ADOLESCENTE PARA PESQUISA

Data: ____/____/____

A) DADOS DO ADOLESCENTE:

1. Nome: _____
2. Sexo: F () M ()
3. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
4. Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
5. Escolaridade: _____

B) DADOS CLÍNICOS

6. Faz tratamento com profissional da saúde para obesidade Sim () Não ()
7. Se sim, quem ?
8. () Médico
9. () Nutricionista
10. () Psicólogo
11. Início tratamento: _____
12. Você faz dieta? Sim () Não ()
13. Comorbidades ou doenças associadas ao excesso de peso? Sim () Não ()
14. Se sim, quais? _____

15. Faz uso de remédios para emagrecer? Sim () Não ()
Se sim, quais? _____

C) DADOS DO ESTILO DE VIDA

16. Quanto tempo em média por dia assiste televisão, usa o celular, computador, joga vídeo game (em horas)? _____

17. Você tem o hábito de tomar café da manhã? Sim () Não ()
18. Você almoça em casa? Sim () Não ()
19. Se NÃO almoça em casa, onde faz essa refeição? _____
20. Geralmente alguém almoça junto com você? Sim () Não ()
Se sim, quem? _____
21. Você janta em casa? Sim () Não ()
22. Se NÃO janta em casa, onde faz essa refeição? _____
23. Geralmente alguém janta junto com você? Sim () Não ()
Se sim, quem? _____
24. Você leva lanche de casa para a escola? Sim () Não ()
25. Quantas horas você dorme por dia? _____
26. Você faz atividade física? Sim () Não ()
27. Se sim, qual(is)? E qual a frequência? _____

Apêndice B - Ficha de caracterização do responsável

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PARA PESQUISA

Data: ____/____/____

A) DADOS DO RESPONSÁVEL

1. Nome: _____
2. Sexo: F () M ()
3. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
4. Parentesco com o adolescente? Sim () Não () Qual? _____
5. Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
6. Atividade Ocupacional: _____
7. Escolaridade: _____
8. Bairro e Cidade que reside: _____

B) DADOS CLÍNICOS DO ADOLESCENTE

9. O adolescente tem problemas de peso desde a infância?
 Sim () Não () Não sei informar ()
10. O adolescente mamou no peito quando nasceu? Sim () Não ()
 Por quanto tempo? _____ () Não sei informar
11. A mãe do adolescente teve alguma complicação na gravidez ou no parto? Sim () Não ()
 Não sei informar (). Se sim, qual? _____
12. A mãe do adolescente teve diabetes gestacional? Sim () Não ()
13. A mãe do adolescente fez uso de cigarro/álcool ou drogas no período da gestação?
 Sim () Não ()
14. Ao nascer, o adolescente foi classificado como:
 () PIG (pequeno para a idade gestacional, < 2500grs)
 () AIG (adequado para a idade gestacional, > 2. 501g e < 4000grs)
 () GIG (grande para a idade gestacional, < 4000grs)
 () Não se recorda/ Não sabe informar
15. Alguém mais na sua família tem sobrepeso ou obesidade? Sim () Não ()

Se sim, quem? _____

C) DADOS DO ESTILO DE VIDA

16. Quanto tempo em média por dia assiste televisão, usa o celular, computador (em horas)?

17. Você tem o hábito de tomar café da manhã? Sim () Não ()

18. Você almoça em casa? Sim () Não ()

19. Se NÃO almoça em casa, onde faz essa refeição? _____

20. Geralmente alguém almoça junto com você? Sim () Não ()

Se sim, quem? _____

21. Você janta em casa? Sim () Não ()

22. Se NÃO janta em casa, onde faz essa refeição? _____

23. Geralmente alguém janta junto com você? Sim () Não ()

Se sim, quem? _____

24. Você faz atividade física? Sim () Não ()

Se sim, qual(is)? E qual a frequência? _____

1) Você sente prazer ao comer?

Sim. Não.

2) Comer é algo natural para você?

Sim. Não.

3) Você fica sem comer ou faz dieta à base de líquidos, por um dia ou mais, achando que isto pode emagrecer?

Sim. Não.

4) Você conta calorias de tudo que come?

Sim. Não.

5) Você gosta da sensação de estar de estômago vazio?

Sim. Não.

6) Você costuma “pular” refeições para evitar o ganho de peso?

Sim. Não.

7) Comer faz você se sentir “suja”?

Sim. Não.

8) Você tem boas lembranças associadas à comida?

Sim. Não.

9) Você gostaria de não precisar se alimentar?

Sim. Não.

10) Você acha que é normal comer, às vezes, só porque está triste, chateada ou entediada?

Sim. Não.

11) Quando você come uma quantidade de alimentos maior do que a de costume, qual é o seu comportamento depois:

Volta a se alimentar de forma habitual.

Considera que perdeu o controle e continua comendo ainda mais.

Decide fazer algum tipo de dieta, para compensar.

Faz alguma coisa para compensar. O que? _____.

PARTE II

Para cada questão abaixo, marque com um X a frequência com que você tem os seguintes pensamentos e/ou comportamentos:

	Sempre	Muito Frequentemente	Frequentemente	As vezes	Raramente ou nunca
13) Eu sinto culpa quando como um alimento que eu havia decidido não comer por algum motivo.					
14) Eu deixo de comer algum alimento se souber que ele tem mais calorias do que eu imaginava.					
15) Preocupo-me o tempo todo com o que vou comer, quanto comer, como preparar o alimento ou se devo ou não comer.					
16) Preocupo-me com o quanto um alimento ou refeição pode me engordar.					
17) Tenho raiva de sentir fome.					
18) Tenho dificuldade em escolher o que comer, porque sempre acho que deveria comer menos e/ou a opção com menos calorias.					
19) Quando desejo um alimento específico, eu sei que não vou conseguir parar de comê-lo até ele acabar.					
20) Eu gostaria de ter total controle sobre meu apetite e minha alimentação.					
21) Eu procuro comer pouco na frente dos outros para depois exagerar quando estou sozinha.					
22) Eu tenho medo de começar a comer e não parar mais.					
23) Sonho com uma “pílula” que substitua a refeição.					
24) Em festas e <i>buffets</i> , fico nervosa e/ou descontrolada, em função da grande oferta de comida.					
25) Minha relação com a comida atrapalha minha vida como um todo.					

Apêndice D - Questionário de Autorregulação do Comportamento

Alimentar (TESQ-E)

Versão Brasileira

Gaspar, T.; Matos, M. G.; Santos, T.; Tome, G.; Ferreira, M. & Equipa Europeia TEMPEST (2012)

Para cada questão abaixo, marque com um X a frequência com que você tem os seguintes pensamentos e/ou comportamentos:

1. Tento evitar restaurantes de fast food.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
2. Quando passo por uma padaria evito olhar para a vitrine.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
3. Quando vou ao supermercado, evito a seção dos doces/guloseimas.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
4. Se estou aborrecido(a), evito ir à cozinha.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
5. Se eu quiser comer uma guloseima, como só um pouco e coloco o resto “longe de vista”.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
6. Quando estou assistindo televisão, certifico-me de que as batatas fritas (de pacote) estão longe do meu alcance.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
7. Quando estou ao computador, tenho alimentos saudáveis perto de mim.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
8. Quando quero comer guloseimas, tiro algumas do pacote e guardo o resto.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
9. Se me apetecer comer guloseimas, tento concentrar-me na ideia de que são prejudiciais à saúde.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
10. Se eu comer muito, penso na forma como esse comportamento pode prejudicar a prática de exercício físico.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
11. Se eu quiser comer entre refeições, tento lembrar-me que quero manter-me atraente.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
12. Se me apetecer comer algo que não é saudável, penso bem se realmente o quero fazer.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre

13. Eu planejo levar um pedaço de fruta para a escola.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
14. Eu tenho um acordo comigo mesmo sobre a quantidade de doces que posso comer por dia.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
15. Se me apetecer comer entre refeições, como um pedaço de fruta primeiro.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
16. Estabeleço objetivos para que tenha uma alimentação saudável.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
17. Se me sentir tentado(a) a comprar guloseimas, tento distrair-me.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
18. Se me apetecer comer algo, opto por telefonar para um amigo.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
19. Se eu sentir fome antes do jantar, tento me manter ocupado(a).	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
20. Quando sinto necessidade de comer uma guloseima, procuro fazer outras coisas.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
21. Se passar por uma padaria, ignoro o cheiro da comida saborosa.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
22. Se eu quiser comer alimentos não saudáveis, digo para mim mesmo: “Não!”	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
23. Eu utilizo a força de vontade para me manter afastado(a) de alimentos não saudáveis.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre
24. Se eu for a uma festa com muitos alimentos pouco saudáveis, ignoro-os.	Nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Sempre

Apêndice E – Questionário de Resposta ao Estresse (RSQ)

RESPOSTA AO ESTRESSE – [S/O]				
Esta é uma lista de eventos que crianças e adolescentes com sobrepeso/obesidade algumas vezes acham estressantes ou problemáticas para lidar. Por favor, circule o número que indica o quão estressante as seguintes situações foram para você nos últimos 6 meses.				
	Nunca	Um pouco	Bastante	Muito
a. Sentir-se diferente das outras crianças.	1	2	3	4
b. Lidar com os cuidados do sobrepeso/obesidade (ex.: prestar atenção nos alimentos que eu como, na quantidade que eu como).	1	2	3	4
c. Sentir-se culpado ou chateado por "números ruins" (por exemplo, não perder peso ou ganhar peso).	1	2	3	4
d. Ter que ir a consultas médicas com frequência.	1	2	3	4
e. Outras pessoas perguntando sobre o meu peso.	1	2	3	4
f. Meus pais me aborrecendo para eu cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4
g. Faltar na escola por sofrer <i>bullying</i> .	1	2	3	4
h. Ver a minha família se preocupar comigo.	1	2	3	4
i. Não entender o que os médicos ou profissionais da saúde falam sobre o meu excesso de peso/obesidade.	1	2	3	4
j. Preocupar-se com o que vestir.	1	2	3	4
k. Outros: _____	1	2	3	4

Circule o número que mostra quanto controle geralmente você acha que tem sobre esses problemas.				
1	2	3	4	
Nunca	Um pouco	Bastante	Muito	

Logo abaixo você encontrará uma lista de coisas que as pessoas às vezes fazem, pensam ou sentem quando algo estressante acontece. Cada um lida com os problemas de uma maneira diferente: algumas pessoas fazem muitas coisas ou apresentam muitos sentimentos que estão nessa lista, outras pessoas fazem ou pensam poucas coisas que estão presentes aqui.

Pense em todas as coisas estressantes relacionadas ao sobrepeso/obesidade que você mencionou. Para cada item abaixo, escolha **apenas um** número que vai de 1 (nunca) ao 4 (muito), que representa o **quanto** você faz ou sente por estar com sobrepeso/obesidade. Por favor, informe-nos sobre tudo o que você faz, pensa ou sente, mesmo que você não ache que isso o (a) ajudará a tornar as coisas melhores.

Com qual frequência
você faz isso?

QUANDO LIDA COM O ESTRESSE DE ESTAR COM SOBREPESO/OBESIDADE:	Nunca	Um pouco	Bastante	Muito
1. Eu tento não sentir nada.	1	2	3	4
2. Quando lido com o estresse de estar com sobrepeso/obesidade, eu me sinto mal ou tenho dor de cabeça.	1	2	3	4
3. Eu tento pensar em diferentes formas para mudar ou melhorar a situação. Escreva um planejamento feito por você: _____	1	2	3	4
4. Quando encaro o estresse de estar com sobrepeso/obesidade, eu não sinto nada, é como se eu não tivesse sentimentos.	1	2	3	4
5. Eu gostaria de ser mais forte e menos sensível porque assim tudo seria diferente	1	2	3	4
6. Eu continuo pensando no que aconteceu com meu peso ou não consigo parar de pensar no que pode acontecer.	1	2	3	4
7. Eu deixo alguém ou algo saber como eu me sinto. (lembre-se de circular um número) →	1	2	3	4

1 de 4

Copyright © 2000 Bruce Comnas. All rights reserved.

QUANDO LIDA COM O ESTRESSE DE ESTAR COM SOBREPESO/OBESIDADE: Com qual frequência você faz isso?
Nunca Um pouco Bastante Muito

Assinale todos com quem você fala a respeito:					
<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã	<input type="checkbox"/> Animal de estimação	<input type="checkbox"/> Líder religioso	
<input type="checkbox"/> Professor	<input type="checkbox"/> Deus	<input type="checkbox"/> Bicho de pelúcia	<input type="checkbox"/> Outros membros da família	<input type="checkbox"/> Nenhum desses	
8. Eu decidi que estou bem do jeito que sou, embora não seja perfeito(a).		1	2	3	4
9. Quando estou com outras pessoas, ajo como se eu não estivesse com sobrepeso/obesidade.		1	2	3	4
10. Eu tenho que me afastar de tudo quando lido com o estresse de estar com sobrepeso/obesidade.		1	2	3	4
11. Eu lido com o estresse de estar com sobrepeso/obesidade desejando que isso acabe, que tudo fique bem.		1	2	3	4
12. Eu fico muito nervoso quando lido com o estresse de estar com sobrepeso/obesidade.		1	2	3	4
13. Eu percebo que preciso viver com as coisas do jeito que elas são.		1	2	3	4
14. Quando eu lido com o estresse de estar com sobrepeso/obesidade, eu não posso ficar perto de nada que me lembre essa situação.		1	2	3	4
15. Eu tento não pensar sobre isso, para esquecer.		1	2	3	4
16. Quando eu lido com o estresse de estar com sobrepeso/obesidade realmente não sei o que sinto.		1	2	3	4
17. Eu peço para outras pessoas ajuda ou ideias sobre como tornar as coisas melhores (lembre-se de circular um número) →		1	2	3	4
Assinale todos com quem você fala a respeito:					
<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã	<input type="checkbox"/> Animal de estimação	<input type="checkbox"/> Líder religioso	
<input type="checkbox"/> Professores	<input type="checkbox"/> Deus	<input type="checkbox"/> Bicho de pelúcia	<input type="checkbox"/> Outros membros da família	<input type="checkbox"/> Nenhum desses	
18. Quando eu tento dormir, eu não paro de pensar nos aspectos estressantes de estar com sobrepeso/obesidade ou eu tenho pesadelos sobre ter sobrepeso/obesidade.		1	2	3	4
19. Eu digo para mim mesmo que consigo superar isso ou que eu ficarei bem.		1	2	3	4
20. Eu coloco meus sentimentos para fora. (lembre-se de circular um número) →		1	2	3	4
Eu faço isso: (Marque tudo que você faz)					
<input type="checkbox"/> Escrevendo em meu diário	<input type="checkbox"/> Desenhando/pintando				
<input type="checkbox"/> Desabafando	<input type="checkbox"/> Sendo sarcástico/debochando				
<input type="checkbox"/> Ouvindo música	<input type="checkbox"/> Socando um travesseiro				
<input type="checkbox"/> Fazendo exercícios	<input type="checkbox"/> Gritando				
<input type="checkbox"/> Chorando	<input type="checkbox"/> Nenhum dos anteriores				
21. Eu recebo ajuda das pessoas quando tento lidar com meus sentimentos. (Lembre-se de circular um número) →		1	2	3	4
Marque todos que você procurou:					
<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Irmão/Irmã	<input type="checkbox"/> Animal de estimação	<input type="checkbox"/> Líder religioso	
<input type="checkbox"/> Professores	<input type="checkbox"/> Deus	<input type="checkbox"/> Bicho de pelúcia	<input type="checkbox"/> Outros membros da família	<input type="checkbox"/> Nenhum desses	
22. Eu não consigo encarar o estresse de estar com sobrepeso/obesidade.		1	2	3	4
23. Eu gostaria que alguém viesse e levasse embora todos os aspectos estressantes de estar com sobrepeso/obesidade.		1	2	3	4

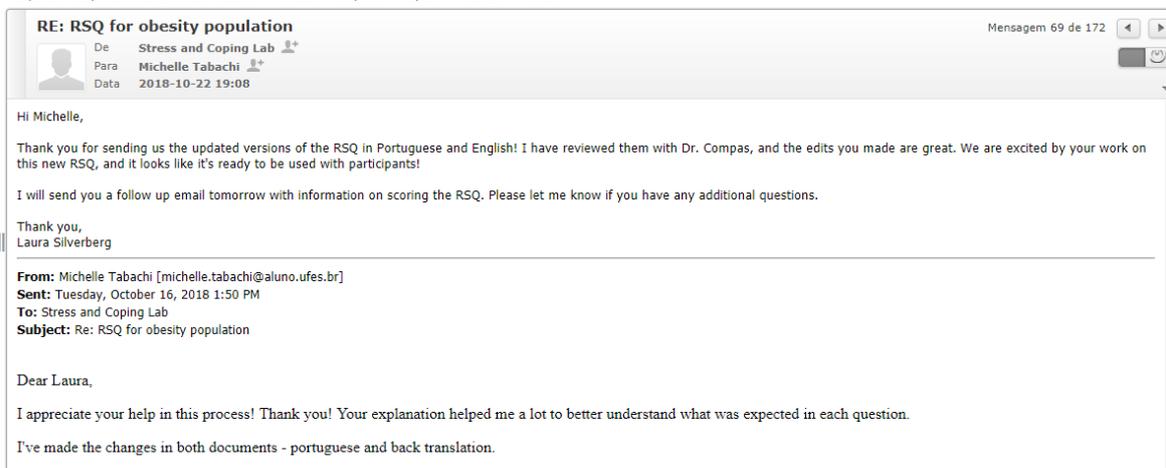
Você já preencheu a metade. Antes de continuar, volte à primeira página e lembre-se dos aspectos de estar com sobrepeso/obesidade que foram estressantes para você ultimamente. Lembre-se de responder as questões abaixo pensando nessas coisas.

QUANDO LIDA COM O ESTRESSE DE ESTAR COM SOBREPESO/OBESIDADE: Com qual frequência você faz isso?
Nunca Um pouco Bastante Muito

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| 24. Eu faço alguma coisa para tentar lidar com os aspectos estressantes de estar com sobrepeso/obesidade.
Escreva uma coisa que você fez: _____ | | | | |
| 25. Pensamentos sobre estar com sobrepeso/obesidade surgem em minha mente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Quando eu lido com o estresse de estar com sobrepeso/obesidade, eu sinto em meu corpo (Lembre-se de circular um número) →
Marque tudo o que acontece:
<input type="checkbox"/> Meu coração acelera <input type="checkbox"/> Minha respiração fica ofegante <input type="checkbox"/> Nenhum desses
<input type="checkbox"/> Sinto calor ou fico suado(a) <input type="checkbox"/> Meus músculos contraem | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Eu tento me afastar de pessoas e coisas que me chateiam ou que me lembram de aspectos estressantes de estar com sobrepeso/obesidade. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Eu não me sinto como eu mesmo(a) quando lido com o estresse de estar com sobrepeso/obesidade, é como se eu estivesse distante de tudo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Eu simplesmente aceito as coisas como elas são, eu sigo o fluxo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Eu penso em coisas felizes para esquecer dos aspectos estressantes de estar com sobrepeso/obesidade ou em como estou me sentindo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Quando alguma coisa estressante acontece relacionada a estar com sobrepeso/obesidade, eu não consigo parar de pensar em como estou me sentindo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Recebo simpatia, compreensão ou apoio de alguém.
(lembre-se de circular um número) →
Marque quem combina com a descrição acima:
<input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã <input type="checkbox"/> Animal de estimação <input type="checkbox"/> Líder religioso
<input type="checkbox"/> Professores <input type="checkbox"/> Deus <input type="checkbox"/> Bicho de pelúcia <input type="checkbox"/> Outros membros da família <input type="checkbox"/> Nenhum desses | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Quando alguma coisa estressante acontece relacionada a estar com sobrepeso/obesidade, nem sempre consigo ter controle do que faço. (lembre-se de circular um número) →
Marque o que acontece:
<input type="checkbox"/> Não consigo parar de comer <input type="checkbox"/> Não consigo parar de falar
<input type="checkbox"/> Faço coisas perigosas <input type="checkbox"/> Tenho que ficar consertando ou checando as coisas
<input type="checkbox"/> Nenhum desses | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Eu digo a mim mesmo(a) que as coisas poderiam estar piores | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Minha mente "dá branco" quando algo estressante acontece relacionado a estar com sobrepeso/obesidade, não consigo pensar em nada. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Digo a mim mesmo(a) que isso não importa, que não é grande coisa. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Quando lido de frente com a parte estressante de estar com sobrepeso/obesidade, na mesma hora sinto: (lembre-se de circular um número) →
Marque tudo o que você sente:
<input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Nenhum desses
<input type="checkbox"/> Preocupação/ansiedade <input type="checkbox"/> Medo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. É muito difícil me concentrar ou prestar atenção quando algo estressante relacionado a estar sobrepeso/obesidade acontece. | 1 | 2 | 3 | 4 |

QUANDO LIDA COM O ESTRESSE DE ESTAR COM SOBREPESO/OBESIDADE:	Com qual frequência você faz isso?			
	Nunca	Um pouco	Bastante	Muito
39. Eu penso sobre as coisas que estou aprendendo sobre estar com sobrepeso/obesidade, ou algo bom que virá disso.	1	2	3	4
40. Depois que alguma coisa estressante acontece relacionada a estar com sobrepeso/obesidade, não consigo parar de pensar sobre o que eu fiz ou disse.	1	2	3	4
41. Quando as partes estressantes de estar com sobrepeso/obesidade acontecem, digo para mim mesmo(a): "isto não é real."	1	2	3	4
42. Quando lido com a parte estressante de estar com sobrepeso/obesidade, eu acabo ficando deitado(a) ou dormindo muito.	1	2	3	4
43. Eu mantenho minha mente longe da parte estressante de estar com sobrepeso/obesidade: (lembre-se de circular um número) → Marque tudo o que você faz: <input type="checkbox"/> Exercícios <input type="checkbox"/> Encontrar com amigos <input type="checkbox"/> Assistir TV <input type="checkbox"/> Jogar vídeo game <input type="checkbox"/> Praticar um hobby <input type="checkbox"/> Ouvir Música <input type="checkbox"/> Nenhum desses	1	2	3	4
44. Quando alguma coisa estressante relacionada a estar com sobrepeso/obesidade acontece, eu fico chateado(a) com coisas que normalmente não me incomodariam.	1	2	3	4
45. Eu faço alguma coisa para me acalmar quando lido com o estresse de estar com sobrepeso/obesidade. (lembre-se de circular um número) → Marque tudo o que você faz: <input type="checkbox"/> Respirar fundo <input type="checkbox"/> Rezar <input type="checkbox"/> Andar <input type="checkbox"/> Ouvir música <input type="checkbox"/> Tirar uma folga <input type="checkbox"/> Meditar <input type="checkbox"/> Nenhum desses	1	2	3	4
46. Eu simplesmente fico paralisado(a) quando lido com o estresse de estar com sobrepeso/obesidade, não consigo fazer nada.	1	2	3	4
47. Quando coisas estressantes acontecem relacionadas a estar com sobrepeso/obesidade algumas vezes ajo sem pensar.	1	2	3	4
48. Eu mantenho meus sentimentos sob controle quando preciso, e só os libero quando vejo que não tornarão as coisas piores.	1	2	3	4
49. Quando alguma coisa estressante ocorre relacionada a estar com sobrepeso/obesidade eu não pareço conseguir fazer as coisas que eu deveria fazer.	1	2	3	4
50. Eu digo a mim mesmo(a) que tudo ficará bem.	1	2	3	4
51. Quando alguma coisa estressante ocorre relacionada a ter sobrepeso/obesidade eu não consigo parar de pensar porquê isto está acontecendo.	1	2	3	4
52. Eu penso em formas de rir sobre isso, assim isso não parecerá tão ruim.	1	2	3	4
53. Meus pensamentos aceleram quando estou de frente a uma situação estressora relacionada ao sobrepeso/obesidade.	1	2	3	4
54. Eu imagino alguma coisa muito divertida ou empolgante acontecendo em minha vida.	1	2	3	4
55. Quando alguma situação difícil relacionada a estar com sobrepeso/obesidade ocorre, eu posso ficar tão chateado(a) que não consigo lembrar do que aconteceu ou o que fiz.	1	2	3	4
56. Eu tento acreditar que isso nunca aconteceu.	1	2	3	4
57. Quando eu lido com o estresse de estar com sobrepeso/obesidade, algumas vezes não consigo controlar o que digo ou faço.	1	2	3	4

Apêndice F - Autorização para adaptação e validação linguística do RSQ



Apêndice G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo

Responsável/Coleta hospital

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



UFES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO RESPONSÁVEL

O menor sob sua responsabilidade está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa de Mestrado em Psicologia, chamada “Autorregulação e *coping* no contexto do excesso de peso em adolescentes”. A pesquisadora responsável é a psicóloga Michelle Lyrio Tabachi, tendo como orientadora a Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta Loss, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

I – Justificativa da pesquisa

A adolescência é um momento da vida que envolve muitas mudanças. Saber lidar com elas é muito importante para que os adolescentes tenham uma vida melhor. Esta pesquisa é importante para conhecer possíveis dificuldades que os adolescentes podem ter no seu dia-a-dia, especialmente em relação ao seu peso e sua alimentação e, caso haja dificuldades, como lidam com elas. Assim, com este estudo, pretende-se compreender melhor sobre o desenvolvimento, emoções, comportamentos e as formas do adolescente enfrentar o excesso de peso, possibilitando uma melhor identificação de suas necessidades.

II – Objetivo da pesquisa

Essa pesquisa tem por objetivo conhecer as características do comportamento alimentar e aspectos emocionais de adolescentes com excesso de peso

III - Procedimento

Primeiro, entramos em contato com o hospital e pedimos autorização para realizar a pesquisa com os pacientes. O hospital deu permissão para a pesquisa ser realizada. Em seguida, entramos em contato com você e explicamos brevemente a pesquisa para que dissesse se tinha interesse em participar e se permitiria a participação do adolescente pelo qual é responsável. Agora, explicaremos melhor para você como acontecerá a pesquisa. Caso você queira participar, pediremos que você responda a uma ficha sobre informações do adolescente, com objetivo de obter informações gerais sobre você e o adolescente. Informações sobre você como nome, data de nascimento, idade, sexo, escolaridade, atividade ocupacional, altura e peso, renda familiar e histórico de sobrepeso/obesidade na família deverão ser respondidas. Informações sobre o adolescente também serão necessárias como: nome, data de nascimento, idade, sexo, escolaridade, altura e peso, dados sobre nascimento, gestação materna, amamentação e complicações durante a gravidez, etc. O adolescente deverá responder quatro questionários, sendo: um sobre seus dados de

identificação, dados clínicos e de estilo de vida, dois questionários sobre seu comportamento alimentar e um sobre seu comportamento e sentimentos em relação ao seu peso. Esses questionários são para conhecer melhor vocês e para saber que o adolescente pensa, sente e como se comporta em relação ao seu peso.

IV – Duração e local da pesquisa

Você deverá responder os instrumentos no hospital, assim como o adolescente. Assim que vocês responderem, todo o material deverá ser devolvido a pesquisadora. Em média, você levará 40 minutos para responder todos os questionários.

V – Risco e desconfortos

Esta pesquisa apresenta risco mínimo a você e ao adolescente, já que podem ficar cansados(as) de responder os instrumentos. Para que isto não aconteça, tentaremos fazer da forma mais confortável possível para que você se sinta à vontade para falar sobre qualquer coisa que esteja incomodando. Além disso, se estiverem cansados(as), a coleta de dados poderá ser interrompida e continuar em outro momento.

VI - Benefícios

Com esta pesquisa poderemos conhecer se existem acontecimentos que causam maior dificuldade na vida do adolescente em relação ao seu peso, e em caso positivo, quais são e como ele faz para lidar com isso. É importante para que possamos compreender melhor a adolescência, auxiliando em alguma dificuldade que possa ocorrer durante esse período da sua vida.

VII – Acompanhamento e assistência

Caso você necessite de algum suporte extra, poderemos te encaminhar para o Núcleo de Psicologia Aplicada da UFES (NPA), em Goiabeiras.

VIII – Garantia de recusa em participar da pesquisa

Você é quem decide se quer ou não participar da pesquisa, e caso em algum momento não queira mais participar é só falar. É importante ressaltar que, mesmo com a sua autorização, o adolescente poderá se recusar participar da pesquisa sem que acarrete qualquer penalidade, prejuízo ou represália de qualquer natureza.

IX – Garantia de manutenção do sigilo e privacidade

Nem o seu nome nem o do adolescente aparecerão nos resultados da pesquisa.

X- Garantia de ressarcimento financeiro:

Você não receberá dinheiro para participar da pesquisa, no entanto, eventuais gastos diretos provenientes da participação da pesquisa poderão ser ressarcidos.

XI - Garantia de indenização:

Em caso de eventual dano decorrente da pesquisa você tem o direito a buscar indenização.

XII – Outros esclarecimentos

Duas vias deste documento serão recebidas, assinadas e rubricadas em todas as páginas por você e pela pesquisadora.

XIII – Esclarecimento de dúvidas

Caso você queira tirar alguma dúvida sobre a pesquisa, pode contatar a pesquisadora responsável: Michelle Lyrio Tabachi, nos telefones (27) 99900-5747 ou através do e-mail: michelle.tabachi@aluno.ufes.br. Caso queira relatar algum problema, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do CCHN/UFES (CEP/ Goiabeiras) pelo telefone (27) 3145-

9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com ou através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Fernando Ferrari, 514 – Campus Universitário, Bairro Goiabeiras, sala 7 do Prédio da Administração do CCHN, CEP 29090-075, Vitória, ES, Brasil.

XIV – Declaração da pesquisadora responsável sobre o cumprimento das exigências éticas da pesquisa com seres humanos

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “Autorregulação e *coping* no contexto do excesso de peso em adolescentes”, eu, Michelle Lyrio Tabachi, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente) da Resolução CNS 99466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

XV – Consentimento pós-informação

Aceito participar deste estudo de forma voluntária e recebi uma das vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e rubricado em todas as páginas por mim e pela pesquisadora.

Vitória, _____ de _____ de 201__.

Nome do responsável

Assinatura do responsável

Michelle Lyrio Tabachi
Pesquisadora Responsável – PPGP
Psicóloga - CRP 16/2908

Apêndice H - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido /Coleta hospital

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



UFES

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa de Mestrado em Psicologia, chamada “Autorregulação e *coping* no contexto do excesso de peso em adolescentes”. A pesquisadora responsável é a psicóloga Michelle Lyrio Tabachi, que tem como orientadora a Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta Loss, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

I – Justificativa da pesquisa

A adolescência é um momento da vida que envolve muitas mudanças. Saber lidar com elas é muito importante para que você, adolescente, tenha uma vida melhor. Esta pesquisa é importante para conhecer possíveis dificuldades que os adolescentes podem ter no seu dia-a-dia, especialmente em relação ao seu peso e sua alimentação e, caso haja dificuldades, compreender como lidam com elas. Assim, com este estudo, pretende-se compreender melhor sobre o desenvolvimento, emoções, comportamentos e as formas do adolescente enfrentar o excesso de peso, possibilitando uma melhor identificação de suas necessidades.

II – Objetivo da pesquisa

Essa pesquisa tem por objetivo conhecer as características do seu comportamento alimentar e aspectos emocionais relacionados ao excesso de peso.

III - Procedimento

Primeiro, entramos em contato com o hospital e pedimos autorização para realizar a pesquisa com os pacientes. O hospital deu permissão para a pesquisa ser realizada. Em seguida, entramos em contato com seu responsável e explicamos a pesquisa para que ele dissesse se tinha interesse em participar e se permitiria a sua participação. Seu responsável já concordou com sua participação. Agora, explicaremos para você como acontecerá a pesquisa. Caso você concorde em participar, pediremos que você responda quatro questionários, sendo: um sobre seus dados de identificação, dados clínicos e de estilo de vida, dois questionários sobre seu comportamento alimentar e um sobre seu comportamento e sentimentos em relação ao seu peso. Esses questionários são para conhecer melhor você e para saber que o você pensa, sente e como se comporta em relação ao seu peso. Seu responsável também participará respondendo a uma ficha de informações gerais sobre sua ele, sua família e sobre você. Em todos esses questionários não há resposta certa ou errada, porque queremos conhecer o que você pensa e sente.

IV – Duração e local da pesquisa

Você deverá responder os instrumentos no hospital, juntamente com o seu responsável. Assim que vocês responderem, todo o material deverá ser devolvido a pesquisadora. Em média, você levará 40 minutos para responder todos os questionários.

V – Risco e desconfortos

Esta pesquisa apresenta risco mínimo a você, já que pode ficar cansado(a) de responder os instrumentos. Para que isto não aconteça, tentaremos fazer da forma mais confortável possível para que você se sinta à vontade para falar sobre qualquer coisa que esteja incomodando. Além disso, se estiver cansado, a coleta de dados poderá ser interrompida e continuar em outro momento.

VI - Benefícios

Com esta pesquisa poderemos conhecer se existem acontecimentos que causam maior dificuldade em sua vida em relação ao seu peso, e caso haja alguma dificuldade, compreender como você faz para lidar com isso. A pesquisa é importante para que possamos compreender melhor a adolescência, auxiliando em alguma dificuldade que possa ocorrer durante esse período da sua vida.

VII – Acompanhamento e assistência

Caso você necessite de algum suporte extra, poderemos te encaminhar para o Núcleo de Psicologia Aplicada da UFES (NPA), em Goiabeiras.

VIII – Garantia de recusa em participar da pesquisa

Você é quem decide se quer ou não participar da pesquisa, e caso em algum momento não queira mais participar é só falar. É importante ressaltar que, mesmo com a autorização do seu responsável, você poderá se recusar participar da pesquisa sem que acarrete qualquer penalidade, prejuízo ou represália de qualquer natureza.

IX – Garantia de manutenção do sigilo e privacidade

Seu nome não aparecerá nos resultados da pesquisa.

X- Garantia de ressarcimento financeiro:

Você não receberá dinheiro para participar da pesquisa, no entanto, eventuais gastos diretos provenientes da participação da pesquisa poderão ser ressarcidos

XI - Garantia de indenização:

Em caso de eventual dano decorrente da pesquisa você tem o direito a buscar indenização.

XII – Outros esclarecimentos

Duas cópias deste documento serão assinadas e rubricadas por você e pela pesquisadora responsável.

XIII – Esclarecimento de dúvidas

Caso você queira tirar alguma dúvida sobre a pesquisa, pode contatar a pesquisadora responsável: Michelle Lyrio Tabachi, nos telefones (27) 99900-5747 ou através do e-mail: michelle.tabachi@aluno.ufes.br. Caso queira relatar algum problema, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do CCHN/UFES (CEP/ Goiabeiras) pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com ou através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Fernando Ferrari, 514 – Campus Universitário, Bairro Goiabeiras, sala 7 do Prédio da Administração do CCHN, CEP 29090-075, Vitória, ES, Brasil.

XIV – Declaração da pesquisadora responsável sobre o cumprimento das exigências éticas da pesquisa com seres humanos

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “Autorregulação e *coping* no contexto do excesso de peso em adolescentes”, eu, Michelle Lyrio Tabachi, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente) da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

XV – Consentimento pós-informação

Aceito participar deste estudo de forma voluntária e recebi uma via deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido assinado e rubricado por mim e pela pesquisadora.

Vitória, _____ de _____ de 201____.

Nome do adolescente

Assinatura do(a) adolescente

Michelle Lyrio Tabachi
Pesquisadora Responsável - PPGP
Psicóloga - CRP 16/2908

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo

Responsável/Coleta redes sociais

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



UFES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO RESPONSÁVEL

O(a) adolescente sob sua responsabilidade está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa de Mestrado em Psicologia, chamada “Autorregulação e coping no contexto do excesso de peso em adolescentes”. A pesquisadora responsável é a psicóloga Michelle Lyrio Tabachi, tendo como orientadora a Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta Loss, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

I – Justificativa da pesquisa

A adolescência é um momento da vida que envolve muitas mudanças. Saber lidar com elas é muito importante para que os adolescentes tenham uma vida melhor. Esta pesquisa é importante para conhecer possíveis dificuldades que os adolescentes podem ter no seu dia-a-dia, especialmente em relação ao seu peso e sua alimentação e, caso haja dificuldades, como lidam com elas. Assim, com este estudo, pretende-se compreender melhor sobre o desenvolvimento, emoções, comportamentos e as formas do adolescente enfrentar o excesso de peso, possibilitando uma melhor identificação de suas necessidades.

II – Objetivo da pesquisa

Essa pesquisa tem por objetivo conhecer as características do comportamento alimentar e aspectos emocionais de adolescentes com excesso de peso.

III - Procedimento

Primeiro, divulgamos a pesquisa através de redes sociais e você já sinalizou a pesquisadora sobre o interesse em participar da pesquisa. Em seguida, entramos em contato com você e explicamos brevemente a pesquisa para que dissesse se tinha interesse em participar e se permitiria a participação do adolescente pelo qual é responsável. Agora, explicaremos melhor para você como acontecerá a pesquisa. Caso você queira participar, pediremos que você responda a uma ficha sobre informações do adolescente, com objetivo de obter informações gerais sobre você e o adolescente. Informações sobre você como nome, data de nascimento, idade, sexo, escolaridade, atividade ocupacional, altura e peso, renda familiar e histórico de excesso de peso na família deverão ser respondidas. Informações sobre o adolescente também serão necessárias como: nome, data de nascimento, idade, sexo, escolaridade, altura e peso, dados sobre nascimento, gestação materna, amamentação e complicações durante a gravidez, etc. O adolescente deverá responder quatro questionários, sendo: um sobre seus dados de identificação, dados clínicos e de estilo de vida, dois questionários sobre seu comportamento alimentar e um sobre seu comportamento e

sentimentos em relação ao seu peso. Esses questionários são para conhecer melhor vocês e para saber que o adolescente pensa, sente e como se comporta em relação ao seu peso.

IV – Duração e local da pesquisa

Você deverá responder os instrumentos no consultório de psicologia, assim como o adolescente. Assim que vocês responderem, todo o material deverá ser devolvido a pesquisadora. Em média, você levará 40 minutos para responder todos os questionários.

V – Risco e desconfortos

Esta pesquisa apresenta risco mínimo a você e ao adolescente, já que podem ficar cansados(as) de responder os instrumentos. Para que isto não aconteça, tentaremos fazer da forma mais confortável possível para que você se sinta à vontade para falar sobre qualquer coisa que esteja incomodando. Além disso, se estiverem cansados(as), a coleta de dados poderá ser interrompida e continuar em outro momento.

VI - Benefícios

Com esta pesquisa poderemos conhecer se existem acontecimentos que causam maior dificuldade na vida do adolescente em relação ao seu peso, e em caso positivo, quais são e como ele faz para lidar com isso. É importante para que possamos compreender melhor a adolescência, auxiliando em alguma dificuldade que possa ocorrer durante esse período da sua vida.

VII – Acompanhamento e assistência

Caso você necessite de algum suporte extra, poderemos te encaminhar para o Núcleo de Psicologia Aplicada da UFES (NPA), em Goiabeiras.

VIII – Garantia de recusa em participar da pesquisa

Você é quem decide se quer ou não participar da pesquisa, e caso em algum momento não queira mais participar é só falar. É importante ressaltar que, mesmo com a sua autorização, o adolescente poderá se recusar participar da pesquisa sem que acarrete qualquer penalidade, prejuízo ou represália de qualquer natureza.

IX – Garantia de manutenção do sigilo e privacidade

Nem o seu nome nem o do adolescente aparecerão nos resultados da pesquisa.

X- Garantia de ressarcimento financeiro:

Você não receberá dinheiro para participar da pesquisa, no entanto, eventuais gastos diretos provenientes da participação da pesquisa poderão ser ressarcidos.

XI - Garantia de indenização:

Em caso de eventual dano decorrente da pesquisa você tem o direito a buscar indenização.

XII – Outros esclarecimentos

Duas vias deste documento serão recebidas, assinadas e rubricadas em todas as páginas por você e pela pesquisadora.

XIII – Esclarecimento de dúvidas

Caso você queira tirar alguma dúvida sobre a pesquisa, pode contatar a pesquisadora responsável: Michelle Lyrio Tabachi, nos telefones (27) 99900-5747 ou através do e-mail: michelle.tabachi@aluno.ufes.br. Caso queira relatar algum problema, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do CCHN/UFES (CEP/ Goiabeiras) pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com ou através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Fernando Ferrari, 514 – Campus Universitário, Bairro

Goiabeiras, sala 7 do Prédio da Administração do CCHN, CEP 29090-075, Vitória, ES, Brasil.

XIV – Declaração da pesquisadora responsável sobre o cumprimento das exigências éticas da pesquisa com seres humanos

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “Autorregulação e coping no contexto do excesso de peso em adolescentes”, eu, Michelle Lyrio Tabachi, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente) da Resolução CNS 105466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

XV – Consentimento pós-informação

Aceito participar deste estudo de forma voluntária e recebi uma das vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e rubricado em todas as páginas por mim e pela pesquisadora.

Vitória, _____ de _____ de 201____.

Nome do responsável

Assinatura do responsável

Michelle Lyrio Tabachi
Pesquisadora Responsável – PPGP
Psicóloga - CRP 16/2908

Apêndice J - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido/Coleta redes sociais

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



UFES

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa de Mestrado em Psicologia, chamada “Autorregulação e coping no contexto do excesso de peso em adolescentes”. A pesquisadora responsável é a psicóloga Michelle Lyrio Tabachi, que tem como orientadora a Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta Loss, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

I – Justificativa da pesquisa

A adolescência é um momento da vida que envolve muitas mudanças. Saber lidar com elas é muito importante para que você, adolescente, tenha uma vida melhor. Esta pesquisa é importante para conhecer possíveis dificuldades que os adolescentes podem ter no seu dia-a-dia, especialmente em relação ao seu peso e sua alimentação e, caso haja dificuldades, compreender como lidam com elas. Assim, com este estudo, pretende-se compreender melhor sobre o desenvolvimento, emoções, comportamentos e as formas do adolescente enfrentar o excesso de peso, possibilitando uma melhor identificação de suas necessidades.

II – Objetivo da pesquisa

Essa pesquisa tem por objetivo conhecer as características do seu comportamento alimentar e aspectos emocionais relacionados ao excesso de peso.

III - Procedimento

Primeiro, entramos em contato por redes sociais e explicamos a pesquisa para seu responsável, que já sinalizou a pesquisadora sobre o interesse em participar da pesquisa. Seu familiar já concordou com sua participação. Agora, explicaremos para você como acontecerá a pesquisa. Caso você concorde em participar, pediremos que você responda quatro questionários, sendo: um sobre seus dados de identificação, dados clínicos e de estilo de vida, dois questionários sobre seu comportamento alimentar e um sobre seu comportamento e sentimentos em relação ao seu peso. Esses questionários são para conhecer melhor você e para saber que o você pensa, sente e como se comporta em relação ao seu peso. Seu responsável também participará respondendo a uma ficha de informações gerais sobre sua ele, sua família e sobre você. Em todos esses questionários não há resposta certa ou errada,

porque queremos conhecer o que você pensa e sente.

IV – Duração e local da pesquisa

Você deverá responder os instrumentos na sala do consultório de psicologia, assim como o seu responsável. Assim que vocês responderem, todo o material deverá ser devolvido a pesquisadora. Em média, você levará 40 minutos para responder todos os questionários.

V – Risco e desconfortos

Esta pesquisa apresenta risco mínimo a você, já que pode ficar cansado(a) de responder os instrumentos. Para que isto não aconteça, tentaremos fazer da forma mais confortável possível para que você se sinta à vontade para falar sobre qualquer coisa que esteja incomodando. Além disso, se estiver cansado, a coleta de dados poderá ser interrompida e continuar em outro momento.

VI - Benefícios

Com esta pesquisa poderemos conhecer se existem acontecimentos que causam maior dificuldade em sua vida em relação ao seu peso, e caso haja alguma dificuldade, compreender como você faz para lidar com isso. A pesquisa é importante para que possamos compreender melhor a adolescência, auxiliando em alguma dificuldade que possa ocorrer durante esse período da sua vida.

VII – Acompanhamento e assistência

Caso você necessite de algum suporte extra, poderemos te encaminhar para o Núcleo de Psicologia Aplicada da UFES (NPA), em Goiabeiras.

VIII – Garantia de recusa em participar da pesquisa

Você é quem decide se quer ou não participar da pesquisa, e caso em algum momento não queira mais participar é só falar. É importante ressaltar que, mesmo com a autorização do seu responsável, você poderá se recusar participar da pesquisa sem que acarrete qualquer penalidade, prejuízo ou represália de qualquer natureza.

IX – Garantia de manutenção do sigilo e privacidade

Seu nome não aparecerá nos resultados da pesquisa.

X- Garantia de ressarcimento financeiro:

Você não receberá dinheiro para participar da pesquisa, no entanto, eventuais gastos diretos provenientes da participação da pesquisa poderão ser ressarcidos

XI - Garantia de indenização:

Em caso de eventual dano decorrente da pesquisa você tem o direito a buscar indenização.

XII – Outros esclarecimentos

Duas cópias deste documento serão assinadas e rubricadas por você e pela pesquisadora responsável.

XIII – Esclarecimento de dúvidas

Caso você queira tirar alguma dúvida sobre a pesquisa, pode contatar a pesquisadora responsável: Michelle Lyrio Tabachi, nos telefones (27) 99900-5747 ou através do e-mail: michelle.tabachi@aluno.ufes.br. Caso queira relatar algum problema, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do CCHN/UFES (CEP/ Goiabeiras) pelo telefone (27) 3145-9820, pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com ou através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Fernando Ferrari, 514 – Campus Universitário, Bairro Goiabeiras, sala 7 do Prédio da Administração do CCHN, CEP 29090-075, Vitória, ES,

Brasil.

XIV – Declaração da pesquisadora responsável sobre o cumprimento das exigências éticas da pesquisa com seres humanos

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “Autorregulação e coping no contexto do excesso de peso em adolescentes”, eu, Michelle Lyrio Tabachi, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente) da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

XV – Consentimento pós-informação

Aceito participar deste estudo de forma voluntária e recebi uma via deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido assinado e rubricado por mim e pela pesquisadora.

Vitória, _____ de _____ de 201__.

Nome do adolescente

Assinatura do(a) adolescente

Michelle Lyrio Tabachi
Pesquisadora Responsável - PPGP
Psicóloga - CRP 16/2908