

**Intervenção Multidisciplinar Baseada na Família:  
Emagrecimento, Estilos Parentais, Perfil  
Comportamental e Consumo Alimentar**

**Doralice Oliveira Pires Dias**

**Sônia M. M. Neves**

Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Goiânia, 2012

**Intervenção Multidisciplinar Baseada na Família:  
Emagrecimento, Estilos Parentais, Perfil  
Comportamental e Consumo Alimentar**

**Doralice Oliveira Pires Dias**

Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Dissertação apresentada ao programa de  
Mestrado em Psicologia da Pontifícia  
Universidade Católica de Goiás, como  
requisito para obtenção do título de  
Mestre em Psicologia.

Orientadora: Sônia Maria Mello Neves

# **Intervenção Multidisciplinar Baseada na Família: Emagrecimento, Estilos Parentais, Perfil Comportamental e Consumo Alimentar**

**Doralice Oliveira Pires Dias**

Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Sônia Maria Mello Neves

**Banca Examinadora:**

---

Sônia Maria Mello Neves, Dra.  
Presidente da Banca: Professor-Supervisor

---

Daniela Zanini, Dra. Professor Convidado

---

Rachel Rodrigues Kerbauy, Dra. Professor Convidado

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Agradecimentos**

Agradeço à Deus, que permitiu que tudo isso fosse possível e pela presença em todos os momentos da minha vida.

À professora Sônia Neves, que me acompanhou desde a iniciação científica, dividindo conhecimento, com compromisso e amizade.

Ao meu esposo Olavo Dias, pela compressão, parceria, auxílio no trabalho e abdicção da minha presença ao seu lado, para que esse sonho fosse realizado.

Aos meus pais Walter e Kátia, pelo amor incondicional e por minha formação moral e intelectual.

Aos meus irmãos Flávia e Pedro Henrique, que me proveram de carinho e alegria durante essa etapa.

À equipe do projeto “Bem Viver”, sem ela essa pesquisa não teria sido realizada; em especial a Stéphanie e Lívia, que estiveram ao meu lado durante todo o processo me auxiliando e apoiando.

Às famílias que participaram do projeto, pela disponibilidade.

Aos professores Daniela Zanini e Weber Martins, pelas sugestões e auxílio durante o desenvolvimento dessa dissertação.

## Resumo

A obesidade está associada com sedentarismo e com alto consumo de alimentos hipercalóricos. Em crianças, essa doença, demonstra estar correlacionada com problemas de comportamento internalizantes, além de acarretar prejuízos à maioria dos sistemas orgânicos. O conjunto de práticas educativas (Estilos Parentais) pode reduzir ou aumentar o risco de sobrepeso infantil. Tratamentos comportamentais do excesso de peso baseados na família têm sido desenvolvidos há mais de 25 anos e os resultados a curto e longo prazo mostram sua eficácia. Diante disso, foram desenvolvidos quatro estudos. O objetivo do primeiro estudo foi construir um programa de intervenção grupal voltado para a criança e avaliar qual dos dois papéis familiares – mediador (auxiliar no emagrecimento das crianças) ou participante (quando há do próprio emagrecimento) - demonstra ser mais eficaz na redução do IMC. Participaram do estudo 30 crianças com percentil  $\geq 85$  e idades entre 7 e 12 anos e 26 cuidadores com índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 25$ . Os resultados mostraram que as crianças com cuidadores mediadores foram as melhores seguidoras de regras e as que mais reduziram o IMC. Estratégias lúdicas favoreceram a motivação e a adesão à proposta interventiva multidisciplinar, o que indica a importância da implantação de programas apropriados à linguagem da criança. O segundo estudo avaliou o consumo alimentar e a relação desse consumo com a redução do IMC de doze crianças acima do peso, com idades entre 7 e 12 anos, que participaram de uma intervenção psicoeducativa multidisciplinar para cuidadores e crianças. Buscou-se também verificar os efeitos de dois tipos diferentes de participação dos cuidadores, isto é, como mediadores ou como participantes no consumo alimentar dessas crianças. Os resultados mostraram maior consumo de alimentos não saudáveis em todos os lanches. Contudo, as crianças que reduziram o IMC durante a intervenção multidisciplinar consumiram mais alimentos saudáveis do que aquelas que não emagreceram, apesar de continuarem ingerindo alimentos não saudáveis. As crianças do grupo de mediadores consumiram mais alimentos saudáveis. Correlações entre competência social e problemas de comportamento de cuidadores e crianças, IMC e adesão das crianças foram abordadas no terceiro estudo. Os resultados mostraram relações significativas entre problemas de comportamento internalizantes das crianças e seu IMC, e relações entre problemas de comportamento de cuidadores e de crianças. Sugere-se que o problema de comportamento das crianças seja uma variável mediacional entre o problema de comportamento dos cuidadores e o IMC das crianças, sendo assim necessário o desenvolvimento de intervenções para o excesso de peso que intervenham nos problemas de comportamento de ambos. O quarto estudo, por fim, verificou através do Inventário de Estilos Parentais (IEP), os estilos parentais de 18 cuidadores, divididos em dois grupos: participantes e mediadores. Buscou-se, também, verificar mudanças em relação às práticas parentais dos cuidadores devido à implantação do programa multidisciplinar. Por fim, investigou-se a existência de correlações entre estilos parentais e IMC das crianças. Sobre correlação entre IMC das crianças e estilos parentais, não foi verificada nenhuma relação estatisticamente significativa. Verificou-se, após o programa, que cuidadores mediadores apresentaram melhores resultados no IEP final.

Palavras-chave: estilos parentais, sobrepeso, intervenções multidisciplinares, preferência alimentar, problemas de comportamento.

### *Abstract*

Obesity is associated with physical inactivity and with high consumption of hyper-caloric foods. In children, this disease, shows to be correlated with internalizing behavioral problems and, in addition, causes damage to most organic systems. The group of educational practices (Parental Styles) can reduce or increase the risk of children's overweight. Family based behavioral treatments for overweight have been developed for over 25 years and short and long term results of these have show their efficacy. The purpose of this study was to build a child-oriented group intervention program and evaluate which of two family roles – mediator (the person aids in the loss of weight) or participant (when the person loses weight) – shows to be the most effective in the reduction of Body Mass Index (BMI). Thirty children with percentile  $\geq 85$  and ages between 8 and 12 years, and 26 caregivers with BMIs  $\geq 25$  participated in the study. The results showed that the children with mediator caregivers followed rules better and reduced their BMI the most. Playful strategies favored motivation and participation in the interventional multidisciplinary approach, which indicates the importance of the implanting programs that are appropriate to the child's language. The second study evaluated eating habits and their relation to the Body Mass Index (BMI) of 12 overweight children, ages 7 to 12 years, who participated in a psycho-educational multidisciplinary intervention program for children and their caregivers. The effects of two different types of the caregiver participation: either as a mediator or as a participant in the eating habits of children. Healthy and non-healthy option of food and drinks were offered in nine sacks. The results showed a higher consumption of non-healthy foods in all snacks. However, the children that reduced their BMI during the multidisciplinary intervention ate more healthy foods than the ones that did not lose weight, though they continued to eat non-healthy foods as well. Children from the mediator groups ate more healthy foods. Correlations between social competence and behavioral problems of caregivers and children, BMI and adherence of children were addressed in the third study. Results show a significant relationship between the child's internalization of behavioral problems and the BMI as well as a relationship between the child's and the caregivers behavioral problems. It is suggested that the child's behavioral problem is a mediating variable between the caregivers behavioral problem and the child's BMI, therefore becoming necessary the development interventions on the overweight problem which deal with the behavioral problems of both. The fourth study, finally verified through the *Inventário de Estilos Parentais* (IEP), the parental styles of 18 caregivers. These were divided into two groups: participants and the mediators. Changes in the caregivers parental practices after the implantation of the multidisciplinary program were also evaluated. We also verified correlations between parental style and the child's BMI. Overall, in the initial IEP there was a prevalence of the Physically Abusive parental style. No significant statistical correlation was found between child's BMI and parental styles. After the program the mediator caregivers showed better results at the final IEP.

**Key-words:** parental styles, overweight multidisciplinary interventions, food preference, behavioral problems

## Sumário

<b>1. Introdução Geral .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Capítulo I: Efeitos Dos Tipos de Grupos de Cuidadores no Emagrecimento das Crianças</b>	
2.1 Resumo.....	14
2.2 Abstract.....	15
2.3 Introdução.....	16
2.4 Método.....	22
2.5 Resultados.....	27
2.6 Discussão.....	35
2.7 Referências.....	38
<b>3. Capítulo II: Consumo Alimentar de Crianças Acima do Peso</b>	
3.1Resumo.....	42
3.2 Abstract.....	43
3.3 Introdução.....	44
3.4 Método.....	48
3.5 Resultados.....	53
3.6 Discussão.....	62
3.7 Referências.....	65
<b>4. Capítulo III: Relações entre IMC, Competência Social e Problemas de Comportamento de Cuidadores e Crianças</b>	
4.1Resumo.....	68
4.2 Abstract.....	69
4.3 Introdução.....	70
4.4 Método.....	76

4.5 Resultados.....	78
4.6 Discussão.....	80
4.7 Referências.....	82
<b>5. Capítulo IV: Estilos Parentais e Emagrecimento de Crianças Submetidas a Intervenção Multidisciplinar</b>	
5.1 Resumo.....	86
5.2 Abstract.....	87
5.3 Introdução.....	88
5.4 Método.....	92
5.5 Resultados.....	94
5.6 Discussão.....	98
5.7 Referências.....	100
<b>6. Discussão Geral.....</b>	<b>102</b>
<b>7. Referências.....</b>	<b>105</b>
<b>8. Anexos.....</b>	<b>109</b>



## Introdução

Atualmente a obesidade tem sido alvo de grande atenção, sendo considerada até mesmo uma epidemia mundial. Segundo a *World Health Organization*, o crescente aumento da prevalência da obesidade no mundo é também observado no Brasil. Cerca de 25% dos adultos já são acometidos de sobrepeso e a obesidade afeta 8,3% dos brasileiros (Acuña & Cruz, 2004).

Lobstein, Baur e Uauy (2004) apontam a obesidade como uma crise na saúde pública que afeta 17,6 milhões de crianças americanas com idade inferior a cinco anos. Desse modo, nos Estados Unidos 25% das crianças estão com sobrepeso e 11% são obesas. No Brasil a prevalência do sobrepeso e da obesidade também vem aumentando consideravelmente; cerca de 25% das crianças e adolescentes brasileiros estão acima do peso considerado saudável de acordo com idade e sexo (Souza, Heller, Anjos & Aguirre, 2003; Souza & Heller, 2004; Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant, 2005; Halpern & Rodrigues, 2006).

O diagnóstico de obesidade em adultos é tecnicamente simples e mais comumente definido pelo Índice de Massa Corpórea (IMC) de 30kg/m<sup>2</sup> ou mais. O IMC é calculado através do peso ajustado para a altura: peso (kg)/altura x altura(m<sup>2</sup>). Consideram-se também, indivíduos com sobrepeso aqueles com IMC entre 25 a 30 kg/m<sup>2</sup> (OMS, 1995)

Para o diagnóstico de sobrepeso ou obesidade em crianças é utilizado o IMC de acordo com a idade e o sexo. Os dados são comparados com as informações das curvas e tabelas de referência do *National Center for Health Statistics - NCHS* (CDC 2000) e os resultados obtidos em percentil são considerados diagnósticos de obesidade se o IMC for  $\geq$  ao percentil 95 e sobrepeso quando o IMC indicar percentil entre 85 e 95.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo de massa gorda (gordura) no organismo, sendo consequência do excessivo armazenamento nas células do corpo de energia dos alimentos consumidos (Flaherty, 1990). Embora o mecanismo de desenvolvimento da obesidade não esteja totalmente compreendido, confirma-se que a obesidade ocorre quando o gasto de energia é superior ao consumo (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant, 2005).

Existem múltiplos fatores etiológicos para esse desequilíbrio. Os aspectos biológicos, nos anos 80, eram apontados como principais desencadeantes e mantenedores da obesidade. Nos anos 90 a base etiológica multifatorial dessa doença foi considerada; pôde-se, desse modo, considerar o envolvimento de vários componentes genéticos, fisiológicos, psicológicos e ambientais (Brownell & O'Neil, 1999). Os fatores genéticos e fisiológicos referem-se à predisposição do indivíduo a se tornar obeso e à influência da quantidade de células de gordura existentes no organismo e suas características metabólicas. Fatores ambientais atuam na quantidade e qualidade dos alimentos oferecidos e na mudança nos hábitos alimentares, como por exemplo, a industrialização (Kaplan & Sadock, 1984). Os fatores psicológicos referem à aprendizagem de se comer diante de situações aversivas, problemas de comportamento que mantêm relações com o comer compensatório, com falta de disciplina e com autorregras disfuncionais (Souza, Heller, Anjos & Aguirre, 2003; Souza & Heller, 2004).

Devido aos fatores ambientais, as preferências de estilo de vida e aspectos culturais parecem desempenhar papéis importantes no aumento da prevalência de obesidade em todo o mundo. Nas últimas décadas a comida tornou-se mais acessível a um maior número de pessoas e o conceito de "alimento" mudou de um meio de

alimentação para um marcador de estilo de vida e uma fonte de prazer. Ao mesmo tempo, tem-se notado diminuição da prática de atividades físicas; tem-se tido preferência por jogos eletrônicos e computadores, deixando-se de lado brincadeiras mais ativas (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant, 2005). Assim, o aumento da prevalência de obesidade está estritamente relacionado com mudanças no estilo de vida, dentre elas: maior dificuldade em brincar na rua, pela falta de segurança, maior apelo comercial pelos produtos ricos em carboidratos e maior facilidade em se fazer preparações ricas em gorduras e calorias (Hampson, Andrews, Peterson & Duncan, 2007).

Com a mudança do paradigma, proposta nos anos 90, o fator psicológico passou a ser considerado relevante na determinação da obesidade e por isso ele já é mencionado dentre as intervenções propostas (Schneider, 2008).

### **Comportamento alimentar**

Assim como a obesidade é multideterminada, o padrão alimentar, um dos comportamentos responsáveis pela regulação do peso corporal (Epstein, Roemmich & Raynor, 2001), também pode ser entendido a partir de uma análise multicausal. Essa análise pode ser realizada através do paradigma de causalidade de seleção pelas consequências, de Skinner (1984). Esse modelo entende o comportamento como função conjunta de três fatores: filogênese, ontogênese e cultura. A filogênese refere-se às características biológicas da espécie e fornece estrutura para a aquisição de conhecimentos e de habilidades motoras. A ontogênese está relacionada com a modificação do comportamento através da interação direta com as contingências ambientais, e a cultura representa contingências específicas determinadas por variáveis

grupais, como valores e preconceitos, construídas a partir do comportamento verbal (Catania, 1999).

Sobre os fatores filogenéticos que permeiam o comportamento alimentar, podem-se citar as relações entre neurotransmissores, hormônios, taxa metabólica, estados do sistema gastrointestinal, tecidos de reserva, formação de metabólitos e receptores sensoriais (Quaioti & Almeida, 2006). Estudos como os de Blundell, Lawton e Halford (1995) e Feijó, Bertoluci e Reis (2011) mostram, por exemplo, a influência da serotonina (neurotransmissor relacionado à depressão) na ingestão de alimentos, principalmente os ricos em açúcares e carboidratos.

Em relação aos fatores ontogenéticos e culturais, verifica-se a influência das características dos alimentos (sabor, textura, variedade, tamanho das porções) e do ambiente (temperatura, oferta ou escassez de alimentos, assim como crenças e hábitos sociais, culturais e religiosos) (Quaioti & Almeida, 2006).

A utilização de alimentos como recompensa, atos de pressionar a criança a comer, a privação e o modelo dos pais são também fatores ontogenéticos que influenciam a aprendizagem do comer em excesso (Ventura & Birch, 2008). Dentre os aspectos culturais pode-se destacar a propaganda de alimentos, a influência da mídia na determinação da dieta dos indivíduos, a industrialização e o advento dos *fast foods*.

Ventura e Birch (2008) apontam o contexto familiar como uma das principais raízes do consumo alimentar em excesso, seja através das práticas de alimentação, seja por privação ou irregularidade em relação a horários, quantidade e qualidade dos alimentos, como também no que concerne à forma como os próprios cuidadores se alimentam e lidam com a prática de exercícios físicos.

## **Estilos Parentais e obesidade**

Pais e/ou cuidadores, a partir do modelo que proporcionam e dos estilos de educação, influenciam diretamente a maneira com a qual a criança lida com o alimento e as atitudes em relação aos exercícios físicos (Davison & Birch, 2001; Ventura & Birch; 2008). De acordo com Darling e Steinger (1993), pesquisas sobre parentalidade (estilos parentais) têm apontado efeitos diretos no desenvolvimento dos comportamentos da criança.

No Brasil, umas das pesquisadoras que tem publicado sobre estilos parentais é Paula Gomide (2006). Ela chama de estilos parentais o conjunto de práticas educativas utilizadas pelos pais com objetivos de educar os filhos. Gomide (2006) propõe um modelo teórico dos Estilos Parentais que compõe-se de sete práticas educativas: duas delas, Monitoria Positiva e Comportamento Moral, são caracterizadas pelo estabelecimento adequado de regras, limites, atenção, distribuição de recompensas, afeto, envolvimento e senso de justiça. Desenvolvem, assim, comportamentos pró-sociais, como seguimento de regras, autocontrole e empatia. As demais práticas - Abuso Físico, Punição Inconsistente, Monitoria Negativa, Disciplina Relaxada e Negligência - referem-se, respectivamente, à punição através de agressão física, punição orientada pelo humor dos pais, excesso de reclamação sem consequências, falta de consistência ao fazer cumprir as regras e falta de atenção aos filhos e ausência de afeto; estão relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos antissociais.

De acordo com Gortmaker, Musta e Perrin (1996), práticas parentais eficazes podem reduzir o risco de sobrepeso infantil, como também influenciar o desenvolvimento do excesso de peso.

Estudos de Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti e Bradley (2006) apontam que pais com práticas educativas excessivamente rígidas contribuem para a construção de

comportamentos ansiosos, como o ato de comer escondido. Desse modo, não provêm condições para o desenvolvimento da capacidade de autorregulação das emoções negativas. Por outro lado, práticas negligentes e/ou permissivas também podem contribuir para o sobrepeso infantil devido à falta de disciplina alimentar e aos horários irregulares. Mantêm-se, assim, estreita ligação com abusos alimentares tanto em relação à quantidade quanto a qualidade dos alimentos.

### **Aspectos psicossociais e obesidade**

A obesidade afeta várias áreas da vida da criança e do adulto. São percebidos distúrbios na maioria dos sistemas orgânicos: ortopédicos, gastroenterológicos, endócrinos, metabólicos, cardiovasculares, pulmonares, neurológicos e câncer (Honisett, Woolcock, Porter & Hughes, 2009). Implica, ainda, problemas na autoestima da criança quanto à imagem corporal, sentimentos de inferioridade em comparação aos amigos, isolamento social e dificuldade de expressão de sentimentos, dentre outros sofrimentos psicológicos e comportamentais (Souza, Heller, Anjos & Aguirre, 2003).

As relações entre obesidade e aspectos psicossociais podem ser provenientes do impacto da obesidade sobre a autoestima e confiança social, dada à concepção de beleza da sociedade atual. Advêm, também, de questões relativas ao baixo nível de atividade física que pode ter uma conseqüência no humor ou vice-versa (Tiffin, Arnott, Moore & Summerbell, 2011), como também da estigmatização dessa população. Evidências de que crianças obesas constituem um grupo estigmatizado foram fornecidas no estudo de Lener e Gellert (1969) em que meninos e meninas mostraram aversão quando lhes foram apresentadas com fotos de gordinhos em trajes de banho.

Verifica-se que crianças obesas podem ser vítimas de maus tratos e marginalização social e sabe-se que vítimas de estigmatização, negligência, *bullying*

e/ou marginalização, são mais propensas a apresentar problemas de comportamento, tanto externalizantes quanto internalizantes. Problemas externalizantes formam uma categoria de comportamentos observáveis, como, por exemplo: impulsividade, agressividade, atitudes desafiadoras frequentes em transtornos de agressividade, comportamentos desafiadores opositores, antissociais e abuso de substâncias (Anderson, He, Schoppe-Sullivan & Must 2010; Bordin, Mari & Caeiro, 1995; Gauy & Guimarães, 2006).

Já baixa a autoestima e o isolamento estão relacionados com os problemas de comportamento internalizantes, evidenciados por retraimento, ansiedade e problemas psicossomáticos presentes na depressão e ansiedade patológica (Bordin, Mari & Caeiro, 1995; Gauy & Guimarães, 2006).

As dificuldades psicossociais relacionadas ao excesso de peso parecem depender também, do grau de sucesso no tratamento desse mal. Estudos como os de Epstein Wisniewski e Weng (1994) e de Napolitano e Hayes (2011) mostram que os indivíduos que mais apresentam problemas de comportamento, assim como os que percebem as situações como estressantes exibem menor perda de peso; ao passo que as pessoas consideradas mais socialmente competentes, isto é, as que se relacionam melhor com os outros, têm elevada autoestima e apresentam melhores resultados no tratamento de excesso de peso (Vieira, Mata, Silva, Coutinho, Santos, Minderico, Sardinha & Teixeira, 2011)

Diante do impacto dos fatores psicossociais na vida do indivíduo acometido pela doença, inclusive os efeitos nos resultados do tratamento, Epstein e Wrotniak (2010) salientam a importância do aprofundamento dos estudos que relacionam obesidade e aspectos psicossociais e também apontam a necessidade de melhor intervir nesses aspectos nos programas de tratamento da obesidade.

## **Tratamento tradicional da obesidade**

As dificuldades físicas e psicossociais associadas à obesidade infantil mostram a importância efetiva de uma intervenção em relação ao gerenciamento do peso em crianças, adolescentes e também em adultos (Jelalian & Saelens, 1999).

Dentre as intervenções tradicionais utilizadas no tratamento da obesidade, tem-se os tratamentos nutricionais, farmacológico, psicológico e atividades físicas.

Os tratamentos nutricionais têm por objetivo comum a perda de peso sustentada e saudável, mas torna-se limitado à medida que, após a interrupção da dieta, o ganho de peso mostra-se proporcional à perda e o quanto mais rápido o peso é perdido, mais rapidamente é recuperado. Desse modo, os resultados a longo prazo são desanimadores (Moreira & Benchimol, 2006).

A atividade física, que possibilita a perda de calorias ingeridas e melhora significativa nos diversos parâmetros metabólicos dentre outros benefícios, não é o suficiente para a perda de peso (Moreira & Benchimol, 2006); além disso, crianças obesas têm dificuldade de engajamento e permanência nessas práticas (Souza, 2004).

O tratamento farmacológico é uma das últimas alternativas para o tratamento da obesidade infantil e comumente não é empregado devido ao grande número de efeitos colaterais e por não possibilitar a manutenção do peso após a intervenção.

Já o tratamento psicológico consiste em focar os fatores comportamentais, cognitivos e emocionais. Estes em interação influenciam a realização de atividades físicas e mantêm estreitas relações com a aprendizagem do comportamento de se alimentar em situações aversivas ou em outras contingências (Schneider, 2008).



### **Tratamentos comportamentais baseados na família**

As mudanças de comportamentos alimentares e de exercícios físicos quando mobilizam a família, aumentam a eficácia dos programas de tratamento da obesidade infantil (Epstein, Paluch, Roemmich, & Beecher, 2007). Desse modo, tratamentos que abordam estilo parental visando não só modificar os hábitos de regulação do peso corporal, mas também capacitar os pais a desenvolver habilidades parentais eficazes, são importantes e eficientes na redução do peso das crianças (Epstein & cols., 2007).

Esse tipo de intervenção é chamado de tratamento comportamental da obesidade baseado na família, e tem sido desenvolvido há mais de 25 anos e os resultados a curto e longo prazo mostram sua eficácia (Epstein & cols., 2007). Os pais são ensinados a usar técnicas comportamentais de reforço, a fazer o registro de alimentos dos filhos e a implementar um sistema de controle de estímulos como gráficos para acompanhamento do peso (Aragona, Cassady & Drabman, 1975). Dentre as técnicas ensinadas aos cuidadores estão: motivação das crianças através de elogios quando estas cumprem os objetivos delimitados (exemplos: restrição calórica e diminuição de comportamentos sedentários) (Epstein, Paluch, Gordy, & Dorn, 2000) e a organização do ambiente pela retirada de alimentos de alta caloria, propiciar lanches de baixa caloria e o estabelecimento de uma rotina (Espstein, Valoski, Wing & McCurley, 1990; Israel, Solotar & Zimand, 1990).

Os estudos citados também apontam outra forma de participação dos cuidadores, em que estes são ensinados a mudar os próprios comportamentos de regulação de peso corporal, servindo de modelo para os filhos. No entanto, as dificuldades de autocontrole e psicossociais já encontradas no repertório comportamental das crianças com excesso de peso evidenciam a necessidade de

intervenções direcionadas a elas. É importante que as intervenções tenham uma linguagem apropriada e atraente à sua faixa etária (Epstein & Wrotniak, 2010).

### **Objetivos**

Diante do aumento da prevalência do sobrepeso, tanto em crianças como em adultos, da influência da família no excessivo consumo de alimentos altamente calóricos, impacto psicossocial da obesidade na vida dos indivíduos acometidos por esse mal, este estudo buscou investigar os efeitos de intervenções multidisciplinares dos modelos de tratamento comportamental baseados na família nas mudanças de Índice de Massa Corpórea (IMC) de crianças e cuidadores, como também no consumo alimentar das crianças.

Outro objetivo foi identificar os efeitos dos estilos parentais e os problemas de comportamento nas mudanças de IMC das crianças que participaram de um programa de intervenção psicoeducativa multidisciplinar na obesidade infantil.

Dessa forma, foram desenvolvidos quatro estudos que serão apresentados em formato de artigos científicos, a seguir:

### **Capítulo I: Efeitos Dos Tipos de Grupos de Cuidadores No Emagrecimento das Crianças**

O objetivo desse estudo foi avaliar qual a melhor forma de participação dos cuidadores no tratamento comportamental da obesidade infantil, ou seja, como participantes, quando objetivam seu próprio emagrecimento, ou como mediadores, auxiliares no emagrecimento e modificação dos comportamentos das crianças. Objetivou-se, também construir um programa de intervenção grupal, voltado à criança utilizando uma linguagem apropriada para tal.

## **Capítulo II: Consumo Alimentar de Crianças Acima do Peso**

O objetivo geral do estudo foi avaliar as preferências alimentares de crianças acima do peso, componentes de um programa de intervenções psicoeducativas multidisciplinares para pais e crianças de uma escola de ensino fundamental, durante os lanches oferecidos. Havia opções de alimentos e bebidas saudáveis (baixo teor de açúcar e gorduras) e não saudáveis (alimentos industrializados, ricos em açúcares e gorduras).

Procurou-se, também, observar a relação das preferências com a redução no IMC, bem como a relação entre o consumo alimentar e os efeitos de dois tipos diferentes de participação dos cuidadores, isto é, como mediadores (auxiliares no emagrecimento das crianças) ou como participantes (busca do próprio emagrecimento).

## **Capítulo III: Relações entre IMC, Competência Social e Problemas de Comportamento de Cuidadores e Crianças**

Buscando entender melhor a relação entre os problemas de comportamento/competências e excesso de peso, esse artigo teve como objetivo avaliar a existência de relação entre problemas de comportamento, competências e o Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças participantes de um programa de intervenção psicoeducativa multidisciplinar que abordava o problema de excesso de peso da família. Objetivou-se, também, verificar se os problemas de comportamento e as competências sociais de cuidadores e crianças estariam relacionados com o IMC e a adesão da criança, considerada nesse estudo como presença em pelo menos 70% dos encontros da intervenção psicoeducativa multidisciplinar.

#### **Capítulo IV: Estilos Parentais e Emagrecimento de Crianças Submetidas a Intervenção Multidisciplinar.**

Esse artigo buscou verificar, através do Inventário de Estilos Parentais (IEP), os estilos dos cuidadores de crianças participantes de um programa de intervenção psicoeducativa multidisciplinar para perda de peso. A investigação abrangeu tanto os cuidadores mediadores, ou seja, os que recebiam instruções para auxiliar os filhos no processo de emagrecimento, quanto os cuidadores participantes, que recebiam informações de como perder o próprio peso. Buscou-se observar ,também, mudanças em relação às práticas parentais dos cuidadores devido a implantação do programa multidisciplinar. Por fim, foi verificada a existência de correlações entre estilos parentais e IMC das crianças.

## **Capítulo I**

### **Efeitos dos Grupos de Cuidadores no Emagrecimento das Crianças**

## Resumo

Tratamentos comportamentais para o excesso de peso baseados na família têm sido desenvolvidos há mais de 25 anos e os resultados a curto e longo prazo mostram sua eficácia. Diante disso, o objetivo deste estudo foi construir um programa de intervenção grupal voltado para a criança e avaliar qual dos dois papéis familiares – mediador (auxiliar no emagrecimento das crianças) ou participante (quando há do próprio emagrecimento) - demonstra ser mais eficaz na redução do IMC. Participaram do estudo 30 crianças com percentil  $\geq 85$  e idades entre 8 e 12 anos e 26 cuidadores com índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 25$ . Os resultados mostraram que as crianças com cuidadores mediadores foram as melhores seguidoras de regras e as que mais reduziram o IMC. Estratégias lúdicas favoreceram a motivação e a adesão à proposta interventiva multidisciplinar, o que indica a importância da implantação de programas apropriados à linguagem da criança.

Palavras-chave: tratamento comportamental baseado na família, sobrepeso infantil, intervenções multidisciplinares, cuidadores

### *Abstract*

Family based behavioral treatments for overweight have been developed for over 25 years and short and long term results of these have show their efficacy. The purpose of this study was to build a child-oriented group intervention program and evaluate which of two family roles – mediator (the person aids in the loss of weight) or participant (when the person loses weight) – shows to be the most effective in the reduction of Body Mass Index (BMI). Thirty children with percentile  $\geq 85$  and ages between 8 and 12 years, and 26 caregivers with BMIs  $\geq 25$  participated in the study. The results showed that the children with mediator caregivers followed rules better and reduced their BMI the most. Playful strategies favored motivation and participation in the interventional multidisciplinary approach, which indicates the importance of the implanting programs that are appropriate to the child's language.

**Key-words:** Family based behavioral treatment, child overweight, multidisciplinary interventions, caregivers.

## **Efeitos Dos Tipos de Grupos de Cuidadores no Emagrecimento das Crianças**

O padrão alimentar e a prática de exercícios físicos são comportamentos responsáveis pela regulação do peso corporal. Como comportamentos, são passíveis de manipulação e a modificação comportamental pode ser a chave para o tratamento da obesidade (Epstein, Roemmich & Raynor, 2001).

A terapia comportamental contemporânea não se limita a abordagens únicas, ela mantém um enfoque de bases amplas que emprega uma combinação de procedimentos verbais, de ação e métodos de múltiplas dimensões com vistas os determinantes atuais do problema abordado (Franks, 2007).

O tratamento comportamental da obesidade voltado para a idade adulta tem, comumente, características protocolares e realiza-se em sessões previamente estruturadas e com um número de sessões predeterminado. Geralmente envolve uso de pesagem/tabela para acompanhamento do peso, ensino de princípios para o controle do hábito de comer (especificamente trabalham-se quatro elementos: hábitos e estilos de comer inadequados, crenças irracionais que levam a cair em tentações e que podem conduzir a recaídas, informação nutricional e exercício físico), estabelecimento de objetivos (quantos kg se quer perder), registros de pensamento disfuncionais, alimentares e de exercícios, informações acerca do problema da obesidade, análise funcional, análise motivacional (analisar as razões pessoais que movem a intenção de perder peso), avaliação da disponibilidade do companheiro, educação nutricional e controle de estímulos (fixação de horário de alimentação, comer sempre no mesmo



lugar) (Heller & Kerbaux, 2000; Guerreiro, 2007; Bieling, McCabe, & Antony, 2008; Fabricatore, & Wadden, 2003).

Assim como nos procedimentos voltados para a idade adulta, as abordagens comportamentais para mudanças em tratamentos da obesidade infantil abrangem: educação nutricional, automonitoramento das calorias ingeridas e do peso, controle de estímulos, reforçamento positivo e suporte familiar adequado (McCormick, Ramirez, Caldwell, Ripley & Wilkey, 2008). Cabe salientar a importância do caráter lúdico na implementação desses procedimentos no tratamento comportamental da obesidade infantil. A utilização dos recursos lúdicos facilita o entendimento da criança em relação à proposta terapêutica, como também a adesão e a espontaneidade (Conte & Regra, 2006; Vasconcelos, Silva, Curado & Galvão, 2004).

As atuais intervenções comportamentais no tratamento da obesidade infantil, apresentam, geralmente, forma estruturada em protocolos empiricamente baseados (Jelalian & Saelens, 1999) e podem ser realizadas nos mais diversos contextos, como: escolas, comunidades (McCormick, Ramirez, Caldwell, Ripley & Wilkey, 2008), internet (Tate, Wing & Winnett, 2001) e hospitais (Tan-Ting & Llado, 2010). No entanto, o maior número de estudos e com melhores resultados concerne às intervenções comportamentais baseadas na família (Epstein, Paluch, Roemmich, & Beecher, 2007).

### **Tratamentos comportamentais da obesidade infantil baseados na família**

Acredita-se que a mudança de comportamentos alimentares e de exercícios físicos de pais e filhos e o ensino de habilidades comportamentais podem mobilizar a família melhorando a eficácia dos programas de tratamento da obesidade infantil (Epstein & cols., 2007). De acordo com estes autores, tratamentos baseados na família

têm sido desenvolvidos há mais de 25 anos e os resultados a curto e longo prazo mostram sua eficácia.

Aragona, Cassady e Drabman, (1975) relataram um procedimento em que crianças cujos pais foram ensinados a usar técnicas comportamentais de reforço e instruídos a instituir uma economia de fichas para controlar o comportamento alimentar, assim como a realização de exercícios físicos, perderam peso após 12 semanas de tratamento. Nesse estudo os pais também realizaram registro alimentar dos filhos e programaram um sistema de controle de estímulos com uso de gráficos para acompanhamento do peso.

Outro estudo foi realizado por Epstein, Paluch, Gordy e Dorn (2000). Eles aplicaram um tratamento comportamental baseado na família que incluía tanto o controle de estímulos quanto o reforço para reduzir comportamentos sedentários. O programa abrangeu 16 encontros, que aconteceram uma vez por semana, com técnicas de mudança de comportamento, manutenção da mudança comportamental e o *Traffic Light Diet*, uma orientação dietética especificamente voltada para crianças que emprega uma classificação simples para os alimentos: pelas cores verde, amarelo e vermelho, de acordo com o conteúdo calórico.

As famílias foram orientadas a registrar o consumo alimentar diário (descrição dos alimentos, quantidade, calorias e comportamentos sedentários) e ensinadas a elogiar as crianças quando elas cumpriam os objetivos delimitados (restrição calórica, diminuição de comportamentos sedentários). Além disso, forneceu-se às crianças um contrato de reforço com o objetivo de motivá-las para a mudança de comportamento. Os pais foram encorajados a acompanhar todos os requisitos do contrato e a liberar recompensas após seu cumprimento. Foram fornecidas, também, instruções acerca do controle de estímulos adicionais visando modificar o comportamento sedentário através

de letreiros indicadores do limite de tempo em certas atividades (por exemplo, quando desligar televisões ou computadores). Os resultados mostraram que as crianças aumentaram os comportamentos de prática de esportes e diminuíram a porcentagem de gordura corporal.

Em um programa comportamental de 26 semanas de duração, visando a perda de peso em crianças, o envolvimento dos pais em dois diferentes papéis, como mediadores ou como participantes foi comparado. O programa foi estruturado sob uma intervenção chamada CAIR (*cues, activity, intake e reward*) desenvolvida por Israel, Stolmaker, e Andrian (1985, citado por Israel, Solotar & Zimand, 1990). Na quarta semana de encontros grupais, os pais puderam decidir qual papel escolheriam. Na condição de mediadores, deveriam dirigir e apoiar os esforços da criança para a perda de peso. Isso incluía ajudar o filho a preencher registros alimentares, organizar o ambiente tirando alimentos de alta caloria de suas casas, preparar lanches de baixa caloria e liberar reforços contingentes aos comportamentos alvo (por exemplo, a realização de atividades físicas e a alimentação de baixo valor calórico). Como participantes, o esforço dos pais seria direcionado para a própria perda de peso. Neste grupo foram utilizadas dicas de controles de estímulos e modificação de contingências visando a modificação dos mesmos comportamentos alvo. Os resultados mostraram que as crianças cujos pais assumiram o papel de mediadores obtiveram maior sucesso no tratamento (Israel, Solotar & Zimand, 1990).

O estudo de Epstein, Valoski, Wing e McCurley (1990) também relata os procedimentos de uma intervenção comportamental baseada na família para tratar a obesidade infantil. Sessenta e seis crianças de 6 a 12 anos e seus pais foram selecionadas e distribuídas randomicamente em três grupos assim organizados: grupo 1 – em que pais e crianças eram alvos das intervenções para mudar comportamentos e

perder peso; grupo 2 – na qual apenas as crianças eram alvo das intervenções e o grupo 3 – as pessoas alvo não foram especificadas (famílias acima do peso em que crianças e pais eram reforçados apenas por comparecerem às reuniões). A todas as famílias foram oferecidos 15 encontros e aos três grupos foram dadas informações idênticas sobre dieta, exercício e princípios comportamentais.

Através do uso do *Traffic Light Diet* os participantes foram instruídos a selecionar alimentos dentro de uma dieta diária de 1200 a 1500 calorias e ensinados a manter um registro diário de dieta e um gráfico diário de peso. Também foi recomendado às famílias que retirassem todos os alimentos considerados “vermelhos” pelo *Traffic Light Diet* de suas casas. Pais e filhos utilizaram um gráfico para registrar a dieta, e os pais conferiram estrelas aos seus filhos nos dias em que estes comeram adequadamente. A adesão às mudanças dietéticas foi monitorada através de verificação dos gráficos de registro diário. Todos os participantes receberam informações sobre exercícios aeróbicos e foram instruídos a participar de um programa de exercícios físicos. Uma variedade de procedimentos comportamentais foi utilizada nos três grupos visando reforçar diferencialmente as mudanças comportamentais e a perda de peso, como: contrato comportamental, automonitoria, reforçamento social, modelação e manejo de contingências.

O contrato comportamental foi usado para promover adesão ao tratamento. Primeiro, os pais depositaram 65\$ (dólares) no início do programa; a cada sessão 5 \$ poderiam ser devolvidos se o pai ou a criança tivessem perdido peso (Grupo 1), no Grupo 2 os 5 \$ dólares eram devolvidos se a criança perdesse peso e no Grupo 3 apenas a presença no já garantia o reforço. Os pais dos Grupos 1 e 2 foram instruídos quanto a forma de realizar o contrato com seus filhos e quanto a maneira de dar o reforço contingente à perda de peso

A automonitoria envolveu observação e registro diário das calorias ingeridas, dos exercícios e do peso. No grupo 1, pais e crianças foram instruídas a se automonitorar; nos grupos 2 e 3, apenas as crianças. Em relação ao reforçamento social e modelação, nos grupos 1 e 2, pais e crianças foram treinados para servir de modelos para os outros membros da família e elogiá-los quando estes mudassem a alimentação e/ou fizessem exercícios físicos. Os participantes do grupo 3 eram providos de informações sobre modelação e reforço social, mas sem um treino específico em como usar esses métodos.

No início de cada sessão, foram aplicados aos grupos 1 e 2 um teste contendo 5 itens visando a revisão do módulo anterior; era requerido que acertassem pelo menos 4 itens antes que passassem para o próximo módulo. No grupo 1, pais e crianças tinham de dominar seus respectivos módulos; no grupo 2, pais e crianças precisariam dominar o módulo da criança. No grupo 3 havia apenas a leitura das perguntas e respostas e passava-se para o próximo módulo, independentemente das performances no teste. Desse modo, no grupo 1 pais e filhos eram reforçados pelas suas mudanças de comportamento e perda de peso; no grupo 2, apenas as crianças eram reforçadas, e no grupo 3 os participantes eram reforçados apenas por irem às reuniões independentemente de mudarem seus hábitos alimentares.

As crianças do grupo 1 alcançaram melhores resultados no tratamento, como também no *follow-up*. Essa intervenção ressalta a importância da família na manutenção dos resultados pois, de acordo com Epstein, Roemmich e Raynor (2001), o grande desafio não é só demonstrar os efeitos do tratamento enquanto ele está em vigor, mas também mostrar efeitos mesmo após a sua remoção.

Um longo *follow-up*, assim como sessões menos espaçadas (sessões semanais de uma hora), são sugestões dadas por Epstein e Wrotniak (2010), que também realçam

a importância de se recorrer à ciência comportamental básica como fonte de pesquisas sobre regras e autocontrole, para a criação de intervenções mais eficazes. Eles sugerem, também, a criação de protocolos de intervenção que sejam voltados para as diferentes fases da infância, ou seja, respeitando-se o nível de desenvolvimento da criança.

Tendo em vista as considerações observadas na literatura, ou seja, a importância do papel da família nas intervenções para a redução do excesso de peso e a importância dos procedimentos direcionados à idade da criança, o objetivo do presente estudo foi construir um programa de intervenção grupal, voltado para a criança, que visasse modificações dos comportamentos cruciais na regulação do peso corporal (comportamento alimentar e atividade física). Buscou-se no protocolo, diferentemente dos descritos anteriormente, a utilização de uma linguagem voltada para a criança, e a verificação contínua do seu comportamento verbal.

Como nos estudos de Espstein, Valoski, Wing e McCurley (1990) e de Israel, Solotar e Zimand (1990), avaliou-se qual das duas funções familiares - mediadora ou participante – demonstrou ser a mais eficaz nos resultados de perda de peso e de modificação dos comportamentos das crianças.

## **Método**

### **Participantes**

Inicialmente foram selecionadas 30 crianças com percentil acima de 85 e idades entre 8 e 12 anos, e 26 cuidadores (alguns eram responsáveis por mais de uma criança) com Índice de Massa Corpórea maior ou igual a 25.

O IMC é calculado através do peso ajustado para a altura:  $\text{peso (kg)}/\text{altura} \times \text{altura(m}^2\text{)}$ . Consideram-se indivíduos com sobrepeso aqueles com IMC entre 25 a 30  $\text{kg/m}^2$  (OMS, 1995).

Para o diagnóstico de sobrepeso ou obesidade, em crianças é utilizado o IMC da criança de acordo com a idade e o sexo. Os dados são comparados com as informações

das curvas e tabelas de referência do *National Center for Health Statistics - NCHS* (CDC 2000) e os resultados obtidos em percentil são considerados diagnóstico de obesidade se o IMC for  $\geq$  ao percentil 95 e sobrepeso quando o IMC indicar percentil entre 85 e 95.

Foram incluídos na análise de dados apenas crianças e cuidadores que participaram juntos das sessões durante, no mínimo, sete encontros. Considerando este critério, avaliaram-se os dados de 15 crianças ( dois são gêmeos) e 14 cuidadores.

Tabela 1. Perfil nutricional das crianças e cuidadores participantes (P) e mediadores (M) no início do tratamento.

Crianças						Cuidadores			
Famílias	Sexo	Idade	IMC	Percentil	Classificação	Sexo	Idade	IMC	Classificação
P 1	F	8	19,84	93,6	Sobrepeso	F	43	34,25	Obesidade
P 2	F	10	28,04	99	Obesidade	F	40	34,05	Obesidade
P 3	M	11	21,89	92	Sobrepeso	F	40	30,52	Obesidade
P 4	M	10	21,2	94,1	Sobrepeso	M	58	26,1	Sobrepeso
P 5	M	11	23,58	96,5	Obesidade	M	40	28,1	Sobrepeso
P 6	M	8	26,31	99,4	Obesidade	F	43	28,65	Sobrepeso
P 7	M	9	21,71	96,9	Obesidade	F	40	25,86	Sobrepeso
M 8	M	9	20,5	94,9	Sobrepeso	F	34	26	Sobrepeso
M 9	M	10	28,09	99	Obesidade	M	45	33,38	Obesidade
M 10	F	7	21,11	96,9	Obesidade	M	45	28,18	Sobrepeso
M 11	F	12	22,9	90,8	Sobrepeso	F	51	25,3	Sobrepeso
M 12	M	11	21,79	91,6	Sobrepeso	F	44	32,2	Obesidade
M 13	M	7	24,1	99,7	Obesidade	F	42	33,1	Obesidade
M 14	M	11	23,05	94	Sobrepeso	F	44	28,01	Sobrepeso
	M	11	22,95	93,4	Sobrepeso				

### **Materiais/ Ambiente**

Esse estudo aconteceu em uma escola conveniada ao Estado e foram necessários os seguintes recursos : histórias, registros alimentares, quadro de registro de pontos, papéis canetas, lápis de cor, almofadas, cadeiras, projetor multimídia, cola, tesouras,

revistas, lupas confeccionadas com papel laminado, papel cartão e balança calibrada (Welmy) com estadiômetro.

### **Procedimento**

O presente estudo seguiu sugestões de padrões éticos para pesquisas em humanos (Resolução nº 196/96 CNS). Submeteu-se à aprovação da Direção de Ensino onde o programa foi conduzido além da autorização das famílias, através de assinaturas de Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE), com detalhes dos informes da pesquisa.

Após autorização da escola para a realização do estudo, foi enviada aos cuidadores das crianças de 7 a 11 anos uma carta informativa sobre o programa multidisciplinar de excesso de peso que iria envolver profissionais de áreas da Medicina, Nutrição, Psicologia e Fisioterapia. Nessa carta era solicitada a permissão para que a criança fosse pesada e medida, e continha em anexo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deveria ser assinado (Anexo 1 e 2).

Depois da mensuração do peso e altura das crianças na escola, novas cartas foram mandadas aos cuidadores dos alunos cujo peso que estava em excesso, ou seja, com percentil acima de 86. Essa carta os convidava para também serem pesados e medidos, além de conter outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 2 referente a esse procedimento. Os cuidadores que compareceram a escola para serem pesados e os que estavam acima do peso foram convidados a participar do programa.

O programa de intervenção tinha caráter multidisciplinar e envolvia orientações nutricionais, consultas e palestras sobre implicações da obesidade conduzidas por um médico endocrinologista, orientações psicoeducacionais ministradas pela psicóloga e alunos de iniciação científica e programa de atividade física para as crianças dirigido por alunas concluintes do curso de fisioterapia.



Os participantes foram divididos em dois grupos (participantes e mediadores), distribuídos uniformemente por pareamento estatístico em relação ao IMC. No grupo de participantes, cuidadores e crianças tinham objetivo de perda de peso. Para tanto recebiam as orientações nutricionais, informações sobre complicações físicas causadas pelo excesso de peso e encontros psicoeducacionais. Nesses encontros, as crianças recebiam consequências semanalmente através de um quadro de pontos pela perda de peso, realização de registro alimentar semanal, tarefas de casa e o seguimento das regras estabelecidas para o bom andamento dos encontros. As crianças foram informadas de que os pontos adquiridos poderiam ser trocados por recompensas após o término do programa. O conteúdo dos encontros psicoeducativos pode ser observado na Tabela 2.

No grupo de mediadores, os cuidadores recebiam orientações nutricionais e palestras sobre obesidade; no entanto, o conteúdo destas era direcionado à saúde das crianças. As orientações psicoeducativas para os cuidadores tinham como objetivo apresentar princípios de educação de filhos e auxiliá-los a lidar melhor com os comportamentos de regulação do peso corporal das crianças. Os cuidadores mediadores não recebiam pontos por presença ou por perderem peso e também não foram solicitados a realizar registro alimentar. Os encontros psicoeducativos foram baseados no protocolo de orientação de pais, de Weber, Salvador e Brandenburg (2009), e seus conteúdos são apresentados na Tabela 2.

O conteúdo dos encontros das crianças era idêntico para os dois grupos e todas elas foram submetidas ao procedimento de reforçamento, ou seja, recebiam pontos por presença, redução de peso em relação à semana anterior, seguimento de regras e realização de registros. O quadro de registro de pontos era colorido, de tamanho 1,20 x 0,90 m, continha os nomes das crianças e espaços para serem colocados os pontos. Para simbolizar os pontos eram utilizados adesivos coloridos de círculos, estrelas, carros e

frutas. No final do encontro, a própria criança, sob supervisão da psicóloga, colava o adesivo nos espaços correspondentes aos objetivos que foram alcançados. Nesse momento a psicóloga também elogiava e comemorava junto à criança.

A forma de apresentação dos conteúdos psicoeducativos para as crianças teve caráter lúdico. Histórias como “As girafinhas que perderam a forma”, “A girafinha pesquisadora”, “A menina que comia escondido”, “Compulsina versus Equilibrina” criadas e empregadas no estudo de Rodrigues (2009) e “Meu nome não é gorducho (Souza, 2009) foram utilizadas nas sessões 3, 4, 7, 8 e 9, respectivamente.

Tabela 2. Conteúdo dos encontros psicoeducacionais dirigidos às crianças, cuidadores participantes e cuidadores mediadores

Sessões	Crianças	Cuidadores Participantes	Cuidadores Mediadores
1	Apresentação dos participantes, estabelecimento dos objetivos, explicação sobre o funcionamento do programa	Apresentação dos participantes, estabelecimento dos objetivos, explicação sobre o funcionamento do programa	Apresentação dos participantes, estabelecimento dos objetivos, explicação sobre o funcionamento do programa
2	Avaliando o contexto dos participantes e a consciência do problema de excesso de peso.	Explorando expectativas dos participantes. Impacto do problema de excesso de peso em todas as áreas da vida	Princípios de aprendizagem: entendendo as causas do comportamento. Treinamento no uso de sistema de pontos.
3	Explorando expectativas dos participantes. Impacto do problema de excesso de peso em todas as áreas da vida	Expectativas dos participantes. Impacto do problema de excesso de peso em todas as áreas da vida	Princípios de aprendizagem: relação entre comportamentos e consequências recompensadoras
4	Explorando as causas da obesidade.	Explorando as causas da obesidade	As consequências punitivas para o comportamento e os efeitos colaterais. Os possíveis impactos no comportamento alimentar.
5	Estabelecimento de vantagens e desvantagens do processo de emagrecer	Estabelecimento de vantagens e desvantagens do processo de emagrecer	Voltando ao passado: Como vocês foram criados? Qual impacto da criação nas suas vidas? O que vocês fazem igual? O que fazem diferente?
6	Estabelecimento de rotina. Controlando o ambiente.	Estabelecimento de rotina. Controlando o ambiente.	Discussão sobre importância e como organizar a rotina, estipular regras e consequências para comportamentos dos filhos.

7	Controlando os estímulos internos em relação ao comportamento alimentar.	Controlando os estímulos internos em relação ao comportamento alimentar.	Entendendo a importância do afeto e envolvimento na educação dos filhos.
8	Os erros de pensamento e sua reformulação.	Os erros de pensamento e sua reformulação.	Aplicando os conhecimentos aprendidos no controle do comportamento alimentar.
9	Revisão dos assuntos abordados.	Revisão dos assuntos abordados.	Revisão dos assuntos abordados. Aplicando os conhecimentos aprendidos no controle do comportamento alimentar.
10	Planejamentos para o futuro e encerramento.	Planejamento para o futuro e encerramento.	Planejamento para o futuro e encerramento.

O programa acontecia duas vezes por semana, às segunda e às terças-feiras. Às segundas-feiras as crianças e cuidadores participantes eram atendidos. Os cuidadores mediadores e suas crianças eram recebidos às terças-feiras.

A rotina dos encontros pode ser observada na Tabela 3.

Tabela 3. Rotina de Atendimentos do Programa

<b>Horário</b>	<b>Atendimento Crianças</b>	<b>Atendimento Cuidadores</b>
17:30	Mensuração do peso e altura	Consultas pré-agendadas com o médico
18:00		Mensuração peso e altura
18:30	Orientação psicoeducacional	Orientação nutricional
19:30	Orientação nutricional	Orientação psicoeducacional
20:30	Atividade física recreacional	Palestra sobre implicações da obesidade, ministrada pelo médico

## Resultados

Em relação à desistência e ausência nos grupos, verificou-se que dentre as 15 crianças do grupo de terça (cuidadores mediadores), oito desistiram. Em dois desses casos ficou claro que as crianças gostariam de ter continuado, mas os cuidadores não

puderam ir, tampouco levar as crianças. Dos 13 cuidadores desse grupo, seis deixaram de ir aos encontros. Informações sobre a desistência não foram claras. A família M 8 era composta de dois irmãos; no entanto, uma criança desistiu e por isso os dados não foram considerados.

Das 15 crianças do grupo de cuidadores participantes, sete desistiram. O número de cuidadores participantes desistentes foi o mesmo que o de cuidadores mediadores. Em dois casos, as crianças continuaram a freqüentar os encontros, mesmo com ausência dos cuidadores; no entanto, seus dados não foram considerados. Três cuidadores continuaram, mas as crianças não. Os dados de crianças ou cuidadores que permaneceram sozinhos no tratamento não foram considerados na análise.

De maneira geral, através do Teste T, verificou-se que a média de IMC das 15 crianças era de 23,25 (DP de 2,60), passando para 22,85 (DP = 2,87) após as 10 semanas de encontro, perfazendo, assim, uma redução de IMC com significância de  $p=0,038$ . Em relação ao emagrecimento dos cuidadores, a média do IMC inicial era de 30,45 (DP de 5,34); após o programa, a média do IMC alterou para 30,15 (DP de 4,99),  $p=0,219$ .

Sobre os resultados de variação do IMC das crianças, constatou-se que 71,43% das crianças com cuidadores participantes reduziram seus IMC, um percentual semelhante ao daquelas cujos cuidadores eram mediadores 75%. No entanto, a média de total perdido em unidades de IMC nas crianças com cuidadores mediadores foi consideravelmente maior, sendo 0,58 unidades, contra 0,30 do outro grupo (Vide Figura 1).

Dentre os cuidadores que reduziram seus IMC, verificou-se que isso aconteceu com 57,14% dos participantes e com 71,43% dos mediadores. A Figura 1 mostra que,

de acordo com a média de diminuição de IMC entre cuidadores participantes e mediadores, os últimos foram, também, os que mais emagreceram.

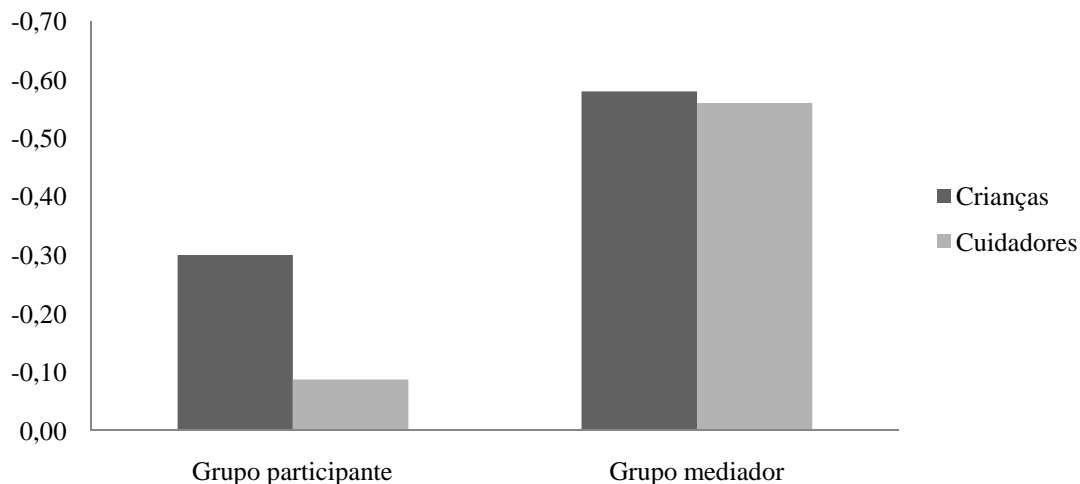


Figura 1. Média de emagrecimento de cuidadores e crianças dos grupos participantes e mediadores.

Sobre a variação de IMC no grupo participante, pôde-se observar que, dentre as sete famílias, em seis casos os cuidadores e crianças seguiram a mesma direção. Apenas na família 3 a criança emagreceu e o cuidador não ( Vide Figura 2). No grupo mediador, conforme Figura 3, isso aconteceu em três casos; no entanto, na família 12 o cuidador emagreceu e a criança engordou.

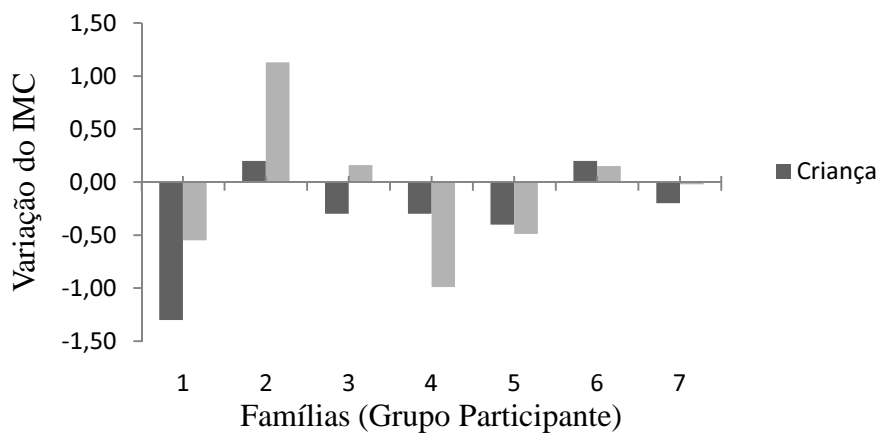


Figura 2. Variação de IMC de crianças e cuidadores participantes

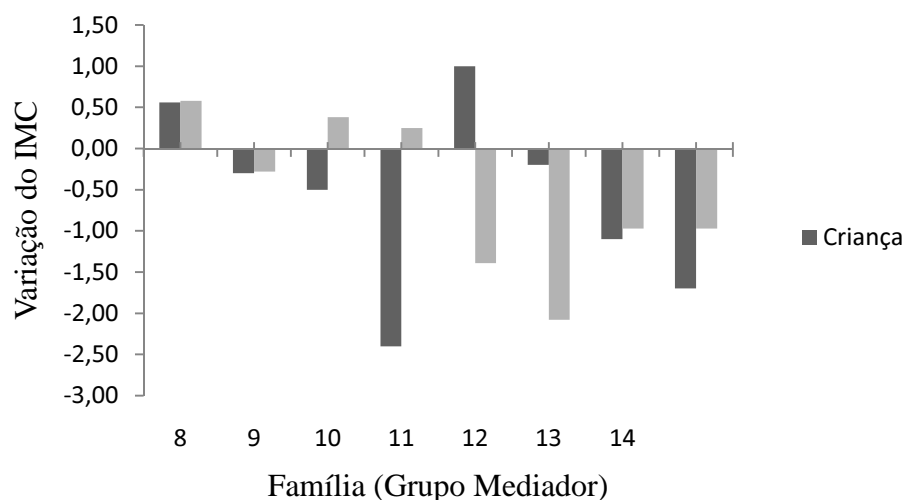


Figura 3. Variação de IMC de crianças e cuidadores mediadores.

Ainda sobre o grupo participante, é importante salientar que a criança da família 1 foi a que mais emagreceu. Nessa família, tanto o cuidador quanto a criança disseram ter organizado a rotina com horários específicos para alimentação e prática de esportes e fixaram o registro alimentar na geladeira. Em relação à família que mais aumentou o IMC, tem-se a cuidadora da família 2 que ficava alheia nos encontros, conversando com outras pessoas, e por vezes agia de maneira ríspida com os demais participantes. A criança da família 2 foi a que mais faltou, entregou menos registros e, quando o fazia, encontravam-se incompletos; demonstrava-se dificuldade em seguir as regras dos encontros combinadas com as crianças (por exemplo, ficar sentado na hora em que isso era solicitado, beber água e ir ao banheiro antes do encontro, respeitar o colega chamando-o pelo nome, participar do encontro prestando atenção, fazendo e respondendo às perguntas e dando opiniões). Essa relação entre presença, seguimento de regras, realização de registros, tarefas de casa e variação de IMC das crianças com os cuidadores participantes pode ser verificada na Tabela 4.

Tabela 4. Variação do IMC, total de presença, registro, regras e tarefas de casa das crianças

<b>Crianças participantes</b>	<b>T de IM perdido</b>	<b>Presença</b>	<b>Registro</b>	<b>Regras</b>	<b>Tarefas de casa</b>
Criança 1	-1,3	10	9	10	7
Criança 2	0,2	8	6	6	3
Criança 3	-0,3	10	9	10	6
Criança 4	-0,3	9	6	9	4
Criança 5	-0,4	10	5	10	4
Criança 6	-0,2	9	3	9	2
Criança 7	-0,2	9	7	9	5
<b>Crianças mediadoras</b>					
Criança 8	0,56	7	2	4	0
Criança 9	-0,3	10	8	10	5
Criança 10	-0,5	10	6	10	4
Criança 11	-2,4	10	8	10	7
Criança 12	1	8	4	4	3
Criança 13	-0,2	9	4	9	3
Criança 14	-1,7	10	8	10	5
Criança 14	-1,1	10	9	10	5

Sobre o grupo de mediadores, os cuidadores que tiveram seus IMC aumentados foram os de número 8, 10 e 11. Os cuidadores 10 e 11 não achavam que seu sobrepeso era um problema; no entanto ambos demonstraram muita preocupação em auxiliar seus filhos. Já a cuidadora 8 pouco se posicionava durante os encontros; um de seus filhos desistiu e o que continuou teve seu IMC aumentado. Essa criança (8) entregou apenas dois registros alimentares, tinha dificuldade em seguir as regras e atrapalhava muito os encontros, desrespeitando os colegas. Observa-se que esse padrão - dificuldade em seguir regras e aumento do IMC – aconteceu em três situações (criança da família 2 e participantes 8 e 12 - mediadores). As crianças que mais seguiram as regras combinadas no início dos encontros foram as que mais emagreceram (Vide Tabela 4).

Os conteúdos mais relevantes dos relatos verbais das crianças e cuidadores e seu desenvolvimento sobre os temas discutidos durante os encontros foram sumarizados e podem ser contemplados a seguir.

Em relação à consciência sobre as situações que contribuíram para o seu excesso de peso, as crianças relataram a grande quantidade de alimentos que consomem, o fato

de assistirem TV ao invés de praticar esportes, o comer fora de hora, não terem nada para fazer e o não gostar de comer verduras.

Já os cuidadores participantes entendiam que seu excesso de peso devia-se à falta de tempo para praticar esportes e para preparar alimentos saudáveis. Alegaram, também, o fato de a família não estar na mesma sintonia, ou seja, nem todos os membros tinham como objetivo comer alimentos saudáveis e praticar esportes.

Dentre os impactos causados pelo excesso de peso, as crianças foram incisivas ao relatar que não são respeitadas pelos pais, sendo que estes lhes colocam apelidos e não as chamam pelo nome. As crianças fizeram referência à história “A Girafinha que Perderam a Forma” dizendo que, assim como os personagens, “não queriam ficar mais tristes por estarem gordinhas” e “não gostariam de serem gordas nem magras”, “gostariam de ter forma de gente”. Os adultos apontaram problemas de autoestima, na saúde e dificuldade em sair de casa.

Quando discutidas as vantagens e desvantagens de emagrecer, as crianças citaram “deixar de comer alimentos gostosos” como a principal desvantagem; já alguns adultos falaram sobre a questão da falta de tempo para conseguir emagrecer (dificuldade em preparar alimentos em casa, praticar esportes e comer nos horários certos). “Ficar mais bonito” foi a vantagem declarada tanto por crianças quanto por adultos.

Sobre organização da rotina, os adultos relataram que iriam colocar em sua rotina tempo para atividade física e para cuidar de si próprios (lazer, descanso). As crianças disseram que iriam brincar mais e praticar esportes. Elas tentariam organizar a rotina junto com seus cuidadores para que conseguissem fazer as mudanças necessárias.

O controle de estímulos internos foi a pauta do sétimo encontro. As crianças e adultos conseguiram listar comportamentos que poderiam concorrer com a vontade de comer como: dançar, ouvir música, andar de bicicleta, tomar água. Utilizaram essa lista



para escrever conselhos à personagem da história “A menina que comia escondido”, para que a protagonista recorresse às sugestões quando viessem pensamentos de vontade de comer, sobretudo de comer grandes quantidades de alimentos que fazem mal. Os cuidadores também conseguiram formular novas formas de pensar quando esse desejo ocorresse, tais como: “Se já comi, não estou com fome; logo, não preciso comer”, “Só mais um pouquinho é excesso”.

Tendo como modelo as personagens da história “Compulsina e Equibrina” utilizada como recurso lúdico do oitavo encontro, os erros de pensamentos que poderiam levar ao fracasso identificados pelas crianças foram “Que delícia de x-tudo!”, “vou comer só mais um pouquinho” (pensamentos chamados compulsina). Os pensamentos reformulados, chamados de equibrina, foram: “X-tudo é gostoso”, “Posso comer um pouco; exageradamente, faz mal para mim”, “Preciso comer verduras”, “Frutas também são doces”.

Os adultos declararam os seguintes erros: “Não tenho tempo”, “Eu vou fracassar de novo”. Juntos, combinaram as seguintes frases de enfrentamento: “Eu posso, eu consigo”, “Posso organizar o tempo ao meu favor”, “Minha saúde depende do meu esforço e da minha atenção comigo mesmo”.

Sobre os planejamentos para o futuro, tanto as crianças quanto os adultos relataram que utilizariam as estratégias elaboradas nos encontros, tais como: ouvir equibrina, comer de 3 em 3 horas, beber água, continuar praticando exercícios físicos. Os adultos planejaram continuar usando os cartões de enfrentamento e não se esquecer dos objetivos.

No grupo de cuidadores mediadores o assunto que permeou a maioria dos encontros foi o uso da punição. Os cuidadores das famílias 10,12 e 13 defenderam o

uso. Já os cuidadores das famílias 9, 11 e 14 argumentaram contra. A cuidadora da família 8 não se posicionou.

Sobre o uso de recompensas para os bons comportamentos, os cuidadores 8 e 10 declararam que haviam começado a usar o sistema de pontos e obtido resultados; as crianças começaram a beber mais água e a comer frutas. A cuidadora da família 13 afirmou que o uso pontos não empolgou seu filho, mas a utilização de elogios funcionou.

No encontro em que foi proposto que os cuidadores se lembrassem sobre como foram educados, a cuidadora da família 12 declarou que não recebia elogios da mãe, e[isso implicou na pouca afetividade dela para com os filhos; hoje ela não consegue, por exemplo, elogiá-los. A cuidadora 11 citou exemplos de comportamento que a mãe para com ela, que a desgostava, como o fato de chamá-la de lerda. Hoje, essa cuidadora faz o mesmo com a filha. Houve muita emoção nos relatos das histórias de como os comportamentos dos adultos foram punidos.

No sexto encontro, em que regras e limites foi o assunto abordado, os cuidadores demonstraram, através dos relatos, o quanto achavam importante o uso das regras, apesar de reconhecerem a dificuldade de implementá-las e de ser consistente devido ao fato não estarem o tempo todo com as crianças para monitoração. Apenas a cuidadora da família 13 afirmou que não é necessário utilizar regras e uma rotina estabelecida, pois a criança deve saber o que tem de fazer.

Quando aspectos referentes a afeto e envolvimento foram discutidos, obtiveram-se relatos da necessidade de se foram conhecer mais os filhos, conversar mais, ter mais tempo com eles. Os cuidadores demonstraram dificuldades, por exemplo, em reconhecer as preferências deles.

Os cuidadores mediadores declararam que achavam necessário a organização da rotina alimentar dos filhos, usar combinados em relação ao acesso a alimentos doces e organizar passeios; salientaram, também, a necessidade de vigilância quanto à provisão de alimentos saudáveis e de valorizar as pequenas conquistas da criança. Referiram ainda, a utilização cada vez mais freqüente de reforços positivos para favorecer alterações de hábitos alimentares e a importância de priorizar o afeto e o envolvimento para melhorar a qualidade de vida das crianças.

### **Discussão**

Os dados gerais obtidos neste estudo corroboram aqueles publicados na literatura (Israel e cols., 1990 e 1984), que apontam melhores resultados em termos de diminuição de IMC das crianças nos grupos em que os cuidadores assumiram a função de mediadores.

Israel e cols.(1990) argumentaram que o melhor resultado obtido pelo grupo de mediadores dá-se pelo fato de não envolver mudanças diretas no próprio comportamento alimentar (dos pais), o que facilita a adesão às práticas estabelecidas e causa maior impacto sobre o resultado de emagrecimento das crianças. Isso, porém, não foi totalmente confirmado neste estudo.

Numa análise mais minuciosa, observou-se que no grupo de cuidadores participantes a perda ou ganho de peso foi mais convergente, ou seja, os cuidadores e suas crianças seguiram a mesma direção de perda ou ganho de IMC; isso aconteceu em seis famílias das sete pertencentes ao grupo de cuidadores participantes. Estes resultados realçam a importância dos comportamentos dos pais como modelo e determinante no comportamento alimentar dos filhos. A revisão realizada por Ventura e Birch (2007) em 66 estudos que buscavam verificar a relação entre comportamento alimentar dos pais

com o que as crianças comem e o excesso de peso destas corrobora a convergência dos resultados deste estudo.

Vale considerar, também, que os cuidadores foram selecionados tendo como critério o excesso de peso e que a definição de papéis (mediador ou participante) foi feita pelos experimentadores sem considerar o fator motivacional dos pais. Hipotetiza-se que alguns dos cuidadores participantes poderiam não estar interessados na perda de peso, fator que pode ter influenciado, conseqüentemente, o resultado no próprio processo e no de suas crianças.

Tendo isso em vista, estudos que adotem metodologias experimentais considerando a questão motivacional como um pré-requisito para a formação de grupos e que insiram medidas precisas de adesão dos pais participantes e mediadores fazem-se necessários.

Os resultados deste estudo também apontaram relações entre seguimento das regras estabelecidas nos encontros e emagrecimento, sendo que as crianças que mais seguiram regras foram as que mais tiveram IMC reduzido.

Albuquerque, Matos, de Souza e Paracampo (2004) afirmam que o comportamento controlado por regras depende dos antecedentes verbais que descrevem contingências e são menos sensíveis às conseqüências imediatas. Entende-se, desse modo, que bons seguidores de regras são propensos a desenvolver autocontrole e comportamento controlado por estímulos de maior magnitude reforçadora a longo prazo. Já o comportamento de comer em excesso, segundo Stuart (1964), é controlado pelo prazer imediato, apesar das conseqüências negativas a longo prazo. O estudo de Reis, Teixeira e Paracampo (2005) aborda a importância da construção de autorregras para o desenvolvimento do autocontrole no que se diz respeito ao comportamento

alimentar. Assim, verifica-se a importância de construir repertórios de seguimento de regras nas intervenções de tratamento do sobrepeso.

Nos encontros com os cuidadores mediadores, discutiu-se muito sobre os princípios de aprendizagem, importância do reforço positivo e estabelecimento de regras. Inferiu-se que os melhores resultados obtidos pelas crianças desse grupo tenha sido provenientes das mudanças no uso das regras e conseqüências oferecidas pelos cuidadores.

Observou-se, também, que as crianças que mais emagreceram, dos cuidadores mediadores, foram aquelas cujos responsáveis se posicionaram contra o uso da punição (cuidadores das famílias 9, 11 e 14). Estes adultos foram, também, os que mais apresentaram redução do IMC. Alguns estudos, como os de West, Sanders, Cleghorn e Davis (2010) e Golan, Kaufman e Shahar (2006), defendem a importância de centrar o tratamento da obesidade infantil apenas no treinamento de habilidades parentais e no manejo de comportamentos alimentares e de atividade física das crianças. Eles sugerem que envolver a criança nas intervenções seria contraproducente, pois ela poderia ser estigmatizada ou demonstrar resistência à mudança.

No presente estudo, no entanto, primou-se o envolvimento da criança, inclusive o desenvolvimento de encontros com caráter lúdico, com uso de histórias cujas vivências que se aproximavam da realidade da criança e procedimentos de motivação, como os adesivos coloridos no quadro de pontos. Relatos verbais acerca dos conteúdos das histórias (como em relação a forma de não ser gordo nem magro, pensamentos compulsiva e equilibrada e construção de comportamentos alternativos para os personagens), além do emagrecimento significativo ( $p= 0,038$ ), demonstraram efeitos positivos do envolvimento da criança e a importância do uso de procedimentos lúdicos. Outros estudos em que crianças participavam do tratamento também apontaram

resultados de emagrecimento significativos; podem-se citar Epstein, Paluch, Roemmich e Beecher (2007), McCormick, Ramirez, Caldwell, Ripley e Wilkey (2008) e Tate, Wing e Winett (2001).

Deste modo, sugerem-se tratamentos que visem consolidar comportamentos governados por regras, utilização de reforços contingentes aos comportamentos de regulação de peso corporal, envolvimento de toda a família e procedimentos divertidos que vise motivem e envolvem a criança na mudança de hábitos alimentares e de atividade física.

### Referências

- Albuquerque, L. C., Matos, M. A., de Souza, D. G., & Paracampo, C. C. P. (2004). Investigação do Controle por Regras e do Controle por Histórias de Reforço sobre o Comportamento Humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 395-412.
- Aragona, J., Cassady, J. & Drabman, R. S. (1975). Treating Overweight Children Through Parental Training and Contingency Contracting. *Journal of Applied of Applied Behavior Analysis*, 8 (3), 269-278
- Bieling, P J., McCabe, R. E & Antony, M.M. (2008). *Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos*. Porto Alegre: Artmed
- Conte, F. C. S. & Regra, J. A. G. (2006). A Psicoterapia Comportamental Infantil: Novos Aspectos. Em: E. F. M. Silveiras (Org.), *Estudos de Caso em Psicologia Clínica Comportamental Infantil*, 1, pp.79-136. Campinas: Papirus
- Epstein, L. H. & Wrotniak, B. H. (2010). Future Directions for Pediatric Obesity Treatment. *Obesity*, 18 (1), 8-12
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Gordy, C. C. & Dorn, J. (2000). Decreasing Sedentary Behaviors in Treating Pediatric Obesity. *ARCH Pediatrics Adolesc Med.*, 154,220-226
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Roemmich, J. N. & Beecher, M D (2007). Family-Based Obesity Treatment, Then and Now: Twenty-Five Years of Pediatric Obesity Treatment. *Health Psychol.*26 (4),381–391.
- Epstein, H. L., Roemmich, J.N. & Raynor, H. A. (2001). Behavioral Therapy in The Treatment of Pediatric Obesity. *Childhood and Adolescent Obesity*, 48 (4) 981-993.

- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R. & McCurley, J. (1990). Ten-Year Follow-up of Behavioral, Family-Based Treatment for Obese Children. *JAMA*, 264 (19), 2519-2528
- Fabricatore, A. N. & Wadden, T. A. (2003) Treatment of Obesity: An Overview. *Clinical Diabetes*, 21 (2), 67-72
- Franks, C. M. (2007). Origens, História Recente, Questões Atuais e Estados Futuros da Terapia Comportamental: uma Revisão Conceitual. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 3-22). São Paulo: Santos.
- Golan, M.; Kaufman, V. & Shahar, D.R. (2006). Childhood Obesity Treatment: Targeting Parents Exclusively v. Parents and Children. *British Journal of Nutrition*, 95, 1008-1015.
- Guerrero, M. N. V. (2007). Avaliação e tratamento da obesidade. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual Para Transtorno Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos da Atualidade* (pp.209-240). São Paulo: Santos.
- Heller, D. C. L. & Kerbauy, R. R. (2000). Redução de peso: identificação de variáveis e elaboração de procedimentos com uma população de baixa renda e escolaridade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2 (1), 31-52
- Israel, A.C., Solotar, L.C., & Zimand, E. (1990). An Investigation of Two Parental Involvement Roles in the Treatment of Obese Children. *International Journal Eating Disorders*, 9, 557-564.
- Jelalian, E. & Saelens, B. E. (1999). Empirically Supported Treatments in Pediatric Psychology: Pediatric Obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, 24 (3), 223-248
- McCormick, D. P., Ramirez, M., Caldwell, S., Ripley, A. W. & Wilkey, D. (2008). YMCA Program for Childhood Obesity: A Case Series. *Clinical Pediatrics*, 47 (7), 693-697
- Reis, A. A.; Teixeira, E. R. & Paracampo, C. C. P. (2005). Auto-regras como Variáveis Facilitadoras na Emissão de Comportamentos Autocontrolados: o exemplo do comportamento alimentar. *Interação em Psicologia*, 9(1), 57-64.
- Rodrigues, M. Z. (2009). *História Infantil como Recurso Terapêutico: Análise dos relatos verbais de Crianças Obesas*. Universidade Católica de Goiás - Artigo de graduação não publicado
- Souza, S. (2006). *Meu Nome não é Gorducho*. São Paulo: Escala
- Stuart, R. B. (1964). Behavioral Control of Overeating. *Behav. Res. E Therapy*, 5, 357-365.
- Tan-Ting, A. M & Llido, L. (2010). Outcome of a Hospital Based Multidisciplinary Weight Loss Program in Obese Filipino Children. *Nutrition*, 1-5.

- Tate, D. F., Wing, R. R. & Winett, R. A. (2001). Using Internet Technology to Deliver a Behavioral Weight Loss Program. *JAMA*, 285(9), 1172-1177
- Vasconcelos, L. A., Silva, C.C., Curado, E. M. & Galvão, P. (2004). Estratégias lúdicas da terapia analítico comportamental infantil: A literatura infantil- Branca de Neve e os sete anões. Em M. Z. S. Brandão; F. C. Souza. Conte; F. S. Brandão; Y. K. Ingberman; V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição* (pp.306-319, vl.13). Santo André: ESETec
- Ventura, A. K., & Birch, L. L. (2007). Does parenting affect children's eating and weight status? *Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(15),
- Weber, L.; Salvador, A. P. & Brandenburg, O. (2009). *Programa de Qualidade na Interação Familiar*. Curitiba: Juruá
- West, F.; Sanders, R. M.; Cleghorn, P. & Davis, S.W. (2010). Randomised Clinical Trial of a Family-based Lifestyle Intervention for Childhood Obesity Involving Parents as the Exclusive Agents of Change. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1170-1179



## **Capítulo II**

### **Consumo Alimentar de Crianças Acima do Peso**

## Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar o consumo alimentar e a relação desse consumo com a redução do IMC de doze crianças acima do peso, com idades entre 7 e 12 anos, que participaram de uma intervenção psicoeducativa multidisciplinar para cuidadores e crianças. Buscou-se também verificar os efeitos de dois tipos diferentes de participação dos cuidadores, isto é, como mediadores (auxiliares no emagrecimento das crianças) ou como participantes (quando buscam o próprio emagrecimento) no consumo alimentar dessas crianças. Durante nove lanches foram oferecidas opções de alimentos e bebidas saudáveis e não saudáveis. Os resultados mostraram maior consumo de alimentos não saudáveis em todos os lanches. Contudo, as crianças que reduziram o IMC durante a intervenção multidisciplinar consumiram mais alimentos saudáveis do que aquelas que não emagreceram, apesar de continuarem ingerindo alimentos não saudáveis. As crianças do grupo de mediadores consumiram mais alimentos saudáveis. Especula-se que o comportamento das crianças ainda deveria estar sendo controlado pelas consequências imediatas nas ocasiões de consumo de alimentos não saudáveis e aprendidos como saborosos, mas que mudanças provenientes das intervenções já tiveram efeito sobre a escolha de alimentos saudáveis, como provavelmente já estaria ocorrendo em casa.

Palavras-chave: preferência alimentar, multicausalidade skinneriana, excesso de peso, crianças

### *Abstract*

This study evaluated eating habits and their relation to the Body Mass Index (BMI) of 12 overweight children, ages 7 to 12 years, who participated in a psycho-educational multidisciplinary intervention program for children and their caregivers. The effects of two different types of the caregiver participation: either as a mediator (which helps in the weight loss process) or as a participant (when the caregiver loses weight) in the eating habits of children. Healthy and non-healthy options of food and drinks were offered in nine snacks. The results showed a higher consumption of non-healthy foods in all snacks. However, the children that reduced their BMI during the multidisciplinary intervention ate more healthy foods than the ones that did not lose weight, though they continued to eat non-healthy foods as well. Children from the mediator groups ate more healthy foods. We speculate that the children's behavior was probably being controlled by the immediate consequences of the occasions of eating the non-healthy foods (that were learned to be perceived as tasteful), but the change caused by the intervention had some effect over the choice of the healthy foods, as probably was already happening in their homes.

**Key-words:** food preference, multi-causality Skinner, overweight, children.

### **Consumo Alimentar de Crianças Acima do Peso**

O comportamento alimentar pode ser melhor compreendido quando descrito a partir da perspectiva behaviorista radical, que entende o comportamento como função conjunta de três fatores: filogenia, ontogenia e cultura (Catania, 1999). A filogênese diz respeito à história evolutiva, às características fisiológicas e às estruturas genéticas e biológicas de uma espécie e está relacionada com a capacidade para adquirir conhecimentos e habilidades motoras (Baum, 2005). Em relação ao comportamento alimentar, componentes filogenéticos estão relacionados a neurotransmissores, hormônios, taxa metabólica, estados do sistema gastrointestinal, tecidos de reserva, formação de metabólitos e receptores sensoriais (Quaioti & Almeida, 2006).

A ontogênese está relacionada com a história de aprendizagem do próprio organismo, ou seja, refere-se à modificação do comportamento através da interação direta com as contingências ambientais. Assim, de acordo com Epstein, Leddy, Temple e Faith (2007), o comportamento alimentar segue os mesmos padrões de seleção e manutenção de qualquer outro comportamento, ou seja, torna-se mais frequente de acordo com a sua consequência.

Por fim, tem-se a cultura, conjunto de contingências especiais determinadas por variáveis grupais como valores e preconceitos, construídas a partir da possibilidade dos comportamentos serem passados de um indivíduo para outro (Catania, 1999). Através da cultura são estabelecidas as características reforçadoras ou aversivas de grande parte dos eventos (Baum, 2005). Nesse sentido, pode-se destacar a propaganda de alimentos, a influência da mídia na determinação da dieta dos indivíduos, a industrialização e o advento dos *fast foods*.

Fatores filogenéticos, ontogenéticos e culturais estão em constante interação. Birch (1998) salienta que crianças são geneticamente predispostas a aprender a associar os alimentos com os contextos, consequências da ingestão e a aceitar algumas substâncias e rejeitar outras. Nesse ponto, Ventura e Birch (2008) realçam a família como determinante na construção dos padrões alimentares, seja através da influência genética, como também por meio de comportamentos e práticas parentais. São os pais que estabelecem a quantidade e qualidade dos alimentos oferecidos; com eles são aprendidas questões relativas ao contexto em que a alimentação ocorre e se ela acontece como resposta à fome ou outro a estímulo, como a angústia (Ventura & Birch, 2008).

Birch (1998) complementa que uma das primeiras influências no comportamento alimentar do indivíduo acontece durante a gestação e a lactação, quando o bebê se nutre de alimentos consumidos pela mãe. Mais tarde, esse comportamento continua a se repetir com a ingestão de alimentos que os adultos do seu grupo social consomem. Logo as crianças começam a apresentar preferências e, muitas vezes, é difícil fazer com que variem a alimentação, pois elas tendem a evitar experimentar novos alimentos. As crianças apresentam, também, maior predisposição a doces e a alimentos densamente calóricos e com altos índices de gordura (Birch & Fisher, 1995). No entanto, na infância ainda é possível o estabelecimento de uma dieta adequada, se os pais tiverem preocupações em relação ao consumo de alimentos saudáveis e fornecerem consequências e modelo para tal.

Segundo Birch e Fisher (1995), aspectos relacionados à novidade dos alimentos, ao contexto social onde o alimento foi consumido, à quantidade consumida, assim como às consequências pós-ingestão estão sempre envolvidos. Ventura e Birch (2008) também ressaltam questões relativas à utilização de alimentos como recompensa, ao pressionar a

criança a comer, e à privação como possíveis influências na aprendizagem do comer em excesso.

Como efeito de todas essas influências discorridas (aspectos filogenéticos, ontogênicos e culturais), o padrão alimentar brasileiro tem apresentado mudanças decorrentes do maior consumo de alimentos industrializados em substituição a comidas caseiras. Essas transformações provocadas também pelo estilo de vida moderno levam ao consumo excessivo de produtos gordurosos, doces e bebidas açucaradas e a diminuição da ingestão de cereais e produtos integrais, frutas e verduras os quais são fonte de fibras (Lima, Arrais & Predrosa, 2004). Garcia, Gambardella e Frutuoso (2005) e Kasapi e Pietro (2001), em estudos sobre a dieta de adolescentes, confirmam a preferência por produtos alimentícios com inadequado valor nutricional, ou seja, aqueles com elevado teor de gordura saturada, colesterol, sal e açúcar e pobre em fibras, vitaminas, ferro e cálcio. É característico da alimentação dos adolescentes o consumo de lanches e *fast foods* entre as refeições.

Visando entender os padrões alimentares de crianças obesas e eutróficas, Polla e Scherer (2011) em um estudo sobre o perfil alimentar e nutricional de escolares (6 a 10 anos) do Rio Grande do Sul, encontraram resultados que apontam que os estudantes com excesso de peso têm uma média semanal de consumo maior de doces e refrigerantes do que as crianças eutróficas.

A literatura apresenta alguns estudos que abordam como a idade da criança, e o tamanho e a variedade dos alimentos podem interferir no consumo. O estudo de Liem e Zandstra (2009) abordou a influência do sabor, tamanho e livre escolha quanto ao gostar e querer comer os alimentos; participaram da pesquisa 242 crianças de 7 a 12 anos. Foram delineados dois grupos: um deles as crianças consumiam continuamente o mesmo lanche

por três semanas (pequenos/ grandes pedaços de chocolate); no outro, as crianças foram autorizadas a escolher livremente diferentes sabores (doce, cítrico). Os resultados mostraram que as crianças consumiram mais os pedaços pequenos. Já o sabor não influenciou significativamente o gostar e o querer comer ao longo do tempo. Observou-se, também, que a vontade de comer diminuiu mais que o gostar dos alimentos, com a repetição dos lanches. Em relação à livre escolha, observou-se que crianças escolhiam seus alimentos favoritos e continuavam a comer este lanche nos demais dias. Assim, esse estudo mostrou que as crianças não devem continuar comendo uma variedade elevada de alimentos diferentes, mas sim diminuir suas escolhas, haja vista que o consumo de alimentos mais saudáveis pode ser evitado quando há outras opções não saudáveis, por exemplo.

Já o estudo de Merrill (2009) investigou a influência da idade e da companhia de cuidadores no consumo alimentar de 55 crianças de 3 a 15 anos. Os participantes foram observados em um restaurante estilo *buffet*, onde foram servidos alimentos saudáveis e não saudáveis categorizados em: frutas, verduras, grãos, carnes, laticínios, gordura/óleos e açúcar. Foram avaliadas a variedade de categorias consumidas e a quantidade de itens dessas categorias em relação à companhia ou não dos cuidadores e à idade das crianças. Os resultados mostraram que os alimentos mais consumidos foram os grãos e carnes e os menos consumidos as frutas. Crianças mais velhas experimentaram mais categorias alimentares, como também maior quantidade de alimentos. A presença ou não dos cuidadores não apontou diferenças significativas no consumo das crianças. No entanto, as observações realizadas mostraram que, quando os pais faziam comentários ou instruções em relação ao consumo, as crianças mais novas tendiam a segui-las, mais do que as mais velhas.

Diante dos fatores apresentados, da predisposição à preferência por alimentos ricos em gorduras e carboidratos, efeito da cultura pós-moderna em que imperam alimentos de rápido preparo e calóricos, história de reforçamento e nuances dessa aprendizagem (alimentos como reforçadores, modelo dos pais, idade), verifica-se a necessidade de estudos e desenvolvimento de intervenções multidisciplinares, até mesmo em diversos ambientes, visando modificação do padrão alimentar inadequado (Epstein & Wrotniak 2010).

Portanto, o objetivo geral do presente estudo foi avaliar as preferências alimentares de crianças acima do peso, em um programa de intervenções psicoeducativas multidisciplinares para pais e crianças de uma escola de ensino fundamental durante os lanches oferecidos, nos quais havia opções de alimentos e bebidas saudáveis (baixo teor de açúcar e gorduras) e não saudáveis (alimentos industrializados, ricos em açúcares e de gorduras)

Procurou-se, também, observar a relação dessas preferências com a redução do IMC, bem como a relação entre o consumo alimentar e os efeitos de dois tipos diferentes de participação dos cuidadores, isto é, como mediadores (auxiliares no emagrecimento das crianças) ou como participantes (quando buscam o próprio emagrecimento)

## **Método**

### **Participantes**

Participaram deste estudo doze crianças estudantes acima do peso, entre 7 e 12 anos, sendo 2 do sexo feminino e 10 do sexo masculino (vide Tabela 1). Todos foram classificados quanto ao IMC kg/cm e esses dados foram verificados em uma curva IMC para a idade de meninos ou meninas para se obter uma classificação percentil. O percentil indica a posição relativa do IMC da criança ou adolescente em relação a outros pares do



mesmo sexo e idade, conforme *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES). Assim, foram caracterizadas com sobrepeso as crianças que possuíam IMC acima do percentil 85 e com obesidade aquelas com IMC acima de 95.

Tabela 1: Perfil nutricional dos participantes.

Participantes	Sexo	Idade	Peso		IMC	Percentil	Classificação
			Inicial	Atual			
1	M	11	56,1	56,1	23,05	94	Sobrepeso
2	M	11	55,88	55,88	22,92	94	Sobrepeso
3	M	11	42,1	42,1	21,78	91	Sobrepeso
4	F	12	53,6	53,6	23,82	92	Sobrepeso
5	M	11	50,8	50,8	26,3	97,5	Obesidade
6	M	9	64,9	64,9	28,09	99	Obesidade
7	M	10	44,9	44,9	23,57	96	Obesidade
8	F	7	32,5	32,5	19,6	93,6	Sobrepeso
9	M	11	52,6	52,6	21,9	90,6	Sobrepeso
10	M	9	35,2	35,2	21,15	94,1	Sobrepeso
11	M	7	50,1	50,1	26,3	99,4	Obesidade
12	M	8	38,4	38,4	21,7	96,9	Obesidade

### Material/Ambiente

O estudo foi realizado na quadra de esportes de uma escola conveniada com o Estado, onde foram servidos os lanches. Foram utilizadas 4 mesas com 4 cadeiras, uma mesa de 1x2,50m aproximadamente, cinco toalhas de TNT azul, pratos, bandejas,

guardanapos, colheres e copos descartáveis, jarras de plástico, câmeras filmadoras, folhas de registro, canetas, lápis, cronômetros, *notebook* e DVDs.

Para o preparo de alguns dos lanches foi utilizada a cozinha do Departamento de Nutrição da universidade, que dispunha dos equipamentos necessários. Os ingredientes utilizados foram: pão de forma integral, pão de forma tradicional, pão bisnaguinha, pão francês, margarina, catupiry, queijo minas, queijo frescal, creme de leite, iogurte natural, leite condensado, maionese, leite semidesnatado, leite integral, requeijão *light*, laranja, mamão, maçã, uva Itália, abacaxi, banana, gelatina de morango, achocolatado em pó, goiabada, açúcar, doce de leite, açúcar refinado *light*, peito de frango, bacon, carne moída, salsicha, salsicha de frango, calabresa, tomate, cenoura, couve-manteiga, cebola, manjerição, ervilha, cebolinha, hortelã, farinha de trigo, farinha de rosca, trigo para quibe, aveia em flocos, canela em pó, fermento em pó, sal, caldo de carne, molho de tomate industrializado, óleo, azeite de oliva, massa de pizza, bolacha amanteigada de chocolate, bolacha integral, sucrilhos, batata palha, ovo, massa para pastel, salgadinhos industrializados e proteína de soja.

As bebidas utilizadas foram: suco natural, industrializado ou em polpa, com sabor de açaí, morango, maracujá, uva e laranja, e refrigerantes sabor cola, guaraná, laranja, soda limonada e uva.

Utilizou-se também questionário de alergia ou intolerância alimentar ( Anexo 5)

### **Procedimento**

Após os responsáveis assinarem os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3 e 4), as doze crianças foram submetidas, com seus cuidadores, a um programa multidisciplinar sobre excesso de peso. O programa, de 10 semanas, incluía orientações nutricionais realizadas por concluintes do curso de Nutrição, psicoeducacionais, conduzidas

por psicóloga e alunas de iniciação científica, consultas médicas e palestras sobre implicações da obesidade ministradas por médico endocrinologista, com o apoio de alunas de enfermagem e programa de atividade física para as crianças, dirigido por alunas concluintes do curso de fisioterapia.

Crianças e cuidadores foram divididos em dois grupos: o de crianças e cuidadores participantes ( em que os cuidadores recebiam informações para mudar seu próprio peso; os encontros aconteciam às segundas-feiras) e o das crianças e cuidadores mediadores (em que estes últimos recebiam informações sobre princípios de aprendizagem visando ajudar suas crianças a perder peso; compareciam às terças-feiras). Apesar da diferença do programa para os cuidadores, todas as crianças recebiam as mesmas informações e da mesma maneira. Desse modo, as crianças P1, P2, P3, P4, P5 e P6 tinham seus pais como as terças e as crianças P7, P8, P9, P10, P11 e P12 tinham seus pais como participantes.

Apenas a partir da segunda semana de programa multidisciplinar o lanche começou a ser servido e observado. Após saírem da aula e serem pesados e medidos, os escolares eram encaminhados à quadra de esportes, local onde eram servidos os lanches, e eram instruídos a sentarem-se às mesas com aqueles colegas cuja primeira letra do nome coincidissem ou fosse próxima à sua, ou seja, a disposição das crianças nas mesas era por ordem alfabética e tinha por finalidade facilitar as observações e os registros.

Os participantes eram informados sobre a duração do lanche, 15 minutos, e sobre os alimentos que eram servidos, quais as opções saudáveis (ou seja, alimentos naturais, integrais, menos açucarados) e as não saudáveis (industrializados, ricos em gorduras e açúcares) e seus ingredientes. Os lanches oferecidos podem ser observados na Tabela 2.

Durante o lanche, os alunos de iniciação científica registravam minuto a minuto, em uma planilha previamente confeccionada (Vide Anexo 6), as opções e porções consumidas

e o tempo de consumo. Além do registro nas planilhas, o lanche também era filmado com câmeras digitais direcionadas às mesas. Outros alunos de iniciação científica, ao assistirem os vídeos, conferiram os registros.

A participação nos lanches, assim como as filmagens, foi autorizada pelos responsáveis. Estes também informaram se a criança tinha alguma restrição aos alimentos servidos (Vide Anexo 6).

Tabela 2. Opções de alimentos saudáveis e não saudáveis nos nove lanches

Lanches	Opção saudável		Opção não saudável		Porção	
	Comida	Bebida	Comida	Bebida	Comida	Bebida
1	Sanduíche natural: pão de forma integral, peito de frango, requeijão light e tomate	Suco sabor uva	Sanduíche: pão de forma tradicional, peito de frango, maionese e bacon	Refrigerante sabor cola	Metade do sanduíche	Um copo descartável pequeno
2	Bolo integral de banana	Suco de açaí	Bolo de cenoura com calda de chocolate	Refrigerante sabor guaraná	Pedacinho cortado de 6cm de diâmetro	Um copo descartável pequeno
3	Saudável quibe assado (50% de carne bovina e 50% proteína de soja) com recheio de queijo minas	Suco de maracujá	Quibe frito com recheio de catupiry	Refrigerante sabor laranja	80 g.	Um copo descartável pequeno
4	Pastel assado com recheio de carne moída e cenoura	Suco de morango	Pastel frito com recheio de carne moída	Refrigerante sabor soda limonada	80g.	Um copo descartável pequeno
5	<i>Cookies</i> de chocolate	Suco de uva	Bolacha recheada de chocolate	Refrigerante sabor uva	Uma bolacha ou <i>cookie</i>	Um copo descartável pequeno
6	Bolo integral	Suco de pêssego	Bolo de coco com farinha	Refrigerante sabor cola	Pedacinho cortado de	Um copo descartável

			refinada		6cm de diâmetro	pequeno
7	Cachorro quente com salsicha de frango ao molho de tomate com ervilha e milho	Suco de uva	Cachorro quente com salsicha comum ao molho de tomate e batata palha	Refrigerante sabor guaraná	Um cachorro- quente tamanho tradicional	Um copo descartável pequeno
8	Salada de frutas com iogurte de morango (banana, mamão, laranja, morango, maçã)		Salada de frutas com leite condensado (banana, mamão, laranja, morango, maçã)		Vasilhame de 200ml	
9	Torta salgada de legumes (cenoura, chuchu e batata)	Suco de pêsego	Torta salgada de carne moída com bacon	Refrigerante sabor laranja	Pedaço cortado de 6cm de diâmetro	Um copo descartável pequeno

## Resultados

Considerando o total das escolhas de todas as crianças, os resultados mostram que os alimentos não saudáveis foram os mais consumidos. Em cinco dos nove lanches as crianças ingeriram mais comidas e bebidas não saudáveis. A comida saudável foi a mais consumida apenas nos lanches 5 e 8, e a bebida saudável foi a mais consumida em quatro lanches (vide Figura 1).

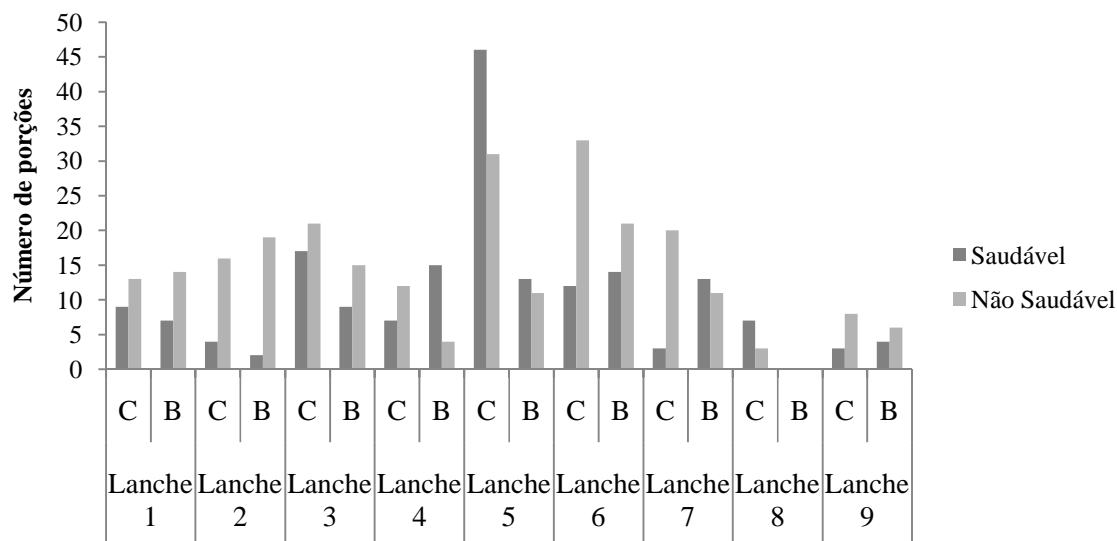


Figura 1. Total de porções de comidas e bebidas saudáveis e não saudáveis consumidas a cada lanche por todas as crianças.

A Figura 1 mostra uma irregularidade na quantidade de porções consumidas. Isso deve-se ao quantitativo caracterizado como “porção” para cada tipo de alimento; por exemplo, no lanche 5, uma porção corresponde a uma bolacha, alimento pequeno e por isso ingerido em maiores quantidades, diferentemente do sanduíche, cachorro-quente, pastel, dentre outros.

Em relação ao consumo nos diferentes grupos, observa-se que as crianças que compareciam às terças-feiras e, portanto, tinham cuidadores como mediadores, comeram mais alimentos saudáveis em quatro lanches e empataram em quantidade de consumo de lanches saudáveis com as crianças de cuidadores participantes nas duas primeiras semanas. Elas também comeram mais alimentos não saudáveis em sete dos nove lanches (Figura 2).

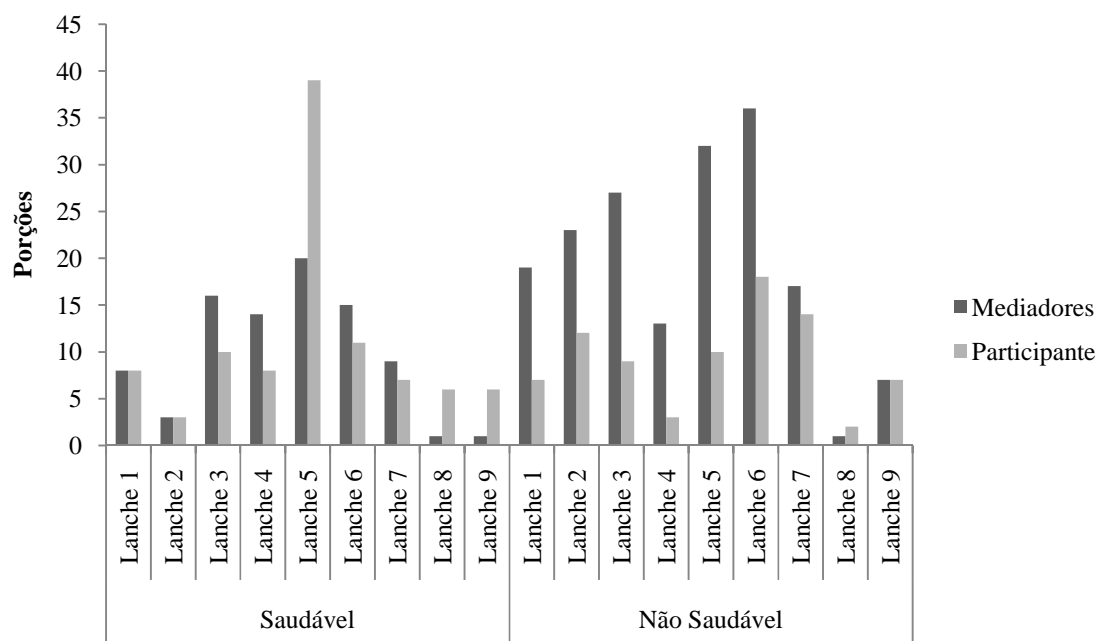


Figura 2: Consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis por grupo de crianças: com cuidadores mediadores e com cuidadores participantes

Em relação à média de diminuição da medida do IMC, observa-se que a redução no grupo Mediadores foi de -5,16 e no grupo Participantes, -4,77. Contudo, através do Teste T, essa diferença não foi considerada estatisticamente significativa ( $T=0,48$   $p=0,15$ ).

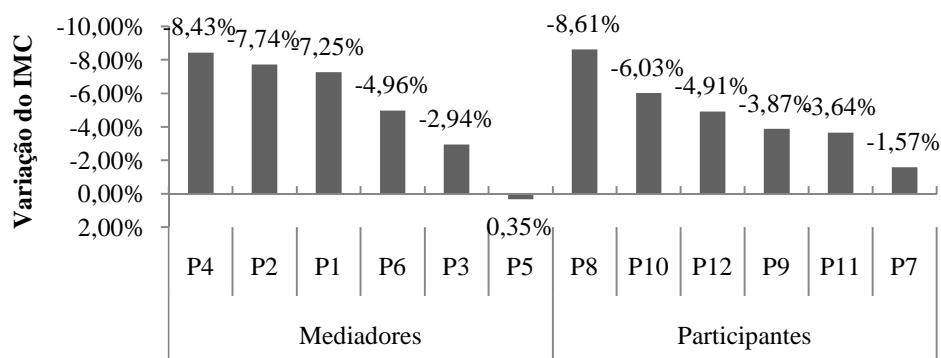


Figura 3. Percentagem de emagrecimento das crianças com cuidadores como mediadores e como participantes.

Os resultados do consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis e a perda de peso, quando analisados individualmente durante as semanas de intervenção, no geral, não demonstraram relação entre maior consumo de opções saudáveis e redução de IMC. Nas Figuras 4, 5, 6 e 7 verifica-se que dentre as seis crianças que mais emagreceram (P8, P4, P2, P1, P10 e P6), apenas a P8 e a P1 consumiram mais alimentos saudáveis. Dentre as seis crianças que menos reduziram o IMC (P12, P9, P11, P3, P7 e P5), três comeram mais alimentos saudáveis.

Contudo, a participante P8 foi a criança que mais consumiu alimentos saudáveis, menos consumiu alimentos não saudáveis e a que mais reduziu o IMC (Vide Figura 6). Seguida de P8, o estudante P1 foi um dos que mais consumiu alimentos saudáveis e a quarta criança que mais emagreceu; no entanto, não deixou de consumir alimentos não saudáveis (Vide Figura 4). E a criança que menos consumiu alimentos saudáveis (P5) foi a única que não perdeu IMC.



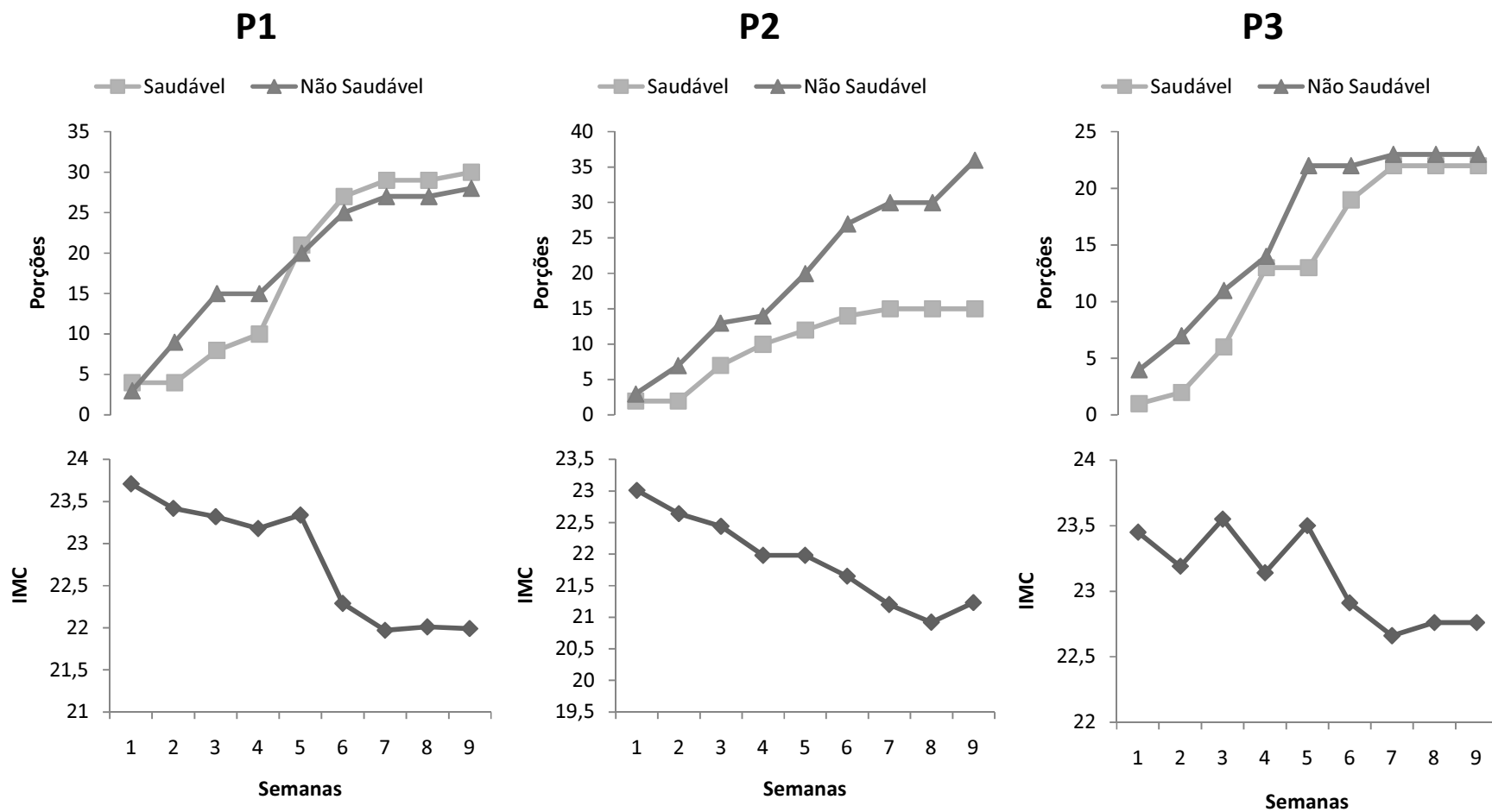


Figura 4. Consumo de porções saudáveis e não saudáveis e variação de IMC das crianças P1, P2 e P3 com (cuidadores mediadores).

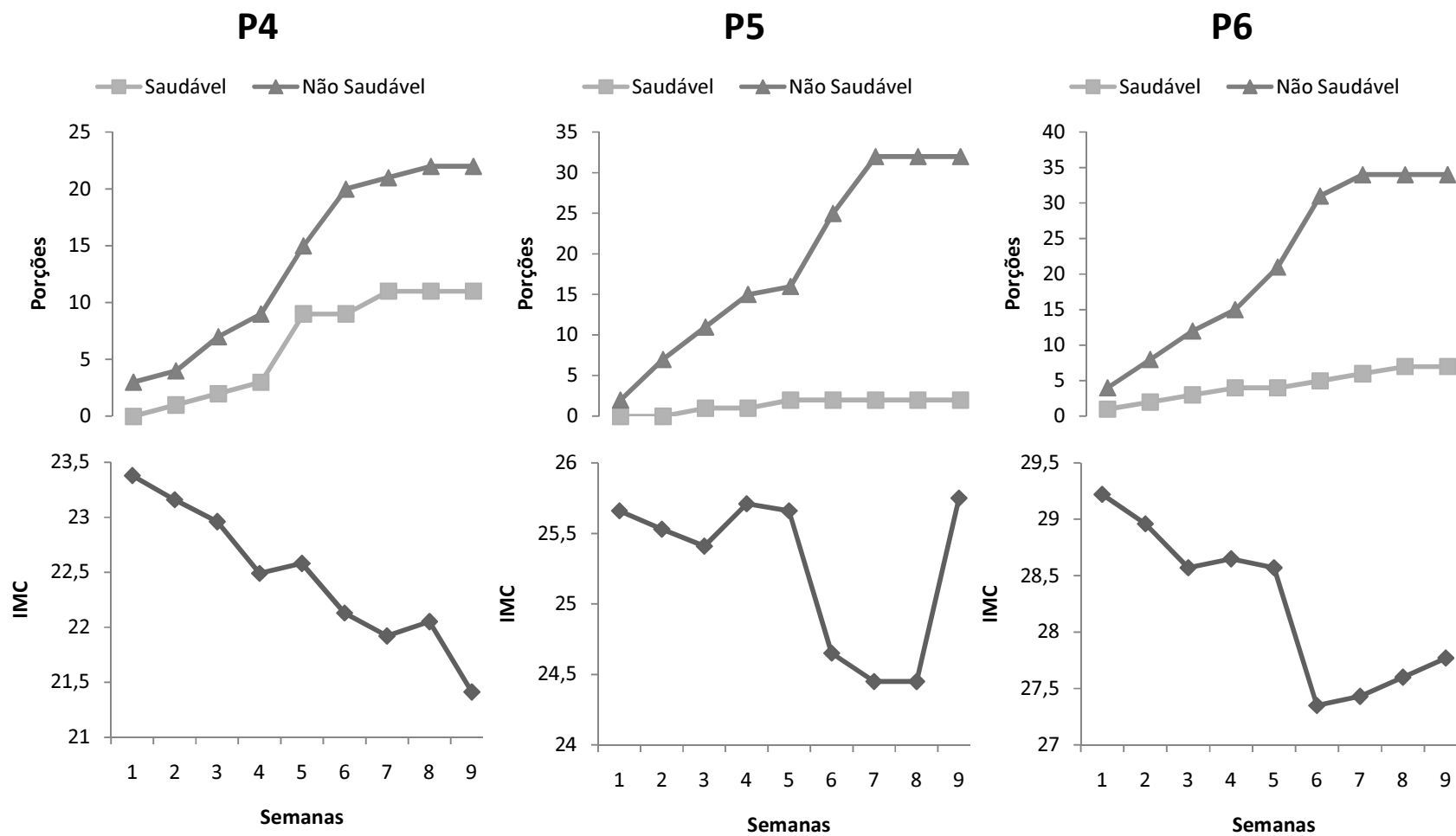


Figura 5. Consumo de porções saudáveis e não saudáveis e variação de IMC das crianças P4, P5 e P6 (com cuidadores mediadores).

As Figuras 4 e 5 demonstram um aumento gradual do consumo de alimentos saudáveis das crianças P1, P2, P3 e P4, assim como uma redução nas medidas de IMC. Certa estabilidade no consumo de alimentos saudáveis foi observada nas crianças P5 e P6. Estas, apesar de um declínio no IMC nas primeiras semanas, apresentaram ganhos deste Índice a partir da oitava e da sexta semana, consecutivamente. Já a Figura 6 mostra que a participante que mais emagreceu (P8) apresentou certa estabilidade no baixo consumo de alimentos não saudáveis.

A Figura 7 demonstra que as crianças P10, P11 e P12, nas quatro primeiras semanas, consumiram apenas alimentos não saudáveis. A partir da quinta semana passaram a comer alimentos saudáveis, como também apresentaram maiores decréscimos de IMC.

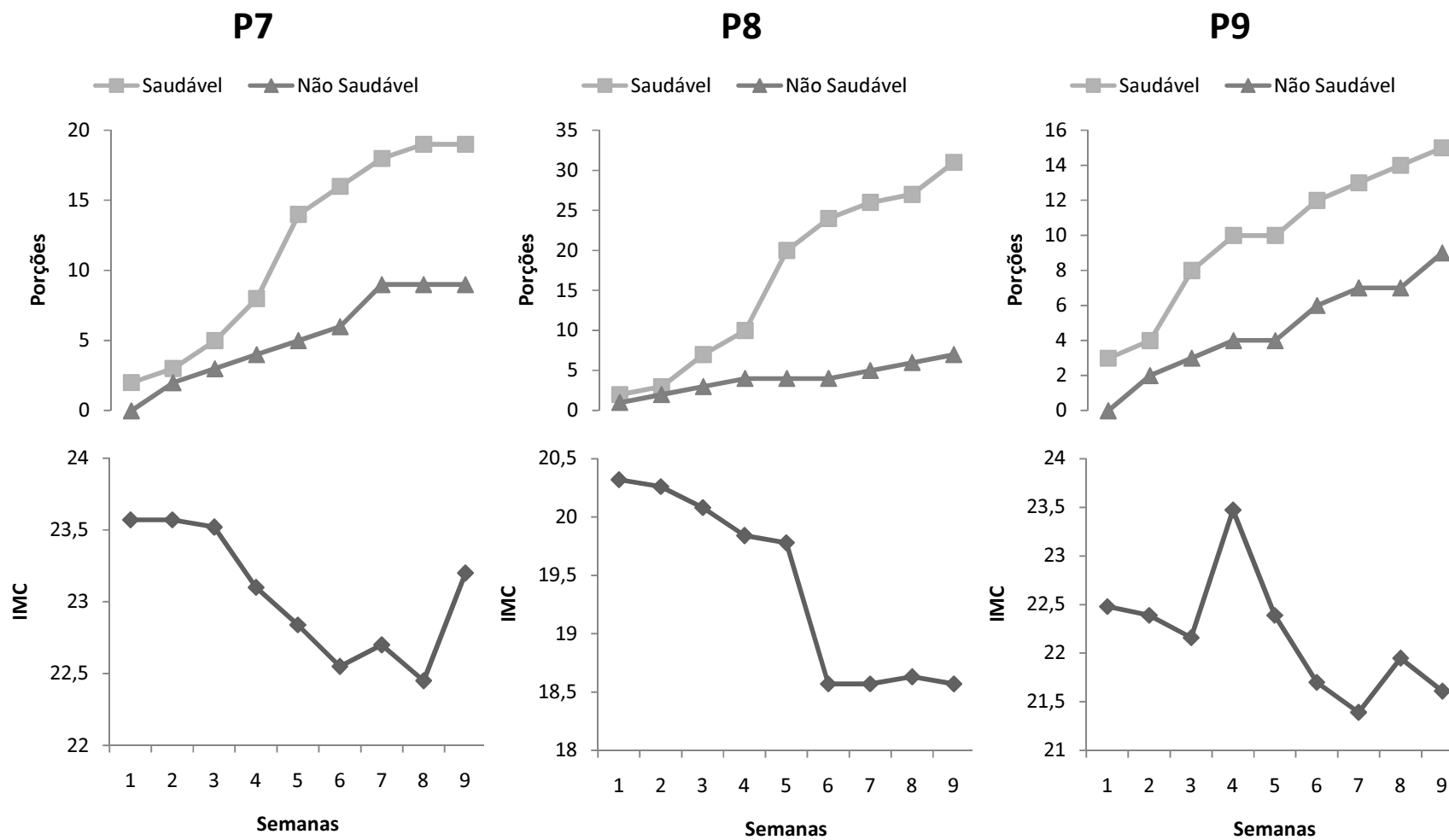


Figura 6. Consumo de porções saudáveis e não saudáveis e variação de IMC das crianças P7, P8 e P9( com cuidadores participantes).

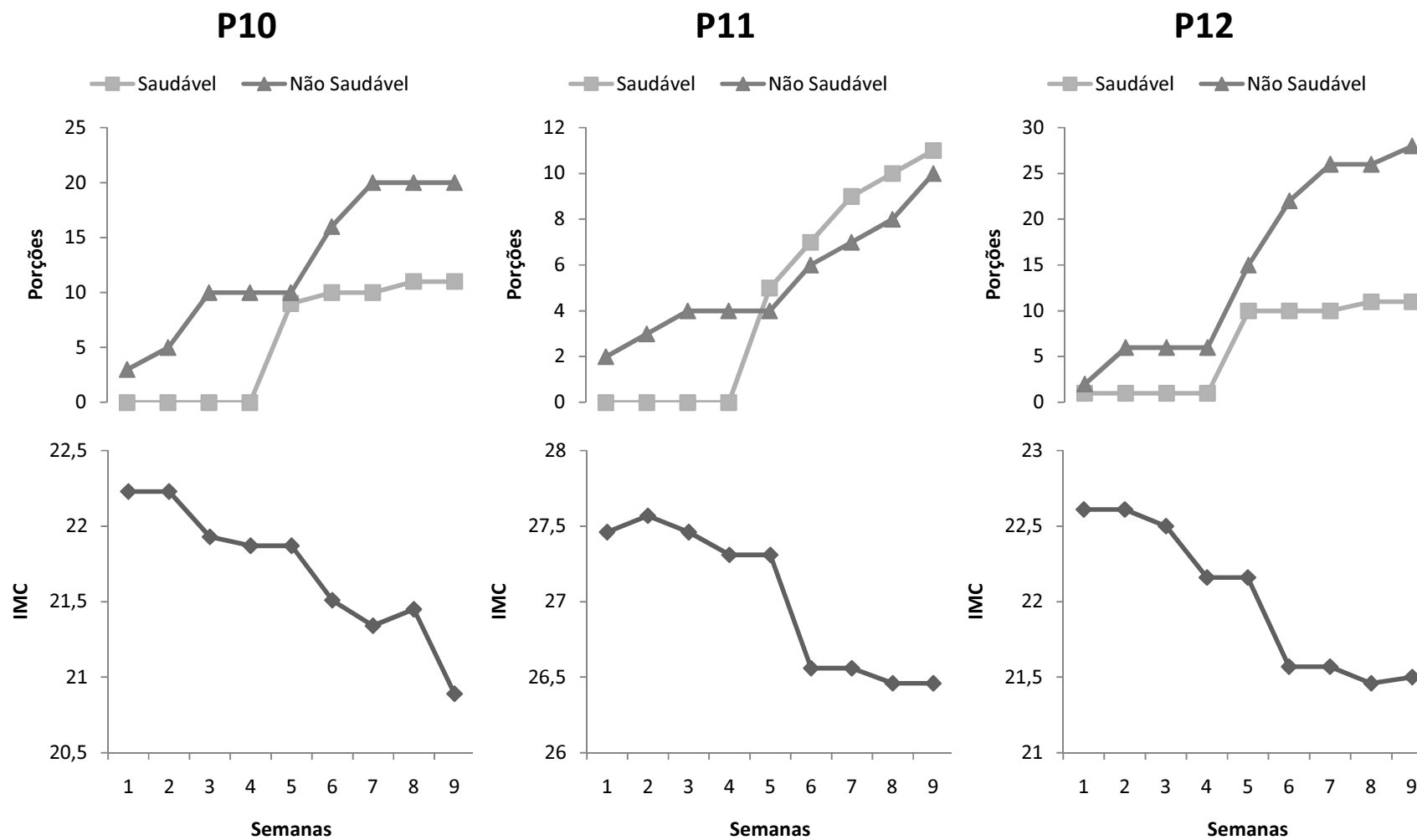


Figura 7. Consumo de porções saudáveis e não saudáveis e variação de IMC das crianças P10, P11 e P12 (com cuidadores participantes).

## Discussão

Diante do objetivo de avaliar a preferência alimentar de crianças acima do peso, participantes desse estudo, verificou-se, nesta investigação, que assim como nos estudos de Garcia e cols. (2005), Lima, Arrais e Predrosa (2004) e Kasapi e Pietro (2001), houve maior consumo de alimentos não saudáveis.

Tem-se observado nos dias atuais um aumento de consumo de alimentos doces e gordurosos, que geralmente são de fácil e rápido preparo. A predisposição biológica das crianças por preferirem alimentos desse tipo, a história de aprendizagem e a cultura (industrialização, propagandas, rotinas diárias cada vez mais intensas de trabalho) podem estar envolvidas nesse consumo de alimentos não saudáveis, contribuindo assim para o aumento da obesidade (Lobstein, Baur & Uauy, 2004; Quaioti & Almeida, 2006).

Objetivou-se, também, verificar a relação entre a redução de IMC e o consumo alimentar durante nove semanas. Percebeu-se que as crianças que emagreceram consumiram mais alimentos saudáveis (P8, P1, P9, P7, P11) e/ou apresentaram aumento gradual de consumo desses alimentos; mesmo assim, não deixaram de consumir alimentos não saudáveis. Suspeita-se que o comportamento de experimentar alimentos saudáveis seja proveniente dos efeitos do reforçamento social de mudança dos hábitos alimentares, além da percepção do próprio emagrecimento, fato que também pode ser um reforçador para o consumo de alimentos saudáveis.

No presente estudo, as crianças e seus cuidadores participaram de sessões psicoeducativas desenvolvidos por alunos e professores das áreas de Nutrição e Psicologia que abordaram questões sobre alimentação, impacto do comer inadequado, jeito de comer e autocontrole. Observou-se que as crianças dos cuidadores mediadores passaram a consumir alimentos mais saudáveis, mas não deixaram de ingerir os não saudáveis. Birch (1998)

mostra que a preferência por alimentos ricos em açúcar e gorduras é resistente à mudança. A literatura também tem demonstrado que apenas psicoeducação não consegue modificar esses padrões alimentares (Domel, Baranowski, Davies, Thompson, Leonard, Riley, Baranowski, Dudovitz & Smyth, 1993). Esses mesmos autores sugerem que são necessárias mudanças nas contingências envolvidas no comportamento alimentar, e essas mudanças possivelmente aconteceram em maior escala ou de forma mais efetiva nas famílias mediadoras que aprenderam noções sobre princípios de aprendizagem visando controlar melhor o comportamento de suas crianças.

Contudo, as crianças dos cuidadores mediadores foram as que mais consumiram alimentos não saudáveis também. Especula-se que no contexto do lanche, por não haver consequências reforçadoras para comportamentos alternativos a comer alimentos não saudáveis, como já poderia estar ocorrendo em casa, o comportamento das crianças ainda deveria estar sendo controlado pelas consequências imediatas e intrínsecas do consumir alimentos não saudáveis e aprendidos como saborosos (com influência dos três níveis de aprendizagem – cultura, ontogênese e filogênese). No entanto, não foram observadas diferenças significativas na redução do IMC nos dois grupos de crianças. Acredita-se que essa diferença não foi maior devido ao pouco tempo de avaliação, pois o fato de as crianças com cuidadores mediadores estarem consumindo mais alimentos saudáveis provavelmente contribuiria para a redução ou manutenção do IMC. Desse modo, sugere-se a avaliação posterior de peso e altura e verificação dos hábitos alimentares das crianças deste estudo.

De acordo com Epstein e cols. (2007), quando existe mais de um alimento a ser escolhido ou quando existe uma outra opção de comportamento que não a de se alimentar, dizemos que esta é uma situação de escolha. Um sujeito escolhe quando tem de optar por um ou outro comportamento em uma situação em que ambos não podem ocorrer

concomitantemente – comportamentos concorrentes. No entanto, no presente estudo optar por um alimento não implicava em ter de deixar de comer o outro. Dessa forma, apesar de não ter se observado um aumento gradual das escolhas saudáveis em todas as crianças, elas também comeram esse tipo de alimento. Epstein e cols. (2007) destacam que várias opções poderiam levar o sujeito a fazer escolhas por alimentos mais saudáveis, se estes fossem apresentados mesmo quando o participante já tivesse consumido um não saudável. Apesar dessa observação não ter sido realizada, suspeita-se que essa tenha sido uma variável influente nas escolhas saudáveis mesmo que em menor quantidade. No entanto, ficou clara a preferência das crianças por alimentos não saudáveis, evidenciada pelo maior número de seu consumo.

Ainda sobre o assunto grande oferta de variedade, o estudo de Liem e Zandstra (2009) contraria o de Epstein e cols. (2007), pois aponta que a variedade não necessariamente pode levar o sujeito a experimentar outros tipos de alimentos. No presente estudo, as crianças recebiam informações para mudança de hábitos alimentares e tinham seus cuidadores envolvidos no processo de emagrecimento. Talvez essa participação, diante da variedade, tenha levado os escolares a experimentar os alimentos saudáveis.

Uma maneira de aumentar o consumo por refeições saudáveis é o uso de reforços (Epstein & cols. 2007; Stark, Collins, Osnes & Stokes, 1986). Desse modo, sugere-se realização de estudos que visem a observação do comportamento alimentar em crianças, com apresentação de reforços contingentes ao consumo de alimentos saudáveis, ou mesmo a utilização de não saudáveis como consequência à ingestão de saudáveis. Outra sugestão seria estabelecer de um procedimento em que as crianças fossem colocadas em uma situação de escolha propriamente dita, ou seja, ao consumir um tipo de alimento, ela não poderia consumir outro.



## Referências

- Baum, W. M. (2005). *Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Birch, L. L. (1998). Development of Food Acceptance Patterns in the First Years of Life. *Proceedings of the Nutrition Society*, 57, 617-624.
- Birch, L. L., & Fisher, J. A. (1995). Appetite and Eating Behavior in Children. *Pediatric Clinics of North America*, 42 (4) , 931-953.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed.
- Domel, S.B., Baranowski, T., Davies, H., Thompson, W.O., Leonard, S.B., Riley, P., Baranowski, J., Dudovitz, B & Smyth, M. (1993). Development and Evaluation of a School Intervention to Increase Fruit and Vegetables Consumption Among 4th and 5<sup>th</sup> grade students. *Society of Nutritional Education.*, 25, 345–349.
- Epstein, L. H. & Wrotniak, B. H. (2010). Future Directions for Pediatric Obesity Treatment. *Obesity*, 18 (1), 8-12
- Epstein, L. H.; Leddy, J.J.; Temple, J.L. & Faith, M. S. (2007) Food Reinforcement and Eating: A Multilevel Analysis. *Psychol Bull*, 133 (5), 884–906.
- Garcia, G.C.B; Gambardella, A.M.D; Frutuoso, M.F.P. (2005). Estado Nutricional e Consumo Alimentar de Adolescentes de um Centro de Juventude da Cidade de São Paulo. *Revista de Nutrição*, 18 (1), 41-50
- Kasapi, I.M; Pietro, P.F. (2001). Consumo de Energia e Macronutrientes por Adolescentes de Escolas Públicas e Privadas. *Revista de Nutrição*, 14, 27-33.
- Liem, D. G. & Zandstra, H. Z. (2009). Children's Liking and Wanting of Snack Products: Influence of Shape and Flavour. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 38 (6).
- Lima, S.C.V.C; Arrais, R.F. & Pedrosa, L.F.C. (2004). Avaliação da Dieta Habitual de Crianças e Adolescentes com Sobrepeso e Obesidade. *Revista de Nutrição*, 17, 69-77.
- Lobstein T, Baur L, Uauy R. (2004). Obesity in Children and Young People: a crisis in public health. *Obes Rev*, 1, 4–85.
- Merrill, M. J. (2009). Food Selection Behaviors of Children in a Buffet Setting. Eastern Illinois University. Thesis Master of Science.

- Polla, S.F. & Scherer, F. (2011) Perfil Alimentar e Nutricional de Escolares da Rede Municipal de Ensino de um Município do Interior do Rio Grande do Sul. *Cad. Saúde Colet*, 19 (1), 111-116.
- Quaioti, T. C. B & Almeida, S. S. (2006). Determinantes Psicobiológicos do Comportamento Alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*, 17 (4) 193-211.
- Stark, L.J.; Collins, F.L.; Osnes P.G. & Stokes, T. F. (1986). Using Reinforcement and Cueing to Increase Healthy Snack Food Choices in Preschoolers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19, 367–379.
- Ventura, A. K. & Birch, L. L. (2008). Does Parenting Affect Children's Eating and Weight Status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15 (5), 1-12.

### **Capítulo III**

## **Relações entre IMC, Competência Social e Problemas de Comportamento de Cuidadores e Crianças**

### **Resumo**

A obesidade em crianças demonstra estar correlacionada com problemas de comportamento internalizantes, além de acarretar prejuízos à maioria dos sistemas orgânicos. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre competências sociais, problemas de comportamento de pais e filhos e o IMC das crianças participantes de um programa de intervenção multidisciplinar que abordava o problema de excesso de peso da família. Participaram do estudo 22 cuidadores e 26 crianças, todos com sobrepeso ou obesidade. O CBCL e o ASR foram aplicados antes da intervenção. Os resultados mostraram relações significativas entre problemas de comportamento internalizantes das crianças e seu IMC, e relações entre problemas de comportamento de cuidadores e de crianças. Sugere-se que o problema de comportamento das crianças seja uma variável mediacional entre o problema de comportamento dos cuidadores e o IMC das crianças, sendo assim necessário o desenvolvimento de intervenções para o excesso de peso que atuem nos problemas de comportamento de ambos.

Palavras chave: ASR, CBCL, sobrepeso, problemas de comportamento, competência social.

### *Abstract*

Child Obesity appears to be related to the internalization of behavioral problems, besides bringing damage to most of the organic systems. This study evaluated the relationship between social competences, behavioral problems, competences, and the Body Mass Index (BMI) of the children who participated in a multidisciplinary intervention program, aimed to deal with the overweight problem in families. Twenty two caregivers and 25 children all overweight or obesity participated in the study. The Child Behavior Checklist (CBCL) and the Adult Self-Report (ASR) were applied before the intervention. Results show a significant relationship between the child's internalization of behavioral problems and the BMI as well as a relationship between the child's and the caregivers behavioral problems. It is suggested that the child's behavioral problem is a mediating variable between the caregivers behavioral problem and the child's BMI, therefore becoming necessary the development interventions on the overweight problem which deal with the behavioral problems of both.

**Key-words:** ASR, CBCL, overweight, behavioral problems, social competence.

## **Relações entre IMC, Competência Social e Problemas de Comportamento de Cuidadores e Crianças**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995) a obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo de massa gorda (gordura) no organismo. Flaherty (1990) ressalta que a obesidade é consequência do excessivo armazenamento de energia dos alimentos consumidos, nas células do corpo.

Essa doença tem sido alvo de grande atenção, sendo considerada até mesmo uma epidemia mundial, afetando em todo o mundo 17,6 milhões de crianças com idade inferior a cinco anos. No Brasil, assim como nos Estados Unidos, a prevalência do sobrepeso e da obesidade vem aumentando consideravelmente; cerca de 25% das crianças e adolescentes brasileiros estão acima do peso considerável saudável de acordo com idade e sexo (Souza, Heller, Anjos & Aguirre, 2003; Halpern & Rodrigues, 2006; Souza & Heller, 2004).

Como uma das gêneses da obesidade tem-se o modelo familiar. A família é o contexto primário propiciador do desenvolvimento do repertório comportamental das crianças. A aprendizagem nesse contexto se dá através do modelo de comportamento dos pais, como também das consequências fornecidas aos seus comportamentos. Desse modo, a obesidade dos pais pode ser uma importante variável que gere obesidade infantil, pois, nesse caso, fatores genéticos e ambientais estão em ação (Epstein, Valoski, Wing, & McCurley, 1990).

Além de acarretar prejuízos na maioria dos sistemas orgânicos, a obesidade em adultos demonstra estar correlacionada com depressão, ansiedade e problemas de autoestima (Bannert, Schobersberger, Tran & Rimmel, 2011). Como nos adultos, em crianças são percebidos problemas na autoestima, na imagem corporal, bem como

sentimentos de inferioridade em comparação aos amigos, isolamento social e dificuldade de expressão de sentimentos, dentre outros sofrimentos psicológicos e comportamentais (Souza, Heller, Anjos & Aguirre, 2003).

De acordo com Tiffin, Arnott, Moore e Summerbell (2011), há muitas razões plausíveis pelas quais o excesso de peso pode estar associado com ajuste psicológico pobre, dentre essas: o impacto da obesidade sobre a autoestima e confiança social, o efeito direto dos hormônios e alterações metabólicas na função do cérebro, mudanças no comportamento alimentar e nos níveis de atividade física (que podem ser consequência de humor deprimido) e ganho de peso secundário ao uso de medicamentos psiquiátricos, quando for o caso.

Vários estudos foram realizados com o intuito de verificar relações entre as dificuldades psicológicas citadas acima e a obesidade. Um instrumento amplamente utilizado para identificar problemas de comportamento crianças é o *Child Behavior Check List* (CBCL). Desenvolvido por Achenbach (1991), é respondido pelos pais ou responsáveis e avalia problemas de comportamento e competência social de crianças entre 6 a 18 anos. Assim como o CBCL, outros instrumentos foram desenvolvidos para avaliar problemas de comportamento, no entanto direcionado a faixas etárias específicas; alguns deles são o *Youth Self-Report* (YSR) voltado para jovens de 11 a 18 anos e *Adult Self-Report* (ASR), para adultos de 18 a 59 anos. Estes, dentre outros, fazem parte do *The Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA). Nesse sistema de avaliação empiricamente baseado, os problemas de comportamentos são descritos como sintomas de transtornos (Achenbach & Rescorla, 2007).

O CBCL, o ASR e demais instrumentos do ASEBA dividem os problemas de comportamento em duas categorias: internalizantes e externalizantes. Os problemas de comportamento internalizantes são aqueles encobertos, evidenciados por retraimento,

ansiedade e problemas psicossomáticos presentes na depressão e ansiedade infantil patológica. Os problemas externalizantes são caracterizados por serem observáveis, como, por exemplo, a impulsividade, agressividade, atitudes desafiadoras e opositoras, frequentes em condutas antissociais e abuso de substâncias (Bordin, Mari & Caeiro, 1995; Gauy & Guimarães, 2006).

Estudos com o objetivo de correlacionar problemas de comportamento e obesidade em adultos utilizando o ASR não foram encontrados; no entanto, há registros de utilização desse instrumento em estudos sobre Transtorno de Déficit de Atenção em adultos (Rösler, Retz, Thome, Schneider, Stieglitz & Falkai, 2008), na avaliação de problemas de comportamento em adultos que foram submetidos a transplante renal quando crianças (Haavisto, Jalanko, Sintonen, Holmberg & Qvist, 2006) e na associação entre problemas de comportamento de pais e problemas de comportamento das crianças (Sanger, MacLean & Slyke 1992). Dentre os estudos que utilizaram o CBCL para verificar possíveis correlações entre obesidade e dificuldades internalizantes e externalizantes em crianças tem-se os de Braet, Mervielde e Vandereycken (1997); Israel e Shapiro (1985) e Luiz, Gorayeb e Libertatore (2010).

Nos Estados Unidos, Israel e Shapiro (1985) investigaram mães de 50 crianças que se inscreveram em um programa comportamental de redução de peso. O CBCL foi aplicado antes de qualquer intervenção. Os resultados mostraram que as crianças com excesso de peso apresentaram problemas de comportamento e baixa competência social.

O estudo de Braet, Mervielde e Vandereycken (1997) explorou a relação entre obesidade e ajustamento psicossocial em 139 crianças obesas e 150 não obesas, com idades entre 9 e 12 anos. As crianças preencheram uma Escala de Competências e seus pais completaram o CBCL. Todas as obesas relataram mais autopercepções corporais negativas e maiores índices de baixa autoestima e de acordo com os seus pais, elas



demonstravam mais problemas de comportamento do que seus pares não obesos. Os autores concluíram, assim, que as crianças obesas parecem demonstrar maior perfil psicossocial de risco.

Outro estudo que constatou a relação entre obesidade e problemas de comportamento foi realizado no Brasil por Luiz, Gorayeb e Libertatore (2010). Através do CBCL e do Inventário de Depressão Infantil (CDI), compararam depressão, distúrbios de comportamento e competência social em crianças obesas e não obesas, de idades entre 7 e 13 anos. Verificou-se no grupo de crianças obesas mais distúrbios externalizantes e internalizantes do que no grupo de não obesas. Essa diferença foi especialmente significativa para os problemas internalizantes, mais especificamente para a síndrome de depressão. Em relação à competência social, constatou-se associação entre déficits de competência social e obesidade.

Sousa e Moraes (2011) compararam sintomas de internalização e externalização em crianças e adolescentes com e sem excesso de peso. Para isso eles avaliaram 88 indivíduos, sendo 53 com excesso de peso e 35 eutróficos (peso adequado), de idades entre 6 e 18 anos, por meio do CBCL. Os resultados mostraram que sintomas de internalização ocorreram em 14 indivíduos com excesso de peso e em 4 eutróficos, ao passo que sintomas de externalização ocorreram em 9 indivíduos com excesso de peso e em 2 eutróficos. Os autores concluíram, nesse estudo, que os sintomas psiquiátricos prevaleceram nos indivíduos com excesso de peso. Dessa forma quanto maior o IMC, maior o risco do desenvolvimento de sintomas emocionais.

Correlações entre mais altos IMC e problemas externalizantes prevaleceram na amostra de 1364 crianças de 2 a 12 anos, com e sem excesso de peso, do estudo de Anderson, He, Schoppe-Sullivan e Must (2010) em que mães responderam o CBCL.

No entanto, não há consenso na literatura sobre associações entre problemas psicológicos, como baixa autoestima e problemas comportamentais (internalizantes ou externalizantes) e obesidade (Anderson, He, Schoppe-Sullivan & Must 2010; Baile & González, 2011; Stunkard, Myles, Faith & Allison, 2003). Friedman e Brownell (1995) realizaram uma busca na literatura e verificaram divergências entre os estudos, sendo que alguns mostraram que a obesidade aumenta o risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos, enquanto outros indicaram que a obesidade não tem influência no risco para depressão. O estudo de Wadden, Foster, Brownell & Finley (1984), por exemplo, mostrou que os escores de autoestima de crianças obesas estavam dentro da normalidade quando comparados com os da população em geral.

Rodrigues, Pires e Neves (2009) avaliaram ansiedade e depressão de crianças com idades entre 8 e 13 anos e seus cuidadores, todos com excesso de peso. Para isso utilizaram as escalas de Beck – Inventário de Depressão e Inventário de Ansiedade (BDI e BAI) - , Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) e o CDI. Os resultados não mostraram relação entre alto IMC e escores que indicam ansiedade e depressão.

Problemas comportamentais parecem estar relacionados, também, com dificuldades na adesão e resultados no tratamento da obesidade. O estudo de Epstein Wisniewski e Weng (1994) avaliou crianças de 8 a 11 anos que foram submetidas a um tratamento comportamental do excesso de peso. Identificou-se, através do CBCL, que as crianças apresentaram problemas de comportamento apresentaram piores resultados.

Napolitano e Hayes (2011) acompanharam 247 mulheres com idade média de 47 anos em um programa que visava a mudança de peso através da atividade física. Foi utilizada a Escala de Percepção de Estresse - *Perceived Stress Scale* (PSS) que avalia o grau em que a pessoa identifica diferentes situações como estressantes e uma escala de

depressão denominada *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) que avalia, através autorrelato, os sintomas depressivos. Os resultados apontaram que, quanto menos as pessoas percebiam as situações como estressantes e quanto maior o engajamento nas atividades físicas, melhores eram os resultados na perda de peso.

Em Portugal, o estudo de Vieira e cols. (2011) avaliou a associação do bem-estar psicológico (autoestima, autoconceito, autoeficácia), depressão e ansiedade nos resultados do tratamento da obesidade em 239 mulheres com média de idade 37.6 anos. Menores escores de ansiedade e depressão, assim como altos escores de autoestima, autoconceito e autoeficácia estiveram relacionados com melhores resultados no tratamento.

Intervenções para o tratamento da obesidade que focam a construção de habilidades demonstram ser eficazes. O estudo realizado por Myers, Hollie, Raynor e Epstein (1998) avaliou problemas de comportamento de 116 crianças obesas de 8 a 12 e suas mães e mostrou resultados significativos após a implementação de um programa que, além explorar várias formas de aumentar a atividade física e diminuir a ingestão de alimentos calóricos, interviu na construção de habilidades de solução de problemas. As melhoras no estado psicológico das mães estiveram relacionadas às melhoras no ajustamento psicossocial dos filhos em todas as escalas de problemas. Os resultados de perda de peso nas crianças, por sua vez, mantiveram-se por até um ano (último encontro de *follow up*).

Buscando entender melhor a relação entre competências sociais e problemas de comportamento/ competências de cuidadores e crianças com excesso de peso, o presente trabalho teve como objetivo avaliar se existiu relação entre problemas de comportamento, competências e o Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças participantes de um programa de intervenção multidisciplinar que abordava o problema

de excesso de peso da família. Objetivou-se, também, verificar se os problemas de comportamento e competências de cuidadores e crianças estiveram relacionados com o IMC e com a adesão da criança, considerada neste estudo como presença em pelo menos 70% dos encontros da intervenção multidisciplinar.

## Método

### Participantes

Participaram deste estudo 22 cuidadores, com idades entre 30 e 60 anos ( $m=43,12$ ,  $DP=7,15$ ) e IMC entre 26,00 e 45,53  $\text{kg}/\text{cm}^2$  ( $m=31,29$ ,  $DP=4,86$ ), e 26 crianças de idades entre 7 e 12 anos ( $m=9,12$ ,  $DP=1,63$ ) e IMC entre 19,13 e 30,38  $\text{kg}/\text{cm}^2$  ( $m=23,60$ ,  $DP=3,16$ )<sup>1</sup>.

### Materiais

Foram utilizados: balança antropométrica da marca Welmy (Sta Barbara D'Oeste, SP) capacidade 140 Kg e Inventários ASEBA: ASR (*Adult Self Report*) (Anexo 7) e CBCL (*Child Behavior Check List*). Esses instrumentos foram traduzidos e licenciados pela Profa. Dra. Edwiges F. M. Silvaes, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo com a autorização do autor e da editora do instrumento.

Os inventários ASEBA identificam competências sociais por meio de perguntas que avaliam a rede social do indivíduo, relacionamento com pares e adultos, atividades e *hobbies*, entre outros, e problemas comportamentais e emocionais. O CBCL é uma escala que avalia as competências e comportamentos de crianças e adolescentes com idades entre 6 a 18 anos por meio da informação de um adulto, geralmente os pais. É composto por onze escalas e três delas avaliam competência social (atividades- *hobbies*, brincadeiras, tarefas diárias; desempenho social – participação em grupos, frequência

---

<sup>1</sup> Quatro cuidadores tinham duas crianças participantes.

em que convive com os pares, independência - e desempenho escolar); as demais avaliam problemas de comportamento. A escala de problemas internalizantes do CBCL engloba três subescalas: ansiedade e depressão, isolamento e depressão e queixas somáticas. As escalas que compõem a avaliação de problemas externalizantes, no CBCL são: comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo. As demais escalas de problemas - sociais, de pensamento e de atenção - , juntamente com as internalizantes e externalizantes formam o Total de Problemas (Bordin, Mari & Caeiro, 1995; Gauy & Guimarães, 2006)

Já o ASR é o inventário autoaplicável para pacientes de 18 a 59 anos. Seu formato é o mesmo do CBCL; no entanto, a média de competências sociais avalia também o relacionamento com companheiro e no trabalho e na escala de externalizantes inclui comportamento intrusivo ( provocar os outros, chamar a atenção para si, falar muito alto).

Nos instrumentos ASEBA os escores brutos são transformados em T-Scores, que comparam a pontuação do indivíduo com a distribuição dos pontos obtida a partir da amostra normativa.

### **Procedimento**

Os inventários foram aplicados nos cuidadores após estes serem convidados a participar do projeto de intervenção multidisciplinar para excesso de peso e consentirem a participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Eles foram informados sobre a importância de responder aos inventários para fins da pesquisa, e lhes foi assegurado que suas identidades seriam preservadas.

Após a aplicação dos instrumentos (CBCL e ASR) a avaliação dos dados foi realizada por meio do software ADM (*Software Assessment Data Manager*) desenvolvido por Achenbach (2001). Esse software, após o registro das respostas dos

inventários, transforma os dados brutos em T-Scores e classifica os indivíduos quanto aos problemas apresentados. Assim, T-Score de 50 a 64, na escala de problemas, indicam normalidade; de 65 a 69 apontam índice limítrofe (situação em que o problema merece atenção, apesar de ainda não ser grave) e de 70 a 100 indicam os problemas são clínicos, ou seja, graves.

### **Análise dos Dados**

Para análise estatística, foi utilizado o programa SPSS 18 (*Statistical Package for Social Sciences*). Utilizou-se o estudo de correlação de Pearson para avaliar as relações entre problemas de comportamento e competência social de cuidadores e IMC e adesão das crianças. Tomou-se como intervalo de confiança  $p$  menor ou igual a 0,05.

### **Resultados**

As crianças apresentaram maior número de casos internalizantes clínicos; das 26 crianças, 14 estavam nessa condição e cinco indicaram condição limítrofe. Já em relação aos problemas externalizantes, foram observados nove casos clínicos e dois limítrofes.

A Tabela 1 apresenta as correlações entre problemas de comportamento, competência social e IMC das crianças, problemas de comportamento, competência dos cuidadores e IMC das crianças, além da correlação entre problemas de comportamento de crianças e cuidadores e adesão.

Verifica-se, de acordo com os dados apresentados na Tabela 1, relação significativa entre problemas internalizantes das crianças e seu IMC ( $r = 0,50$ ,  $p=0,01$ ). Quanto mais problemas internalizantes percebidos pelos pais, maior o IMC da criança.

Não se observou, porém, relação significativa entre a competência social das crianças relatada pelos cuidadores, e o IMC ( $r=-0,31$ ,  $p=0,15$ ).

Não foi também observada relação significativa entre adesão ao tratamento e as demais variáveis: competência social das crianças ( $r=-0,11$ ,  $p=0,68$ ), competência dos cuidadores ( $r=0,31$ ,  $p=0,13$ ), problemas internalizantes das crianças ( $r=-0,13$ ,  $p=0,53$ ) e dos cuidadores ( $r=-0,23$ ,  $p=0,25$ ), externalizantes das crianças ( $r=0,14$ ,  $p=0,49$ ) e dos cuidadores ( $r=-0,21$ ,  $p=0,29$ ) e total de problemas em crianças ( $r=0,11$ ,  $p=0,64$ ) e cuidadores ( $r=-0,19$ ,  $p=0,34$ ).

Os problemas de comportamento dos cuidadores apareceram relacionados significativamente com os problemas de comportamento das crianças. Mais especificamente, quanto maior o autorelato de problemas externalizante dos cuidadores, maior a observação de problemas internalizantes em seus filhos ( $r=0,54$ ,  $p=0,00$ ), como também externalizantes ( $r=0,54$ ,  $p=0,01$ ) e no total de problemas ( $r=0,56$  e  $p=0,00$ ).

De forma semelhante, quanto mais problemas internalizantes os pais apresentam, estes relatam problemas em seus filhos da mesma natureza, ( $r =0,68$  e  $p=0,00$ ), externalizantes ( $r= 0,68$  e  $p=0,00$ ) ou no total de problemas ( $r=0,69$  e  $p=0,00$ ).

Tabela 1. Correlação Pearson entre competências sociais e problemas de comportamento de crianças em tratamento para obesidade e IMC das crianças, adesão ao tratamento e competência social e problemas de comportamento de cuidadores.

	Competência social das crianças	Problemas internalizantes das crianças	Problemas externalizantes das crianças	Total de problemas das crianças	Adesão	IMC das crianças
Problemas externalizantes dos cuidadores	-0,03	0,54**	0,54**	0,56**	0,14	0,01
Problemas internalizantes dos cuidadores	-0,03	0,68**	0,56**	0,69**	-0,23	0,11
Total de problemas dos cuidadores	0,14	0,57**	0,57**	0,60**	-0,19	0,09

Competencia social dos cuidadores	0,01	-0,25	-0,16	-0,24	-0,11	0,87
Adesão	0,11	-0,13	0,14	0,11	1	XX
IMC	-0,31	0,50*	-0,07	0,14	XX	1

\* Correlação significativa no nível de 0,05.

\*\* Correlação significativa no nível de 0,01.

Os dados apontam, dessa forma, correlação entre os problemas de comportamento dos cuidadores e das crianças. Estes últimos demonstram correlação com alto IMC (Vide Figura 1). Neste sentido, pode-se dizer que os problemas de comportamento das crianças tem um papel mediador

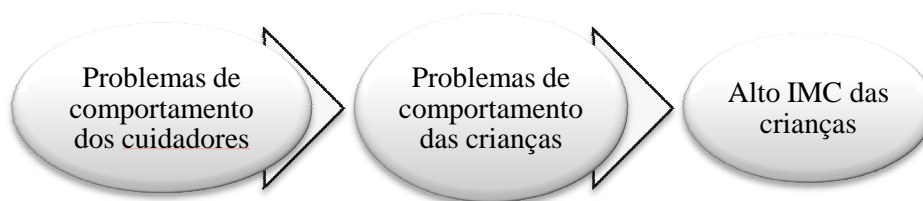


Figura 1. Relação entre problemas de comportamento dos cuidadores e problemas de comportamento das crianças, e destes últimos com o IMC

### Discussão

Na tentativa de entender melhor a relação entre os problemas de comportamento/competências e excesso de peso, o presente estudo buscou avaliar relações entre problemas de comportamento e competências de cuidadores e crianças e IMC destas últimas, participantes de um programa de intervenção multidisciplinar.

Os resultados demonstraram relação significativa entre problemas internalizantes – percebidos pelos cuidadores - e IMC ( $r = 0,50$ ,  $p=0,01$ ) nas crianças estudadas. Pode-se dizer que este resultado assemelha-se aos de vários estudos que utilizaram o mesmo



instrumento (Braet , Mervielde & Vandereycken, 1997; Israel & Shapiro, 1985; Luiz, Gorayeb & Libertatore, 2010; Sousa & Moraes, 2011) e apontaram problemas de comportamento na população com excesso de peso.

Luiz, Gorayeb e Libertatore (2010) e Sousa e Moraes (2011) observaram que os comportamentos internalizantes prevalecem sobre os externalizantes em crianças com excesso de peso. Os resultados da presente pesquisa corroboram essa constatação, pois os comportamentos internalizantes estiveram mais constantes na amostra estudada.

Buscou-se, também, verificar o impacto desses problemas/competências na adesão (presença em 70% dos encontros) das crianças. Não foram encontradas relações significativas entre problemas de comportamento e competência de cuidadores e crianças em relação à adesão destas últimas.

Relações independentes entre problemas de comportamento dos cuidadores e IMC das crianças foram percebidas. Contudo, verificaram-se relações entre problemas de comportamento dos cuidadores e problemas de comportamento das crianças. Segundo Sanger, MacLean e Slyke (1992), os problemas de comportamento dos cuidadores demonstram relacionar-se com os problemas de comportamento das crianças. O estudo de Myers Hollie, Raynor e Epstein (1998) com uma população de crianças com idades semelhantes ao do presente estudo, mas com uma amostra maior (116), além de encontrar associação entre os problemas de comportamento de pais e filhos, mostrou que melhoras no estado psicológico das mães estavam relacionadas a melhoras no ajustamento psicossocial dos filhos em todas escalas de problemas, fator que também repercutia em efeitos na perda de peso das crianças.

Desse modo, os resultados do presente estudo sugerem que os problemas de comportamento das crianças sejam uma variável mediacional, isto é, aquela que por meio da qual a variável independente (no caso, problemas de comportamento dos

cuidadores) influenciam a variável dependente (IMC das crianças) (Baron & Kenny, 1986).

Os resultados apontam para necessidade de abordar os problemas de comportamento, tanto de cuidadores quanto de crianças, nas intervenções que visam tratar o problema do excesso de peso. Contudo, dado às características da amostra - pequena, selecionada por conveniência e não probabilística - os dados não podem ser generalizados. O fato de ter sido selecionado apenas um informante (um cuidador) também pôde limitar os apontamentos desse estudo.

Deste modo, sugere-se a realização de estudos com maior número de participantes, com intervenções na construção de repertórios de comportamentos habilidosos, com grupo controle e utilização de inventários autoavaliativos.

### Referências

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont. Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Anderson, S. E.; He, X.; Schoppe-Sullivan, S. & Must, A. (2010). Externalizing Behavior in Early Childhood and Body Mass Index From age 2 to 12 years: Longitudinal Analyses of a Prospective Cohort Study. *BMC Pediatrics*, 49, 1-10.
- Baile, J.J. & González, M. J. (2011). Comorbilidade Psicopatológica em Obesidade. *An. Sist. Sanit. Navar*, 34 (2), 253-261
- Bannert, B.; Schobersberger, W.; Tran, U. & Rimmel, A. (2011) The Effectiveness of a Nondiet Multidisciplinary Weight Reduction Program for Severe Overweight Patients with Psychological Comorbidities. *Journal of Obesity*, Article ID 641351
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da Versão Brasileira do Child Behavior Checklist [CBCL] - Inventário de comportamento da infância e da adolescência: Dados preliminares. *Revista ABP - APAL*, 17(2), 55-66.

- Braet, C.; Mervielde, I. & Vandereycken, W. (1997). Psychological Aspects of Childhood Obesity: A Controlled Study in a Clinical and Nonclinical Sample, *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 59-71.
- Epstein, L.H.; Wisniewski, L. & Weng, R. (1994). Child and Parent Psychological Problems Influence Child Weight Control. *Obes Res.*, 2, 509-51
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R. & McCurley, J. (1990). Ten-Year Follow-up of Behavioral, Family-Based Treatment for Obese Children. *JAMA*, 264 (19), 2519-2528
- Flaherty, J. A. (1990). Distúrbios Alimentares. Em J. A. Flaherty (Org.). *Psiquiatria Diagnóstico e Tratamento* (pp. 153-154). Porto Alegre: Artes Médicas
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological Correlates of Obesity: Moving to the Next Research Generation. *Psychological Bulletin*, 11(7), 3-20.
- Gauy, F. V., Guimarães, S. S. (2006). Triagem em saúde mental infantil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 05-16.
- Haavisto, A.; Jalanko, H.; Sintonen, H.; Holmberg, C. & Qvist, E. (2006) Quality of Life in Adult Survivors of Pediatric Kidney Transplantation. *Transplantation*, [Epub ahead of print].
- Halpern, Z. & Rodrigues, M. D. B. (2006). Obesidade Infantil. Em M. A. Nunes; J. C. Apolinário; A. L. Galvão & W. Coutinho (Orgs.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 283-287). Porto Alegre: Artmed
- Israel, A. C. & Shapiro, L. S. (1985). Behavior Problems of Obese Children Enrolling in a Weight Reduction Program. *Journal of Pediatric Psychology*, 10 (4), 449- 460.
- Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., & Liberatone, R. D. R. (2010). Avaliação de Depressão, Problemas de Comportamento e Competência Social em Crianças Obesas. *Estudos de Psicologia*, 27(1), 41-48.
- Moran, R. & Arizona, G.(1999). Evaluation and Treatment of Childhood Obesity. *American Family Physician*, 59 (4), 861-868
- Myers, M. D.; Hollie, M. A.; Raynor, R. D. & Epstein, L H. (1998). Predictors of Child Psychological Changes During Family-Based Treatment for Obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152, 855-861
- Napolitano, M. A. & Hayes, S. (2011) Behavioral and Psychological Factors Associated with 12-Month Weight Change in a Physical Activity Trial. *Journal of Obesity*, 1-10.
- Rodrigues, M.C.A.; Pires, D.O. & Neves, S.M.M. (2009). Avaliação Psicométrica da Depressão, Ansiedade e Compulsão Alimentar de Crianças e Adolescentes

Obesos e seus Cuidadores. Em R. C. Wielenska (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*(pp.189-199 vl. 24). Santo André: ESETec Editores Associados.

- Rösler, M.; Retz, W.; Thome, J.; Schneider, M.; Stieglitz, R. D. & Falkai, P. (2008). Psychopathological Rating Scales for Diagnostic Use in Adults with Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc*, 256. 3-11
- Sanger, M. S.; MacLean, W. E. & Slyke, V. A. D. (1992). Relation Between Maternal Characteristics and Child Behavior Ratings : implications for Interpreting Behavior Checklists. *Clin Pediatr*, 31, 461-465.
- Sousa, M. R. & Moraes, C. (2011). Sintomas de Internalização e Externalização em Crianças e Adolescentes com Excesso de Peso. *J Bras Psiquiatr*, 60(1), 40-45.
- Souza, R. F. C. B. & Heller, D. C. L. (2004). Relação entre Autoconceito, Ansiedade e Obesidade em Crianças. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Entendendo a Psicologia Comportamental e Cognitiva aos Contextos da Saúde, das Organizações, das Relações Pais e Filhos e das Escolas* (pp.229-233, vl. 14). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Souza, R. F. C. B., Heller, D. C. L., Anjos, M. C. R. & Aguirre, A. N. C. (2003). Comportamento Alimentar: Influência materna na obesidade infantil. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: clínica, pesquisa e aplicação* (pp.435-444, vl. 12). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Stunkard, A. J.; Faith, M. S. & Allison, K. C.( 2003). Depression and Obesity. *Biol Psychiatry*, 54, 330-337.
- Tiffin, P. A.; Arnott, B.; Moore, H. J. & Summerbell, C. D. (2011). Modelling the Relationship Between Obesity and Mental Health in Children and Adolescents: Findings from the Health Survey for England 2007. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 31 (5),1-11
- Vieira, P. N.; Mata, J.; Silva, M. N.; Coutinho, S. R.; Santos,T.C.; Minderico, C. S. Sardinha, L. B. & Teixeira, P. J. (2011). Predictors of Psychological Well-Being during Behavioral Obesity Treatment in Women. *Journal of Obesity*, Article ID 936153
- Wadden, T. A., Foster, G. D., Brownell, K. D., & Finley, E. (1984). Self-concept in Obese and Normal Weight Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1104-1105.
- World Health Organization. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995

**Capítulo IV**

**Estilos Parentais e Emagrecimento de Crianças Submetidas a Intervenção**

**Multidisciplinar**

## Resumo

O conjunto de práticas educativas (Estilos Parentais) pode reduzir ou aumentar o risco de sobrepeso infantil. Diante disso, o objetivo deste estudo foi verificar através do Inventário de Estilos Parentais (IEP), os estilos parentais de 18 cuidadores, divididos em dois grupos: participantes – aqueles que recebiam informações sobre como – e perder o próprio peso e cuidadores mediadores –os que recebiam instruções para auxiliar no emagrecimento de seus filhos. Buscou-se, também, verificar mudanças em relação às práticas parentais dos cuidadores devido à implantação do programa multidisciplinar. Por fim, investigou-se a existência de correlações entre estilos parentais e IMC das crianças. De maneira geral, observou-se nos IEPs aplicados inicialmente a prevalência do estilo parental Abuso Físico. Sobre a correlação entre IMC das crianças e estilos parentais, não foi verificada nenhuma relação estatisticamente significativa. Verificou-se, após o programa, que os cuidadores mediadores apresentaram melhores resultados no IEP final.

Palavras-chave: estilos parentais, sobrepeso infantil, intervenções multidisciplinares

### *Abstract*

A group of educational practices (Parental Styles) can reduce or increase the risk of overweight in children. Using the *Inventário de Estilos Parentais* (IEP) this study investigated the parental styles of 18 caregivers. These were divided into two groups: participants – (those who received information on how to lose weight themselves) and the mediators (those who received instructions on how to help their children lose weight). Changes in the caregivers parental practices after the implantation of the multidisciplinary program were also evaluated. We also verified correlations between parental style and the child's BMI. Overall, in the initial IEP there was a prevalence of the Physically Abusive parental style. No significant statistical correlation was found between child's BMI and parental styles. After the program the mediator caregivers showed better results at the final IEP.

**Key-words:** parental styles, overweight child, multidisciplinary intervention.

## **Estilos Parentais e Emagrecimento de Crianças Submetidas à Intervenção Multidisciplinar**

A obesidade infantil tem alcançado proporções epidêmicas, atingindo 25% das crianças brasileiras (Halpern & Rodrigues, 2006; Souza & Heller, 2004; Souza, Heller, Anjos & Aguirre, 2003). Vários fatores têm sido associados ao aumento do sobrepeso infantil. Além das influências biológicas, causas ambientais (sedentarismo, alimentação inapropriada) têm sido consideradas importantes desencadeantes desse mal (Davison & Birch, 2001).

Ventura e Birch (2008) destacam que a família influencia direta e indiretamente o índice de gordura nas crianças: diretamente, através dos fatores genéticos, e indiretamente, por meio do impacto de seus comportamentos no que a criança come e como gastam ou não energias ingeridas. Desse modo, os hábitos alimentares, a maneira com a qual a criança lida com o alimento e as atitudes em relação aos exercícios físicos são altamente influenciados pelos pais e pelos seus estilos de educação (Davison & Birch, 2001). De acordo com o apresentado, Rhee (2008) destaca a importância de entender o alcance dessa influência para o desenvolvimento de esforços visando prevenir e tratar a obesidade infantil.

Gomide (2006) chama de estilos parentais o conjunto de práticas educativas utilizadas pelos pais com objetivos de educar os filhos. O modelo teórico de Estilo Parental é composto por sete práticas educativas que se dividem em práticas positivas e negativas. São elas: Monitoria Positiva, Comportamento Moral, Negligência, Abuso Físico, Disciplina Relaxada, Punição Inconsistente e Monitoria Negativa. As duas primeiras são chamadas positivas e promovem comportamentos pró-sociais; as demais



pertencem ao grupo das chamadas práticas negativas e estão relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos antissociais.

A Monitoria Positiva envolve estabelecimento adequado de regras, limites, atenção, distribuição de recompensas, afeto e envolvimento. O Comportamento Moral implica condições que estimulem o desenvolvimento de empatia e senso de justiça, como também noções de certo e errado e de responsabilidade (Gomide, 2006).

A negligência refere-se à falta de atenção e afeto; o Abuso Físico diz respeito à punição através de agressão física; a Disciplina Relaxada é caracterizada pela falta de consistência ao fazer cumprir as regras estabelecidas; na Punição Inconsistente os pais disciplinam (no sentido de instruir, recompensar ou punir), mas orientados pelo seu próprio humor; já a Monitoria Negativa está ligada ao excesso de regras (“falatórios”) sem que estas sejam cumpridas (Gomide, 2006).

Outro modelo de Estilos Parentais é fornecido por Baumrind (1973). Neste são identificados quatro estilos diferentes: o autoritativo, que envolve limites e afeto; o autoritário, em que há pouco afeto e muito limite, gerando ansiedade, depressão, baixa autoestima; o permissivo, que apresenta regras frouxas e pouca consistência e está relacionado à impulsividade nas crianças e ao abuso de substâncias, e o estilo negligente, em que não se tem regras, tampouco afeto e está associado à delinquência, abuso de substâncias, impulsividade e problemas emocionais.

De acordo com Gortmaker, Mustata e Perrin (1996), práticas parentais eficazes podem reduzir o risco de sobrepeso infantil. Uma monitoração parental consistente na ingestão dietética das crianças e na atividade física, com estabelecimento apropriado de regras, consequências recompensadoras ao segui-las, atenção e envolvimento, características da Monitoria Positiva, tem sido associada à saúde, como também ao peso adequado. Assim, o estilo parental afetivo e consistente pode ter impacto positivo

sobre a elaboração das atividades diárias, funcionamento social e influenciar o desenvolvimento da cooperação entre pais e filhos e também de habilidades de regular o próprio comportamento alimentar, assim como as emoções negativas (Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti & Bradley, 2006)

Por outro lado, de acordo com Rhee e cols. (2006) práticas parentais excessivamente rigorosas, em que há muitas regras e pouco afeto, assim como as práticas com características negligentes, estão associadas a filhos com sobrepeso. Pais que utilizam práticas punitivas em demasia, assim como a extrema rigidez e pouca sensibilidade em relação aos sentimentos e necessidades emocionais dos filhos, contribuem para o desenvolvimento de ansiedade, comportamentos de contracontrole (por exemplo, comer escondido) e consequente diminuição da capacidade de autorregulação das emoções negativas. Assim, o comer em excesso pode acontecer como resposta compensatória dada à situação de estresse vivenciada por essas crianças.

Práticas negligentes e/ou permissivas também podem contribuir para o sobrepeso infantil. Elas não auxiliam na construção do repertório de autocontrole, pela falta de consistência das consequências, escassez de regras, falta de disciplina e horários irregulares, mantendo assim estreita ligação com abusos alimentares, tanto em relação à quantidade quanto à qualidade dos alimentos (Rhee e cols, 2006).

Alguns estudos que se engajaram em entender as relações entre estilos parentais e excesso de peso das crianças mostram que a negligência e a permissividade são as práticas parentais mais relacionadas ao excesso de peso. Olvera e Power (2009) acompanharam pais e crianças pré-escolares por três anos e verificaram que filhos de mães permissivas têm maior probabilidade de sobrepeso do que filhos de mães autoritárias e autoritativas (isto é, monitoria positiva). O mesmo resultado Wake, Nicholson, Hardy e Smith encontraram em 2007, quando abordaram 4983 crianças de 4

a 6 anos e observaram que aquelas que apresentavam sobrepeso geralmente eram filhas de pais cujo estilo era permissivo e/ou negligente.

Rhee e cols. (2006) apontaram ainda, relações entre práticas de alimentação das crianças e excesso de peso. Algumas de práticas de alimentação utilizadas pelos pais foram associadas a um risco aumentado de se comer em excesso, dentre elas: a utilização de alimentos como recompensa, a obrigatoriedade de comer tudo o que tem no prato e o excesso de restrição de alimentos.

O estudo de Hubbs-Tait, Kennedy, Page e Topham (2008) buscou relacionar as práticas de alimentação utilizadas pelos pais e seus estilos parentais. Foi aplicado um questionário que visava investigar as práticas alimentares e outro sobre estilos parentais a 239 pais. Os resultados sugeriram que a restrição alimentar e a pressão para comer estavam relacionadas ao estilo autoritário; já o baixo uso de modelo de comer alimentos saudáveis por parte dos pais estava associado ao estilo permissivo; ao passo que o “servir de modelo” e o monitoramento parental mostraram-se vinculados com o estilo autoritativo.

Estratégias de prevenção e tratamento que abordam estilo parental, bem como os comportamentos específicos de lidar com a alimentação da criança, podem ser ingredientes importantes para se alcançar mais sucesso na prevenção de sobrepeso na infância (Rhee, & cols. 2006). Os tratamentos comportamentais da obesidade infantil, que abrangem a família visando não só modificar os hábitos de regulação do peso corporal, mas também capacitar os pais a desenvolver habilidades parentais eficientes, têm mostrado forte evidência de eficácia (Epstein, Paluch, Roemmich, & Beecher, 2007).

Diante disso, os objetivos deste estudo foram:

1: Verificar, através do Inventário de Estilos Parentais (IEP ), os estilos dos cuidadores participantes – aqueles que recebiam informações sobre como perder o próprio peso - e dos cuidadores mediadores – os que recebiam instruções para auxiliar o emagrecimento de seus filhos, componentes de um programa de intervenção psicoeducativa para perda de peso na infância.

2: Observar mudanças em relação as práticas parentais dos cuidadores devido à implantação do programa multidisciplinar

3: Verificar a existência de correlações entre estilos parentais e IMC das crianças.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram deste estudo 18 cuidadores, sendo 5 homens e 13 mulheres, todos com sobrepeso e responsáveis por 20 crianças entre 7 e 12 anos, também com excesso de peso (Índice de Massa Corpórea entre 19,83 kg/m e 34,81 kg/m – percentis entre 93,6 a 99). As crianças eram alunas de uma escola de ensino fundamental conveniada ao estado.

A média inicial de IMC (peso (kg)/altura x altura(m<sup>2</sup>)) das crianças de cuidadores participantes era de 22,17 kg/m e das crianças com cuidadores mediadores era de 23,36 kg/m.

Em crianças, o IMC é classificado de acordo com a idade e o sexo. Os dados são comparados com as informações das curvas e tabelas de referência do *National Center for Health Statistics - NCHS (CDC 2000)* e, conforme os resultados obtidos em percentil é considerando diagnóstico de obesidade se o IMC for  $\geq$  a 95 e sobrepeso quando o IMC indicar percentil entre 85 e 95.

## **Material**

Utilizou-se o Inventário de Estilos Parentais – IEP (Gomide, 2006) (Anexo 9). Essa escala, desenvolvida no Brasil, contém 42 itens correspondentes a sete práticas educativas (Monitoria Positiva, Comportamento Moral, Negligência, Abuso Físico, Monitoria Negativa, Disciplina Relaxada, Punição Inconsistente). O instrumento tem duas formas, uma que é respondida pelos pais e a outra pelos filhos. Os resultados são classificados em risco: regular abaixo da média, regular acima da média e ótimo. Neste estudo, as classificações entre regular abaixo da média e ótimo foram agrupadas em não risco.

## **Procedimento**

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Vide Anexo 2), os cuidadores foram divididos em dois grupos; cada grupo participou do programa de uma maneira diferente: atuando como cuidadores participantes (e assim recebiam informações sobre como perder o próprio peso) ou como mediadores (recebiam informações sobre como melhor ajudar suas crianças).

O Inventário foi aplicado antes e depois da intervenção. Nesses dois momentos os cuidadores levaram o questionário para casa e o devolveram na semana seguinte.

O programa de intervenção psicoeducativo multidisciplinar aconteceu em 10 semanas e contou com a participação de alunos e profissionais das áreas da Psicologia, Nutrição, Medicina, Enfermagem e Fisioterapia. Crianças e cuidadores receberam orientações nutricionais e psicoeducativas e passaram também por consultas médicas. Apenas os cuidadores participaram de palestras sobre as doenças causadas pela obesidade e apenas as crianças foram submetidas a um programa de atividade física.

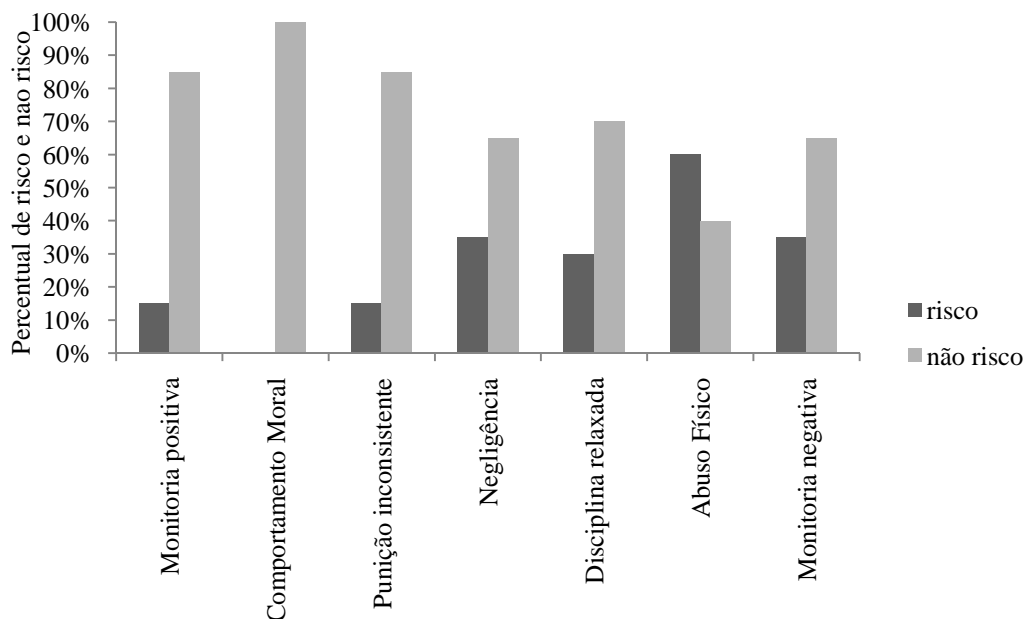
Dos 18 cuidadores que responderam ao inventário, 10 participaram dos encontros psicoeducativos semanais sobre como lidar com seu próprio excesso de peso. Nesses encontros foram abordadas as questões: consciência do problema de excesso de peso, impacto do problema, expectativas do participante em relação aos objetivos de emagrecimento, causas do excesso de peso, vantagens e desvantagens do processo de emagrecimento, controle de estímulos internos e externos e erros de pensamento.

Os demais cuidadores (oito) participaram de encontros psicoeducativos sobre princípios de aprendizagem e melhor forma de lidar com os comportamentos dos filhos, sobretudo com comportamento alimentar. Os temas dos encontros foram: “Entendendo a causa dos comportamentos”, “Relações entre comportamentos e conseqüências recompensadoras”, “As conseqüências punitivas e seus efeitos colaterais”, “Organizando regras e rotina para as crianças”, “Envolvimento e relacionamento afetivo” e “Aplicando o que foi aprendido no comportamento alimentar das crianças”. Cabe salientar que os encontros para esses cuidadores mediadores foram baseadas no protocolo de Weber, Salvador e Brandenburg (2009).

### **Resultados**

Em relação aos IEPs de risco e não risco, dos 18 inventários respondidos, seis apresentam estilo parental de risco e 12 de não risco.

De modo geral, os estilos parentais de não risco que mais prevaleceram na amostra inicial foram Comportamento Moral (100%), Monitoria Positiva (85%) e Punição Inconsistente (85%). O Abuso Físico foi o estilo parental que apresentou maior índice de risco (60%) (Vide Figura 1).



Figural. Percentual de risco e não risco dos estilos parentais iniciais.

Dos oito cuidadores mediadores que responderam ao inventário antes dos encontros, sete permaneceram frequentes, mas apenas cinco responderam ao IEP novamente após nove semanas.

Dos 10 cuidadores participantes que responderam ao IEP inicialmente, três deixaram de participar dos encontros e dois não o entregaram posteriormente.

A Tabela 1 mostra a média das escalas dos sete estilos parentais dos cuidadores participantes antes de qualquer intervenção. Verifica-se a prevalência de risco para Abuso Físico. Realizando-se o intervalo de confiança para essa medida integrada, obtiveram-se limites de 11,96% e 31,52% para o Estilo Parental geral de risco antes da intervenção nos cuidadores participantes.

Tabela 1: Percentagem de estilos parentais de risco e não risco dos cuidadores participantes e dos cuidadores mediadores, antes e depois da intervenção psicoeducativa.

	Estilos Parentais	Cuidadores Participantes		Cuidadores Mediadores	
		Risco	Não Risco	Risco	Não Risco
Antes da Intervenção	Monitoria Positiva	9,10%	90,90%	22,20%	77,80%
	Comportamento Moral	0%	100%	0%	100%
	Punição Inconsistente	9,10%	90,90%	22,20%	77,80%
	Negligência	27,30%	72,70%	44,40%	55,40%
	Disciplina Relaxada	9,10%	90,90%	55,60%	44,40%
	Abuso Físico	63,60%	36,40%	55,60%	44,40%
	Monitoria Negativa	36,40%	63,40%	33,30%	66,70%
Depois da intervenção	Monitoria Positiva	0%	100%	0%	100%
	Comportamento Moral	0%	100%	0%	100%
	Punição Inconsistente	20%	80%	0%	100%
	Negligência	40%	60%	0%	100%
	Disciplina Relaxada	0%	100%	0%	100%
	Abuso Físico	40%	60%	33,30%	66,70%
	Monitoria Negativa	20%	80%	16,70%	83,30%



No grupo de cuidadores mediadores observaram-se maiores índices do IEP de risco. O intervalo de confiança mostrou limites de 26,43% e 52,14% para o Estilo Parental geral de risco antes da intervenção nos cuidadores mediadores.

Em relação às médias de risco das sete escalas de estilos parentais, verifica-se que Disciplina Relaxada, Abuso Físico e Negligência apresentaram maiores índices (Vide Tabela 1). Os estilos que apresentaram não risco foram: Comportamento Moral (100%), Monitoria Positiva (77,8%) e Punição Inconsistente (77,8%). O mesmo aconteceu em relação aos dados iniciais dos cuidadores participantes, porém esses mostraram melhores índices, respectivamente 100%, 90% e 90,9%.

Quando avaliadas as sete escalas de estilos parentais após os encontros do programa, verifica-se que em nenhuma delas prevaleceu risco. Em relação aos inventários aplicados anteriormente, observaram-se melhores índices de estilos parentais em todas as escalas, principalmente em relação a Abuso Físico (Vide Tabela 1).

Em relação à média de risco do Estilo Parental final dos cuidadores participantes, calculada através do intervalo de confiança, obtiveram-se limites de 2,63% e 25,94%. Sobre os cuidadores mediadores, seu índice de risco do IEP geral após intervenções direcionadas sobre como lidar com os comportamentos dos filhos, foi observado por meio do intervalo de confiança de limites entre -0,75% e 17,89% (antes: 26,43% e 52,14%). As crianças dos cuidadores mediadores também foram as que mais reduziram IMC; passaram de 23,36 para 22,36. Já as crianças dos cuidadores participantes perderam menos peso. O IMC anterior à intervenção era de 22,17 e foi para 21,8.

Nenhuma correlação entre IEPs dos cuidadores e IMC das crianças foi considerada estatisticamente significativa.

## Discussão

Um dos objetivos deste estudo foi verificar a correlação entre estilos parentais e o IMC das crianças. Após realização de análise estatística, não foi verificada nenhuma correlação estatisticamente significativa. No entanto, segundo Rhee e cols. (2006), práticas educativas rigorosas estão relacionadas com o desenvolvimento de ansiedade e depressão. Alguns estudos demonstram ,ainda, que esses problemas de comportamento são os que mais estão relacionados com o excesso de peso em crianças (Luiz, Gorayeb & Libertatore, 2010; Sousa & Moraes, 2011).

No presente estudo, observou-se nos IEPs aplicados inicialmente, a prevalência do estilo parental Abuso Físico. Esse estilo está a associado práticas educativas rigorosas, como também ao uso de estratégias de restrição de alimentos (Hubbs-Tait, Kennedy, Page e Topham , 2008). Desse modo, sugere-se, na amostra aqui analisada, que esse modo de lidar com as crianças possa estar contribuindo para o excesso de peso. Contudo, a forma de relação desse estilo com excesso está relacionada (seja por restrição alimentar, gerando contracontrole, ou promovendo ansiedade e comportamentos compulsivos) não foi investigada.

Além de Abuso Físico, indícios de riscos em relação à Negligência, Disciplina Relaxada e Monitoria Negativa apareceram na amostra. Essas formas de lidar com a criança geralmente não contribuem para o desenvolvimento de limites e autocontrole, importantes para prevenir o excesso de peso em crianças (Rhee & cols, 2006). Estudos como os de Wake e cols. (2007) também apontam relação entre negligência e permissividade e excesso de peso em crianças.

Tratamentos que abordam o estilo parental e que ensinem formas de melhor lidar com o comportamento da criança, como recompensá-la adequadamente e colocar

limites de maneira eficiente, promovendo autocontrole, são importantes para que se alcancem melhores resultados em relação ao excesso de peso (Rhee & cols. 2006; Epstein & cols. 2007).

No presente estudo, os cuidadores foram divididos e receberam informações diferentes. Os cuidadores participantes estavam envolvidos em perder o próprio peso e os mediadores foram ensinados sobre a melhor maneira de lidar com os comportamentos das crianças e assim ajudá-las a emagrecer. Verificou-se, após o programa, que os cuidadores mediadores não só apresentaram melhores resultados no IEP final, como tiveram as crianças que mais emagreceram. No início do programa eles apresentaram IEPs de maior risco, com limites entre 26,43% e 52,14% (contra 11,96% e 31,52% cuidadores participantes) no final, o intervalo de confiança da média de risco do IEP dos cuidadores participantes ficou entre 2,63% e 25,94%, já os cuidadores mediadores apresentaram IEP de risco apenas entre -0,75% e 17,89%.

Esses dados corroboram a proposta de Rhee e cols, (2006) e Epstein e cols. (2007) segundo a qual o tratamento do excesso de peso deve abordar a família e ensinar melhores práticas educativas aos cuidadores.

Devido ao pequeno número da amostra, sugere-se que mais estudos com uma população maior sejam realizados. Estudos que investiguem as práticas específicas de cada estilo parental em relação ao comer em excesso e à inatividade física também são necessários.

### **Referências**

Baumrind, D. (1973). The Development of Instrumental Competence through socialization. Em D. A. Pick (Org.) *Minnesota Symposium on Child Psychology* (pp 3–46).

Davison, K.K. & Birch, L. L. (2001). Family Environmental Factors Influencing the

Developing Behavioral Controls of Food Intake and Childhood Overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48(4), 893-907

- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Roemmich, J. N. & Beecher, M D ( 2007). Family-Based Obesity Treatment, Then and Now: Twenty-Five Years of Pediatric Obesity Treatment. *Health Psychol.*26 (4),381–391.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos Parentais*. Petrópolis: Vozes.
- Gortmaker, S. L.; Musta, A. & Perrin, J. M. (1996). Social and Economic Consequences of Overweight in Adolescence and Young Adulthood. *N Engl J Med* (329) 1008– 1012.
- Halpern, Z. & Rodrigues, M. D. B. (2006). Obesidade Infantil. Em M. A. Nunes; J. C. Apolinário; A. L. Galvão & W. Coutinho (Orgs.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 283-287). Porto Alegre: Artmed.
- Hubbs-Tait, L., Kennedy, T. S., Page, M. C., Topham, G. L., & Harrist, A. W. (2008). Parental Feeding Practices Predict Authoritative, Authoritarian and Permissive Parenting Styles. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(7), 1154-1161.
- Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., & Liberatone, R. D. R. (2010). Avaliação de Depressão, Problemas de Comportamento e Competência Social em Crianças Obesas. *Estudos de Psicologia*, 27(1), 41-48.
- Olvera, N., & Power, T. G. (2009). Parenting Styles and Obesity in Mexican-American Children: A ongitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 1-7.
- Powers, S. W.; Chamberlin, A. L.; Schaick, K. B.; Sherman, S. N. & Whitaker, R. C. (2006). Maternal Feeding Strategies, Child Eating Behaviors, and Child BMI in Low-Income African-American Preschoolers. *Obesity* 14 (11), 2026-2033.
- Rhee K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, D., & Bradley, R. H. (2006). Parenting Styles and Overweight Status in First Grade, *Pediatrics* 117(6), 2047-2059.
- Rhee, K. (2008). Childhood Overweight and the Realtionship Between Parent Behaviors, Parenting Style, and Family Functioning. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 615(11), 12-37.
- Sousa, M. R. & Moraes, C. (2011). Sintomas de Internalização e Externalização em Crianças e Adolescentes com Excesso de Peso. *J Bras Psiquiatr*, 60(1), 40-45.

- Souza, R. F. C. B. & Heller, D. C. L. (2004). Relação entre Autoconceito, Ansiedade e Obesidade em Crianças. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Entendendo a Psicologia Comportamental e Cognitiva aos Contextos da Saúde, das Organizações, das Relações Pais e Filhos e das Escolas* (pp.229-233, vl. 14). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Souza, R. F. C. B., Heller, D. C. L., Anjos, M. C. R. & Aguirre, A. N. C. (2003). Comportamento Alimentar: Influência materna na obesidade infantil. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: clínica, pesquisa e aplicação* (pp.435-444, vl. 12). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Ventura, A. K. & Birch, L. L. (2007). Does Parenting Affect Children's Eating and Weight Status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15 (5), 1-12.
- Wake, M.; Nicholson, J. M.; Hardy, P. & Smith, K. (2007). Preschooler Obesity and Parenting Styles of Mothers and Fathers: Australian National Population Study, *Pediatrics*, 120, 1520-1527.
- Weber, L.; Salvador, A. P. & Brandenburg, O. (2009). *Programa de Qualidade na Interação Familiar*. Curitiba: Juruá

## Discussão Geral

O modelo e estilos de educação fornecidos pelos cuidadores influenciam diretamente a maneira com a qual a criança lida com o alimento e as atitudes em relação aos exercícios físicos (Davison & Birch, 2001; Ventura & Birch; 2008). Diante disso, Epstein & cols. (2007) apontam a necessidade de envolver a família nos tratamentos comportamentais da obesidade.

Este estudo buscou entender a melhor forma de participação dos cuidadores (mediadora x participante) em um programa multidisciplinar baseado na família. Verificou-se, assim, como nos trabalhos de Israel e cols. (1990 e 1984), maiores reduções de IMC nas crianças com cuidadores mediadores, isto é, aqueles que receberam informações sobre manejo de contingências e educação eficaz para melhor ajudar suas crianças no processo de emagrecimento.

De acordo com Rhee e cols. (2006) e Epstein e cols. (2007) tratamentos que abordam estilo parental, reforço para comportamentos adequados, regras e limites, promovem o desenvolvimento de autocontrole e são importantes para que se alcance melhores resultados em relação ao excesso de peso.

O comportamento caracterizado por autocontrole é menos sensível às consequências imediatas e mais controlado por estímulos de maior magnitude reforçadora a longo prazo. Ele pode ser desenvolvido pela aprendizagem de se comportar seguindo instruções verbais antecedentes (Albuquerque, Matos, de Souza & Paracampo, 2004). Dessa maneira, infere-se que os melhores resultados obtidos pelas crianças dos mediadores seja proveniente das mudanças no uso das regras e consequências oferecidas pelos cuidadores.

Nos resultados apresentados no Artigo I podem ser verificadas relações entre seguimento das regras estabelecidas nos encontros e emagrecimento, sendo que as crianças que mais seguiram regras foram as que mais tiveram os IMC reduzidos. Pode ser sugerido, deste modo, que essas crianças são mais sensíveis ao controle de regras e por isso tendem a apresentar maior desenvolvimento de autocontrole, e assim conseguem reduções no IMC.

Gortmaker, Musta e Perrin (1996) apontam que os pais que monitoram consistentemente a ingestão dietética das crianças e atividade física, estabelecem regras de forma apropriada, com consequências recompensadoras ao seu cumprimento e demonstram atenção e envolvimento afetivo, têm maiores chances de que seus filhos mantenham o peso adequado. Por outro lado, de acordo com Rhee e cols. (2006) práticas parentais excessivamente rigorosas e com pouco afeto estão associadas a filhos com sobrepeso.

No Artigo I, observou-se que as crianças dos cuidadores mediadores que mais emagreceram, foram aquelas cujos responsáveis posicionaram-se contra o uso da punição (cuidadores das famílias 9, 11 e 14). O Artigo IV, sobre relações entre estilos parentais e IMC das crianças, mostrou prevalência de abuso físico como prática parental utilizada. Nesse estudo foi percebido também, predominância de abuso físico como prática parental. Deste modo, sugere-se que na amostra aqui analisada que essa forma de lidar com as crianças esteja contribuindo para o excesso de peso.

Práticas punitivas também estão associadas com a depressão e ansiedade (Sidman, 1995). No Artigo III, observa-se a prevalência de comportamentos internalizantes nas crianças, eles podem estar relacionados com as práticas punitivas utilizadas pelos cuidadores. Os problemas internalizantes apresentaram-se mais correlacionados com alto IMC das crianças.

Por outro lado, segundo Gomide (2006) Baumrind (1973), práticas parentais que envolvem estabelecimento adequado de regras, limites, atenção, distribuição de recompensas, afeto e envolvimento promovem comportamentos pró-sociais, elevada autoestima, bons relacionamentos interpessoais e autonomia.

De acordo Rhee e cols. (2006), práticas negligentes e/ou permissivas marcadas pela falta de consistência das consequências, escassez de regras, falta de disciplina e horários irregulares mantêm estreita ligação com abusos alimentares, tanto em relação à quantidade quanto à qualidade dos alimentos. Esses fatores (ontogenéticos) somado a outras influências, como aspectos fisiológicos, genéticos (filogenéticos) e mudanças no estilo de vida, providas pela industrialização e capitalismo (culturais), parecem influenciar o maior consumo de alimentos não saudáveis (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant, 2005; Quaioti & Almeida, 2006).

O Artigo II buscou verificar preferências alimentares de crianças, durante os lanches oferecidos na escola, com opções de alimentos e bebidas saudáveis e não saudáveis. Os resultados mostraram que, assim como nos estudos de Garcia e cols. (2005), Lima, Arrais e Predrosa (2004) e Kasapi e Pietro (2001), houve maior consumo de alimentos não saudáveis.

Outro objetivo do Artigo II foi observar a relação das preferências com a redução no IMC e com os efeitos de dois tipos diferentes de participação dos cuidadores. Foi observado que as crianças dos cuidadores mediadores que mais emagreceram foram as que mais consumiram alimentos saudáveis e não saudáveis. Especula-se que nesse contexto em que o ato de não fazer escolhas saudáveis não era conseqüenciado arbitrariamente nem havia qualquer regra sobre comer alimentos saudáveis, o comportamento das crianças ainda deveria estar sendo controlado pelas conseqüências imediatas e intrínsecas do consumo de alimentos não saudáveis e



aprendidos como saborosos (com influência dos três níveis de aprendizagem – cultura, ontogênese e filogênese). Birch (1998) mostra, ainda, que a preferência por alimentos ricos em açúcar e gorduras é altamente resistente à mudança. No entanto, as crianças de cuidadores mediadores consumiram, também, mais alimentos saudáveis. Talvez as mudanças nas contingências promovidas pelos cuidadores, assim como os efeitos reforçadores da redução do IMC, possam ter proporcionado esse comportamento.

Deste modo, os resultados aqui apresentados e discutidos apontam a necessidade de desenvolvimento de tratamentos que visem consolidar comportamentos governados por regras, utilização de reforços contingente aos comportamentos de regulação de peso corporal, envolvimento de toda a família e procedimentos divertidos que motivem e envolvem a criança na mudança de hábitos alimentares e de atividade física.

### Referências

- Acuña, K. & Cruz, T. (2004) Avaliação do Estado Nutricional de Adultos e Idosos e Situação Nutricional da População Brasileira. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 48 (3), 345-360.
- Anderson, S. E.; He, X.; Schoppe-Sullivan, S. & Must, A. (2010). Externalizing behavior in early childhood and body mass index from age 2 to 12 years: longitudinal analyses of a prospective cohort study. *BMC Pediatrics*, 49, 1-10.
- Aragona, J., Cassady, J. & Drabman, R. S. (1975). Treating Overweight Children Through Parental Training and Contingency Contracting. *Journal of Applied of Applied Behavior Analysis*, 8 (3), 269-278
- Blundell, J. E.; Lawton, C. L. & Halford, J. C. (1995). Serotonin, Eating Behavior, and Fat Intake. *Obesity Res*, 4, 471-476
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da Versão Brasileira do Child Behavior Checklist [CBCL] - Inventário de comportamento da infância e da adolescência: Dados preliminares. *Revista ABP - APAL*, 17(2), 55-66.
- Brownell, K. D. & O'Neil, P. M. (1999). Obesidade. Em D. H. (Org.). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (pp.355-401). Porto Alegre: Artmed
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed.

- Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496
- Davison, K.K. & Birch, L. L. (2001). Family Environmental Factors Influencing the Developing Behavioral Controls of Food Intake and Childhood Overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48(4), 893-907
- Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. & Merchant, A. T. (2005). Childhood Obesity, Prevalence and Prevention. *Nutrition Journal*, 4:24
- Epstein, L. H. & Wrotniak, B. H. (2010). Future Directions for Pediatric Obesity Treatment. *Obesity*, 18 (1), 8-12
- Epstein, L.H.; Wisniewski, L. & Weng, R. (1994). Child and Parent Psychological Problems Influence Child Weight Control. *Obes Res.*, 2, 509-51
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Gordy, C. C. & Dorn, J. (2000). Decreasing Sedentary Behaviors in Treating Pediatric Obesity. *ARCH Pediatrics Adolesc Med.*, 154,220-226
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Roemmich, J. N. & Beecher, M D ( 2007). Family-Based Obesity Treatment, Then and Now: Twenty-Five Years of Pediatric Obesity Treatment. *Health Psychol.*26 (4),381–391.
- Epstein, H. L., Roemmich, J.N. & Raynor, H. A. (2001). Behavioral Therapy in The Treatment of Pediatric Obesity. *Childhood and Adolescent Obesity*, 48 (4) 981-993.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R. & McCurley, J. (1990). Ten-Year Follow-up of Behavioral, Family-Based Treatment for Obese Children. *JAMA*, 264 (19), 2519-2528
- Feijó, F. M.; Bertoluci, M. C. & Reis, C. (2011). Serotonina e Controle Hipotalâmico da Fome: uma revisão. *Rev Assoc Med Bras*, 57(1), 74-77
- Flaherty, J. A. (1990). Distúrbios Alimentares. Em J. A. Flaherty (Org.). *Psiquiatria-Diagnóstico e Tratamento* (pp. 153-154). Porto Alegre: Artes Médicas
- Gauy, F. V., Guimarães, S. S. (2006). Triagem em Saúde Mental Infantil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 05-16.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos Parentais*. Petrópolis: Vozes.
- Gortmaker, S. L.; Musta, A. & Perrin, J. M. (1996). Social and Economic Consequences of Overweight in Adolescence and Young Adulthood. *N Engl J Med* (329) 1008– 1012.

- Halpern, Z. & Rodrigues, M. D. B. (2006). Obesidade Infantil. Em M. A. Nunes; J. C. Apolinário; A. L. Galvão & W. Coutinho (Orgs.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 283-287). Porto Alegre: Artmed.
- Hampson, E. S., Andrews, J. A., Peterson, M., & Duncan, C. S. (2007). A Cognitive-Behavioral Mechanism Leading to Adolescent Obesity. *Ann Behav Med.*, 34(3), 287–294.
- Honisett, S., Woolcock, S., Porter, C. & Hughes (2009). Developing an Award Program for Children's Settings to Support Healthy Eating and Physical Activity and Reduce the Risk of Overweight and Obesity. *BMC Public Health*, 9: 345
- Israel, A.C., Solotar, L.C., & Zimand, E. (1990). An Investigation of Two Parental involvement roles in the treatment of obese children. *International Journal Eating Disorders*, 9, 557-564.
- Jelalian, E. & Saelens, B. E. (1999). Empirically Supported Treatments in Pediatric Psychology: Pediatric Obesity. *Journal of Pediatric Psychology*, 24 (3), 223-248
- Kaplan, D. I & Sadock, L. B. (1984). Perturbações Psicossomáticas: Obesidade. Em: *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica* (pp. 553-541). Porto Alegre: Artes Médicas
- Lerner, R. M., & Gellert, E. (1969). Body Build Identification, Preference, and Aversion in Children. *Developmental Psychology*, 1, 456-462.
- Lobstein T, Baur L, Uauy R. ( 2004). Obesity in Children and Young People: a crisis in public health. *Obes Rev*, 1, 4–85
- Moreira, R. O. & Benchimol, A. K. (2006). Princípios Gerais do Tratamento da Obesidade. Em M. A. Nunes; J. C. Apolinário; A. L. Galvão & W. Coutinho (Orgs.), *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp. 290-297). Porto Alegre: Artmed.
- Napolitano, M. A. & Hayes, S. (2011) Behavioral and Psychological Factors Associated with 12-Month Weight Change in a Physical Activity Trial. *Journal of Obesity*, 1-10.
- Quaioti, T. C. B & Almeida, S. S. (2006). Determinantes Psicobiológicos do Comportamento Alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*, 17 (4) 193-211.
- Rachlin, H. (1974). Self-control. *Behaviorism*, 2, 94-107.
- Rhee K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, D., & Bradley, R. H. (2006). Parenting Styles and Overweight Status in First Grade, *Pediatrics* 117(6), 2047-2059.
- Schneider, M. R. (2008). Obesity. Em: L. S. Neistein, C. M. Gordon, D. K. Katzman, D. S. Rosen & E. R. Woods (Orgs.), *Adolescent Health Care: a practical guide* (pp.467-478). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações* (M. A., Andery, & M. T. Sério, Trans.). Campinas: Psy II. (Originalmente publicado em 1982)
- Skinner, B. F. (1984). Selection by Consequences. *Behavioral and Brain Science*, 7, 477-510
- Souza, D. P. (2004). Obesidade infantil e Atividade Física. Em D. C. L. Heller (Org.), *Obesidade Infantil: manual de prevenção e tratamento* (pp.21-23). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Souza, R. F. C. B. & Heller, D. C. L. (2004). Relação entre Autoconceito, Ansiedade e Obesidade em Crianças. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Entendendo a Psicologia Comportamental e Cognitiva aos Contextos da Saúde, das Organizações, das Relações Pais e Filhos e das Escolas* (pp.229-233, vl. 14). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Souza, R. F. C. B., Heller, D. C. L., Anjos, M. C. R. & Aguirre, A. N. C. (2003). Comportamento Alimentar: Influência Materna na Obesidade Infantil. Em M. Z. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: clínica, pesquisa e aplicação* (pp.435-444, vl. 12). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Tiffin, P. A.; Arnott, B.; Moore, H. J. & Summerbell, C. D. (2011). Modelling the Relationship Between Obesity and Mental Health in Children and Adolescents: findings from the Health Survey for England 2007. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 31 (5),1-11
- Ventura, A. K. & Birch, L. L. (2008). Does Parenting Affect Children's Eating and Weight Status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15 (5), 1-12.
- Vieira, P. N.; Mata, J.; Silva, M. N.; Coutinho, S. R.; Santos, T.C.; Minderico, C. S. Sardinha, L. B. & Teixeira, P. J. (2011). Predictors of Psychological Well-Being during Behavioral Obesity Treatment in Women. *Journal of Obesity*, Article ID 936153

**Anexos**

**Anexo 1****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO**

Título da pesquisa: **“Tratamento Multidisciplinar: Qualidade de Vida, Fatores Comportamentais e Bioquímicos de Pais e Crianças Obesas”**.

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portador (a) do RG \_\_\_\_\_, dou consentimento livre e esclarecido para meu(a) filho(a) \_\_\_\_\_,

Idade, \_\_\_\_\_ participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa descrito acima, sob responsabilidade da Dra. Sônia Maria de Melo Neves, professora do Programa de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e dos mestrandos Doralice Oliveira Pires Dias e Flávio José Teles de Moraes.

Esta pesquisa neste primeiro momento quer identificar quantas crianças de 7 a 12 anos, matriculadas no Instituto Educacional Emmanuel, estão acima do peso. Os resultados desta pesquisa poderão trazer benefícios por ajudar na compreensão da prevalência da obesidade e também tem como objetivo selecionar participantes para uma segunda etapa do projeto.

Caso seu(a) filho(a) esteja acima do peso, entraremos em contato para que os cuidadores responsáveis também sejam pesados e medidos e caso vocês sejam selecionados será oferecido gratuitamente, nesse segundo momento, tratamento as crianças e diversos tipos de orientações ou tratamentos aos cuidadores.

Maiores informações a respeito do tratamento a ser oferecido será encaminhado posteriormente. No momento só será feita a pesagem e medição de todas as crianças na faixa etária acima citada.

Assinando este termo de consentimento, você estará então somente autorizando que seu(a) filho(a) seja pesado e medido. As medições ocorrerão na própria escola, durante os intervalos das aulas e não trarão nenhum prejuízo ou desconforto a seu(a) filho(a).

Você pode recusar se quiser, e caso seu(a) filho(a) não queira participar, não o obrigue.

Os dados encontrados poderão ser divulgados, mas serão mantidas em sigilo as identificações dos participantes. A qualquer momento você poderá retirar a participação de seu(a) filho(a) deste estudo, sem nenhum problema para você e sua família.

No caso de permitir o seu(a) filho(a) a fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de dúvida você pode procurar a coordenadora, professora de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Profª Drª Sônia Maria Mello Neves responsável pela execução deste estudo.

Telefones para contato: (062) 99792437

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

---

Assinatura do Responsável

**Anexo 2****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO II**

Título da pesquisa: **“Tratamento Multidisciplinar: Qualidade de Vida, Fatores Comportamentais e Bioquímicos de Pais e Crianças Obesas”**.

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador (a) do RG \_\_\_\_\_, aceito participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa acima citado, sob responsabilidade da Dra. Sônia Maria de Mello Neves, professora do Programa de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e dos mestrandos Doralice Oliveira Pires Dias e Flávio José Teles de Moraes.

Esta pesquisa nesse momento quer identificar o peso dos responsáveis das crianças de 7 a 12 anos, matriculadas no Instituto Educacional Emmanuel, que estão acima do peso. Aqueles responsáveis que estiverem acima do peso recomendável serão submetidos a avaliação médica e psicológica que tem como objetivo selecionar os participantes para tratamento multidisciplinar gratuito a ser oferecido na escola.

Maiores informações a respeito do tratamento a ser oferecido será encaminhado posteriormente. No momento será feita a pesagem e medição dos responsáveis das crianças que estão acima do peso e avaliação médica e psicológica. A psicóloga irá aplicar questionários sobre seus comportamentos e de seus filhos e o médico irá fazer uma entrevista e exames clínicos como medir a pressão arterial, o padrão respiratório e medir a circunferência abdominal.

Os resultados dessa pesquisa poderão trazer benefícios por ajudar na compreensão da prevalência da obesidade



Assinando este termo de consentimento, você estará aceitando participar dessa fase da pesquisa. As medições ocorrerão na própria escola, em data e horário que serão comunicados posteriormente. Você pode recusar se quiser. Os dados encontrados poderão ser divulgados, mas serão mantidas em sigilo as identificações dos participantes. A qualquer momento você poderá retirar sua participação e de seu(a) filho(a) deste estudo, sem nenhum problema para você e sua família.

No caso de concordar a fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de dúvida você pode procurar a coordenadora, professora de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sônia Maria Mello Neves responsável pela execução deste estudo.

Telefones para contato: (062) 99792437

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

---

Assinatura do Responsável

### Anexo 3

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Título da pesquisa: **“Tratamento Multidisciplinar: Qualidade de Vida, Fatores Comportamentais e Bioquímicos de Pais e Crianças Obesas”**.

Eu, \_\_\_\_\_,

portador (a) do RG \_\_\_\_\_, dou consentimento livre e esclarecido para eu e meu filho participarmos do projeto de pesquisa descrito acima, sob responsabilidade da Dra. Sônia Maria de Melo Neves, professora do Programa de Graduação e Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e dos mestrandos Doralice Oliveira Pires Dias e Flávio José Teles de Moraes.

Assinando este termo de consentimento, estou ciente que:

1. O presente estudo tem por objetivo investigar se crianças e pais que estão acima do peso, quando submetidos a tratamento com vários profissionais, como psicólogos, médicos, nutricionistas e fisioterapeutas têm maior perda de peso, melhora na saúde e na qualidade de vida que crianças que não participam deste tratamento ou participam sozinhas, sem seus pais.
2. Os resultados desta pesquisa poderão ajudar desenvolver maneiras mais eficazes de combater o problema do sobrepeso e da obesidade em crianças e adultos.
3. Algumas vezes será solicitado a mim responder questionários sobre qualidade de vida, hábitos alimentares, atividades físicas, rotina, além de inventários psicológicos.
4. Será oferecido ao meu filho um lanche, a partir da segunda semana de intervenção. Eventuais problemas de saúde identificados como decorrência da ingestão de qualquer um dos alimentos oferecidos neste experimento, serão assistidos pelo médico participante desse estudo.

5. Eu e meu filho seremos submetidos a exames bioquímicos, nos quais será necessária a coleta de sangue por um profissional qualificado, de acordo com a exigência da Vigilância Sanitária.
6. Se eu ou meu filho sentir qualquer desconforto físico ou psicológico vindos das atividades realizadas neste estudo, os profissionais estarão disponíveis para me atender.
7. Apesar da divulgação dos resultados encontrados, o meu nome e o nome do meu(a) filho(a) não serão divulgados.
8. A qualquer momento eu poderei me retirar e retirar o meu(a) filho(a) deste estudo, sem que isto me cause nenhum custo. Caso eu ou meu(a) filho(a) nos sintamos prejudicados e achemos necessário possíveis ressarcimentos ou indenizações, poderemos buscá-los em âmbito legal.

Caso você concorde em participar e permita que o seu(a) filho(a) faça parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Você pode recusar se quiser. Caso seu filho(a) não queira participar, não o obrigue. A participação dele (a) deve ser da vontade dele. Ninguém será penalizado por não querer participar.

Goiânia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

**Anexo 4****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO**

Projeto de pesquisa: Tratamento multidisciplinar: Qualidade de vida, fatores comportamentais e bioquímicos de pais e crianças obesas.

As sessões de terapia em grupo das crianças serão filmadas e gravadas durante o presente estudo para obtermos uma maior confiabilidade dos dados da pesquisa. Contudo, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre participação de seu filho.

Se você autoriza que seu filho (a) seja filmado, assine ao final deste documento. Você pode recusar se quiser. Caso seu filho(a) não queira não o obrigue a participar, a participação dele(a) deve ser de livre escolha. Ninguém será penalizado por não querer participar.

Eu \_\_\_\_\_

RG nº. \_\_\_\_\_

CPF nº. \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo que meu filho seja filmado nas sessões de terapia em grupo no estudo “Tratamento multidisciplinar: Qualidade de vida, fatores comportamentais e bioquímicos de pais e crianças obesas”

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

**Anexo 5****QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS ALIMENTOS A SEREM UTILIZADOS NO ESTUDO A SEREM RESPONDIDOS PELOS PAIS**

Nome da criança:

Dia de atendimento:

Dentre estes alimentos há algum que seu filho não pode ingerir?

**Pães**

Pão de forma tradicional ( ) Pão de forma integral ( ) Pão bisnaguinha ( )

Pão francês ( )

**Laticínios**

Margarina ( ) Catupiry ( ) Queijo minas ( ) Queijo frescal ( ) Creme de leite ( ) Iogurte natural ( )

Leite condensado ( ) Maionese ( ) Leite semi-desnatado ( ) Leite integral ( ) Requeijão light ( )

**Bebidas**

Refrigerante (Coca-cola) ( ) Refrigerante(Guaraná) ( ) Refrigerante (Fanta) ( ) Suco artificial de uva ( ) Suco artificial de frutas vermelhas ( ) Suco artificial de laranja ( )

**Frutas e polpas de frutas**

Laranja ( ) Mamão ( ) Maçã ( ) Uva Itália ( ) Acerola ( ) Abacaxi ( )

Polpa de caju ( ) Limão ( ) Polpa de maracujá ( ) Banana ( ) Goiaba (fruta ou polpa) ( )

**Doces**

Gelatina de morango ( ) Achocolatado em pó ( ) Goiabada ( ) Açúcar ( )

Doce de leite ( ) Açúcar refinado light (União) ( )

### **Carnes**

Peito de frango ( ) Bacon ( ) Carne moída ( ) Salsicha ( ) Salsicha de frango ( ) Calabresa ( )

### **Vegetais**

Tomate ( ) Cenoura ( ) Couve-manteiga ( ) Cebola ( ) Manjericão ( ) Ervilha ( ) Cebolinha ( )  
Hortelã ( )

### **Farinhas**

Farinha de trigo ( ) Farinha de rosca ( ) Trigo para quibe ( ) Aveia em flocos ( )

### **Condimentos**

Canela em pó ( ) Fermento em pó ( ) Sal ( ) Caldo de carne ( ) Molho de tomate industrializado ( )

### **Óleos**

Óleo ( ) Azeite de oliva ( )

### **Outros**

Massa de pizza ( ) Bolacha amanteigada de chocolate ( ) Bolacha integral ( )

Sucrilhos ( Corn Flakes ) ( ) Pipoca (milho) ( ) Batata palha ( ) Ovo ( )

Massa para pastel ( ) Salgadinhos (Fandangos) ( ) Proteína de soja ( )

Seu filho é alérgico a algum tipo de alimento? Qual?

---

---

Assinatura do responsável :

Data



# INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA ADULTOS DE 18 A 59 ANOS (ASR)

ID (para uso exclusivo do aplicador):

<b>SEU NOME COMPLETO:</b>			<b>TIPO DE TRABALHO, mesmo que você não esteja trabalhando no momento.</b> Por favor, seja específico, como por exemplo: mecânico de automóveis, professora do 2º grau, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército, estudante (indique o que está estudando e que título você pretende alcançar). Seu trabalho: _____ Trabalho do(a) esposo(a) ou companheiro(a): _____
<b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<b>IDADE</b>	<b>RAÇA OU ETNIA</b>	
<b>DATA DE HOJE</b> Dia ____ Mês ____ Ano ____		<b>DATA DE NASCIMENTO</b> Dia ____ Mês ____ Ano ____	
Por favor, responda este formulário de acordo com a sua visão, mesmo que outras pessoas possam não concordar. Você não precisa gastar muito tempo com nenhum item. Esteja à vontade para escrever quaisquer comentários adicionais. <b>CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.</b>			

**ASSINALE SUA ESCOLARIDADE MÁXIMA**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma escolarização | <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto   |
| <input type="checkbox"/> ou 1º grau incompleto | <input type="checkbox"/> 3º grau completo     |
| <input type="checkbox"/> 1º grau completo      | <input type="checkbox"/> Mestrado             |
| <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto    | <input type="checkbox"/> Doutorado            |
| <input type="checkbox"/> 2º grau completo      | <input type="checkbox"/> Outra (especifique): |

**I. AMIGOS:**

- A. Quantos(as) amigos(as) próximos(as) você tem? (Não incluir pessoas da família)
- Nenhum       1       2 ou 3       4 ou mais
- B. Aproximadamente quantas vezes por mês você tem contato com qualquer dos(as) seus(suas) amigos(as) próximos(as)? (Incluir contatos pessoais, telefonemas, cartas, e-mails.)
- Menos de 1       1 ou 2       3 ou 4       5 ou mais
- C. Até que ponto você se dá bem com seus(suas) amigos(as) próximos?
- Não se dá bem       Na média       Acima da média       Bem acima da média
- D. Aproximadamente quantas vezes por mês amigos ou familiares visitam você?
- Menos de 1       1 ou 2       3 ou 4       5 ou mais

**II. ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO(A):**

- Qual é o seu estado civil?
- Nunca fui casado(a)       Casado, mas separado do esposo(a)
- Casado e vivendo com o esposo(a)       Divorciado(a)
- Viúvo(a)       Outro – Por favor, descreva: \_\_\_\_\_

Em algum momento nos últimos seis meses, você viveu com um(a) esposo(a) ou companheiro(a)?

- Não – Por favor, pule os próximos itens e vá para a página 2.
- Sim – Circule 0, 1 ou 2 ao lado das afirmações A-H para descrever o seu relacionamento nos últimos seis meses:

0 = NÃO É VERDADEIRA		1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA		2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA			
0	1	2	A. Eu me dou bem com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)	0	1	2	E. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) discordamos quanto à administração do lar, tal como onde morar etc.
0	1	2	B. Eu e meu esposo(a) ou companheiro(a) temos dificuldades em dividir as responsabilidades	0	1	2	F. Eu tenho problemas com a família do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)
0	1	2	C. Eu me sinto satisfeito(a) com meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)	0	1	2	G. Gosto dos amigos do meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a)
0	1	2	D. Eu e meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) gostamos de atividades semelhantes	0	1	2	H. O comportamento de meu(minha) esposo(a) ou companheiro(a) me incomoda

COPYRIGHT 2003 T. ACHENBACH. REPRODUCED UNDER LICENSE #207-12-04-06. PROIBIDA REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

Tradução: Silves, E. F. M.; Rocha, M. M. & Equipe Projeto Enurese (2008). Versão brasileira não publicada do inventário "Adult Self-Report for Ages 18-59" (Achenbach, 2003).

Profª Dra. Edwiges Ferreira de Mattos Silves  
 Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo  
 Av. Prof. Melo Moraes, 1721 / São Paulo – SP  
[efdm Silv@usp.br](mailto:efdm Silv@usp.br)

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS. ENTÃO, VAR PARA A PRÓXIMA PÁGINA.**



**CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.**

**III. FAMÍLIA:**

**EM COMPARAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS, QUÃO**

		PIOR DO QUE A MÉDIA	VARIA OU NA MÉDIA	MELHOR DO QUE A MÉDIA	NÃO TENHO CONTATO
A. Você se relaciona com seus irmãos?	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Você se relaciona com suas irmãs?	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Você se relaciona com sua mãe?	<input type="checkbox"/> Mãe falecida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Você se relaciona com seu pai?	<input type="checkbox"/> Pai falecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Você se relaciona com seus filhos biológicos ou adotados?	<input type="checkbox"/> Não tenho filhos				
1. Filho mais velho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segundo filho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Terceiro filho	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outro	<input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Você se relaciona com seus enteados?	<input type="checkbox"/> Não tenho enteado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**IV. TRABALHO:** Em algum momento nos últimos seis meses, você exerceu alguma atividade remunerada (inclusive trabalho por conta própria ou serviço militar)?

Não – Por favor, vá para a seção V.

Sim – Por favor, descreva o(s) trabalhos(s): \_\_\_\_\_

Circule **0**, **1** ou **2** ao lado dos itens A-I para descrever a sua experiência de trabalho **nos últimos seis meses:**

<b>0 = NÃO É VERDADEIRA</b>		<b>1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA</b>	<b>2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA</b>	
0 1 2	A. Trabalho bem com os outros	0 1 2	F. Faço coisas que podem causar a perda do meu emprego	
0 1 2	B. Tenho dificuldade para me relacionar com chefes	0 1 2	G. Falto ao trabalho mesmo quando não estou doente ou de férias	
0 1 2	C. Faço bem o meu trabalho	0 1 2	H. Meu trabalho é muito estressante para mim	
0 1 2	D. Tenho dificuldade para terminar meu trabalho	0 1 2	I. Preocupo-me demais com o trabalho	
0 1 2	E. Estou satisfeito com a minha situação de trabalho			

**V. EDUCAÇÃO:** Em algum momento nos últimos seis meses, você freqüentou alguma escola, universidade ou qualquer outro programa educacional ou de treinamento?

Não – Por favor, vá para a seção VI.

Sim – Que tipo de escola ou programa? \_\_\_\_\_

Que tipo de diploma ou certificado você vai obter? \_\_\_\_\_ Qual área? \_\_\_\_\_

Quando você espera obter seu diploma ou certificado? \_\_\_\_\_

Circule **0**, **1** ou **2** ao lado dos itens A-E para descrever a sua experiência educacional **nos últimos seis meses:**

<b>0 = NÃO É VERDADEIRA</b>		<b>1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA</b>	<b>2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA</b>	
0 1 2	A. Eu me dou bem com outros estudantes	0 1 2	D. Estou satisfeito com a minha situação educacional	
0 1 2	B. Eu alcanço o que está dentro da minha capacidade	0 1 2	E. Faço coisas que podem fazer com que eu seja reprovado	
0 1 2	C. Tenho dificuldade para terminar minhas tarefas			

**VI. Você tem alguma doença, deficiência ou limitação?**  Não  Sim – Por favor, descreva: \_\_\_\_\_

**VII – Por favor, descreva suas preocupações ou temores sobre sua família, trabalho, educação ou outras coisas.**

Não tenho preocupações.

**VIII – Por favor, descreva seus aspectos mais positivos.**

**CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.**

**VIII. Logo abaixo você encontrará uma lista que contém itens que descrevem pessoas. Para cada afirmação, por favor circule 0, 1 ou 2 para descrever você *nos últimos seis meses*. Por favor, responda todos os itens o melhor que puder, mesmo que alguns deles não pareçam aplicar-se a você.**

0 = NÃO É VERDADEIRA	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2 1. Sou muito esquecido(a)	0 1 2 37. Meto-me em muitas brigas	
0 1 2 2. Sei aproveitar as minhas oportunidades	0 1 2 38. Minhas relações com os vizinhos são insatisfatórias	
0 1 2 3. Discuto muito	0 1 2 39. Ando com pessoas que se metem em encrencas	
0 1 2 4. Desenvolvo minhas habilidades	0 1 2 40. Escuto sons ou vozes que outras pessoas acham que não existem (descreva): _____	
0 1 2 5. Culpo os outros por meus problemas	0 1 2 41. Sou impulsivo(a) ou ajo sem pensar.	
0 1 2 6. Uso drogas (que não álcool ou nicotina) sem fins medicinais (descreva): _____	0 1 2 42. Prefiro ficar sozinho(a) a ficar na companhia dos outros	
0 1 2 7. Sou convencido(a)	0 1 2 43. Minto ou engano os outros.	
0 1 2 8. Tenho dificuldade para me concentrar ou prestar atenção por muito tempo	0 1 2 44. Sinto-me sobrecarregado(a) por minhas responsabilidades	
0 1 2 9. Não consigo tirar certos pensamentos da cabeça (descreva): _____	0 1 2 45. Sou nervoso(a) ou tenso(a)	
0 1 2 10. Tenho dificuldade para parar sentado(a)	0 1 2 46. Tenho movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____	
0 1 2 11. Sou muito dependente dos outros	0 1 2 47. Falta-me autoconfiança	
0 1 2 12. Sinto-me sozinho(a)	0 1 2 48. As outras pessoas não gostam de mim	
0 1 2 13. Fico confuso(a) ou desorientado(a)	0 1 2 49. Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que outras pessoas	
0 1 2 14. Choro muito	0 1 2 50. Sou muito medroso(a) ou ansioso(a)	
0 1 2 15. Sou bastante honesto(a)	0 1 2 51. Sinto tontura ou zonzeira	
0 1 2 16. Sou malvado(a) com os outros	0 1 2 52. Sinto-me muito culpado(a)	
0 1 2 17. Sonho muito acordado(a)	0 1 2 53. Tenho dificuldade em fazer planos para o futuro	
0 1 2 18. Machuco-me de propósito ou já tentei suicídio	0 1 2 54. Sinto-me cansado(a) sem motivo	
0 1 2 19. Tento chamar muita atenção	0 1 2 55. Meu humor oscila entre excitação e depressão	
0 1 2 20. Estrago ou destruo as minhas coisas	56. Tenho problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:	
0 1 2 21. Estrago ou destruo coisas que pertencem a outros	0 1 2 a. Dores ( <i>exceto</i> de cabeça ou de estômago).	
0 1 2 22. Preocupo-me acerca do meu futuro	0 1 2 b. Dores de cabeça	
0 1 2 23. Desrespeito as regras no trabalho ou em outros lugares	0 1 2 c. Náuseas, enjôo	
0 1 2 24. Não como tão bem quanto deveria	0 1 2 d. Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva): _____	
0 1 2 25. Não me dou bem com outras pessoas	0 1 2 e. Assaduras ou outros problemas de pele	
0 1 2 26. Não me sinto culpado(a) depois de fazer alguma coisa que não deveria ter feito	0 1 2 f. Dores de estômago ou de barriga	
0 1 2 27. Sinto ciúmes dos outros	0 1 2 g. Vômitos	
0 1 2 28. Eu me dou mal com minha família	0 1 2 h. Coração disparado ou batendo forte	
0 1 2 29. Tenho medo de determinados animais, situações ou lugares (descreva): _____	0 1 2 i. Partes do corpo entorpecidas ou com dormência	
0 1 2 30. Minhas relações com o sexo oposto são insatisfatórias	0 1 2 57. Ataco fisicamente outras pessoas	
0 1 2 31. Tenho medo de que possa pensar ou fazer alguma coisa má	0 1 2 58. Cutuco a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____	
0 1 2 32. Acho que tenho que ser perfeito(a)	0 1 2 59. Não termino as coisas que eu deveria terminar	
0 1 2 33. Acho que ninguém gosta de mim	0 1 2 60. Poucas coisas me dão prazer	
0 1 2 34. Acho que os outros me perseguem	0 1 2 61. Meu desempenho no trabalho é insatisfatório	
0 1 2 35. Sinto-me sem valor ou inferior	0 1 2 62. Sou desastrado(a) ou tenho falta de coordenação	
0 1 2 36. Machuco-me acidentalmente com freqüência		

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.**

**ENTÃO, VÁ PARA A PRÓXIMA PÁGINA.**

**CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.**

<b>0 = NÃO É VERDADEIRA</b>			<b>1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA</b>			<b>2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA</b>		
0	1	2	63. Prefiro estar com pessoas mais velhas a estar com pessoas da minha idade	0	1	2	93. Falo demais	
0	1	2	64. Tenho dificuldades em estabelecer prioridades	0	1	2	94. Provoco muito os outros	
0	1	2	65. Recuso-me a falar	0	1	2	95. Sou esquentado(a)	
0	1	2	66. Repito as mesmas ações várias vezes seguidas (descreva): _____	0	1	2	96. Penso demais em sexo	
0	1	2	67. Tenho dificuldades para fazer ou manter amigos	0	1	2	97. Ameaço machucar as pessoas	
0	1	2	68. Grito ou berro muito	0	1	2	98. Gosto de ajudar os outros	
0	1	2	69. Sou reservado(a) ou guardo as coisas para mim mesmo(a)	0	1	2	99. Não gosto de ficar em um mesmo lugar muito tempo	
0	1	2	70. Vejo coisas que outras pessoas acham que não existem (descreva): _____	0	1	2	100. Tenho problemas com o sono (descreva): _____	
0	1	2	71. Mostro-me pouco à vontade ou facilmente envergonhado(a)	0	1	2	101. Falto ao trabalho, mesmo quando não estou doente ou de férias	
0	1	2	72. Preocupo-me com a minha família	0	1	2	102. Não tenho muita energia	
0	1	2	73. Cumpro minhas responsabilidades para com a minha família	0	1	2	103. Sou infeliz, triste ou deprimido(a)	
0	1	2	74. Gosto de me exibir ou fazer palhaçadas	0	1	2	104. Sou mais barulhento que os outros	
0	1	2	75. Sou muito acanhado(a) ou tímido(a)	0	1	2	105. As pessoas acham que sou desorganizado(a)	
0	1	2	76. Meu comportamento é irresponsável	0	1	2	106. Gosto de ser justo(a) com os outros	
0	1	2	77. Durmo mais que a maioria das pessoas durante o dia e/ou a noite (descreva): _____	0	1	2	107. Sinto que não posso ser bem sucedido	
0	1	2	78. Tenho dificuldades para tomar decisões	0	1	2	108. Tendo a perder coisas	
0	1	2	79. Tenho problemas de fala (descreva): _____	0	1	2	109. Gosto de experimentar coisas novas	
0	1	2	80. Luto pelos meus direitos	0	1	2	110. Gostaria de ser do sexo oposto	
0	1	2	81. Meu comportamento é instável	0	1	2	111. Evito relacionar-me com outros	
0	1	2	82. Roubo	0	1	2	112. Preocupo-me muito	
0	1	2	83. Entedio-me com facilidade	0	1	2	113. Preocupam-me minhas relações com o sexo oposto	
0	1	2	84. Faço coisas que outras pessoas acham estranhas (descreva): _____	0	1	2	114. Deixo de pagar minhas dívidas ou cumprir com outras responsabilidades financeiras	
0	1	2	85. Tenho pensamentos que outras pessoas achariam estranhos (descreva): _____	0	1	2	115. Sinto-me irrequieto(a) ou agitado(a)	
0	1	2	86. Sou teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de irritar	0	1	2	116. Fico aborrecido(a) com muito facilidade	
0	1	2	87. Meu humor ou meus sentimentos mudam de repente	0	1	2	117. Tenho problemas para administrar dinheiro ou cartões de crédito	
0	1	2	88. Gosto de estar com as pessoas	0	1	2	118. Sou muito impaciente	
0	1	2	89. Ajo precipitadamente, sem pensar nos riscos	0	1	2	119. Presto pouca atenção aos detalhes	
0	1	2	90. Bebo demais bebidas alcoólicas ou fico bêbado(a)	0	1	2	120. Dirijo muito rápido	
0	1	2	91. Penso em me matar	0	1	2	121. Tendo a me atrasar nos compromissos	
0	1	2	92. Faço coisas que podem me causar problemas com a lei (descreva): _____	0	1	2	122. Tenho dificuldade em manter um emprego	
				0	1	2	123. Sou uma pessoa feliz	
							124. <b>Nos últimos seis meses</b> , aproximadamente quantas vezes por dia você usou tabaco (inclusive fumo de mascar)? _____ vezes por dia.	
							125. <b>Nos últimos seis meses</b> , quantos dias você ficou bêbado? _____ dias.	
							126. <b>Nos últimos seis meses</b> , quantos dias você usou drogas para fins não medicinais (inclusive maconha, cocaína e outras drogas, exceto álcool e nicotina)? _____ dias.	

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.**

## INVENTÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENTRE 6 E 18 ANOS (CBCL)

ID (para uso exclusivo do aplicador): \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE: \_\_\_\_\_

IDADE ____ ANOS	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	RAÇA OU ETNIA _____	<b>TIPO DE TRABALHO DOS PAIS, mesmo que não estejam trabalhando no momento.</b> (Por favor, seja específico - por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército).
DATA DE HOJE: Dia ____ Mês ____ Ano ____	DATA DE NASCIMENTO: Dia ____ Mês ____ Ano ____		
SÉRIE ESCOLAR: ____ SÉRIE	Por favor, responda todos os itens de acordo com o modo como você vê o comportamento de seu/sua filho(a), mesmo que outras pessoas possam não concordar. Esteja a vontade para escrever quaisquer comentários adicionais abaixo de cada questão e no espaço livre da página 2. <b>CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.</b>		TIPO DE TRABALHO DO PAI: _____ TIPO DE TRABALHO DA MÃE: _____ <b>FORMULÁRIO PREENCHIDO POR (NOME COMPLETO):</b> _____ SEU SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO SUA RELAÇÃO COM A CRIANÇA: <input type="checkbox"/> MÃE/PAI BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> PADRASTO/MADRASTA <input type="checkbox"/> AVÔ/AVÓ <input type="checkbox"/> MÃE/PAI ADOTIVO <input type="checkbox"/> CUIDADOR(A) <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFIQUE)

<b>I. Por favor, cite os esportes que seu/sua filho(a) mais gosta de praticar.</b> Por exemplo: natação, futebol, andar de patins ou skate, andar de bicicleta etc. <input type="checkbox"/> nenhum	<b>Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, quanto tempo é dedicado a cada um?</b>	<b>Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, o desempenho dele(a) em cada um desses esportes é:</b>
a) _____ b) _____ c) _____	Menos Igual Mais Não sei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pior Igual Melhor Não sei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>II. Por favor, cite os hobbies, atividades e jogos favoritos do seu/sua filho(a) que não sejam esportes.</b> Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, brincar de boneca, brincar de carrinho, ler, cantar, usar o computador, jogar video-game. (Não incluir ouvir rádio ou ver televisão) <input type="checkbox"/> nenhum	<b>Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, quanto tempo é dedicado a cada um?</b>	<b>Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, o desempenho dele(a) em cada um desses passatempos é:</b>
a) _____ b) _____ c) _____	Menos Igual Mais Não sei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pior Igual Melhor Não sei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>III. Por favor, cite quaisquer organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu/sua filho(a) pertence.</b> Por exemplo: turma de amigos fora da escola, grupo de igreja, teatro, música etc. <input type="checkbox"/> nenhum	<b>Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, como é a participação dele(a) em cada um?</b>
a) _____ b) _____ c) _____	Menor Igual Maior Não sei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>IV. Por favor, cite quaisquer trabalhos ou tarefas que seu/sua filho(a) tenha.</b> Por exemplo: office-boy; ajudante de feira; trabalho em loja; lavar a louça; tomar conta das crianças; fazer a cama etc. (incluir tanto trabalhos pagos como não pagos). <input type="checkbox"/> nenhum	<b>Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, como é o desempenho dele(a) em cada um?</b>
a) _____ b) _____ c) _____	Menor Igual Melhor Não sei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS. ENTÃO, VÁ PARA A PRÓXIMA PÁGINA.**

COPYRIGHT 2001 T. ACHENBACH &amp; RESCORLA. REPRODUCED UNDER LICENSE #201-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

Tradução: Silveiras, E. F. M.; Rocha, M. M. &amp; Equipe Projeto Enurese (2007). Versão brasileira não publicada do inventário "Child Behavior Checklist for ages 6-18" (Achenbach &amp; Rescorla, 2001).

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.**

V.

1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos amigos próximos? (Não incluir irmãos e irmãs)

Nenhum       1       2 ou 3       4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu/sua filho(a) encontra amigos ou colegas fora do horário da escola? (Não incluir irmãos e irmãs)

Menos que 1       1 ou 2       3 ou mais

VI. Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, até que ponto seu/sua filho(a):

	Pior	Igual	Melhor	
a) Consegue se relacionar adequadamente com seus/suas irmãos/irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tem irmãos
b) Consegue se relacionar adequadamente com outras crianças/adolescente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Consegue se comportar adequadamente em relação aos seus pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Consegue fazer coisas sozinho(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. Desempenho nas disciplinas escolares:

Não frequenta a escola porque \_\_\_\_\_

Avalie cada uma das disciplinas		Abaixo da média exigida pela escola	Pior que a média	Igual a média	Melhor que a média
a)	Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outras matérias - por exemplo: computação, geografia, Inglês, espanhol.  
Não inclui educação física, trabalhos manuais ou artísticos, ou outras disciplinas não acadêmicas.

2. O seu filho(a) frequenta alguma escola, aula de reforço ou estabelecimento de ensino especial?  Não  Sim - que tipo?

3. O seu filho(a) repetiu algum ano?  Não  Sim – Cite as séries que repetiu e as razões.

4. O seu filho(a) teve algum problema no desempenho escolar ou outro tipo de problema na escola?  Não  Sim - Descreva-o, por favor:

Quando esses problemas começaram? \_\_\_\_\_

Os problemas mencionados já foram resolvidos?  Não  Sim – quando?

O seu filho(a) tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?  Não  Sim – Descreva-a, por favor:

Qual é a sua maior preocupação em relação ao seu filho(a)?

Por favor, descreva os aspectos mais positivos do seu filho(a).

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.**

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS**

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças/adolescentes. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) **neste momento ou nos últimos seis meses**, trace um círculo à volta do **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou freqüentemente verdadeira** em relação ao seu filho(a). Trace um círculo à volta do **1** se a afirmação é **um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira** em relação ao seu filho(a). Se a afirmação **não é verdadeira** em relação ao seu filho(a), trace um círculo à volta do **0**. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicáveis ao seu filho(a).

		<b>0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE)</b>	<b>1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA</b>	<b>2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQÜENTEMENTE VERDADEIRA</b>	
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
	1.	Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade		32.	Acha que deve ser perfeito(a)
	2.	Toma bebida alcoólica sem a aprovação dos pais (descreva) _____		33.	Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a)
	3.	Discute muito		34.	Acha que os outros o(a) perseguem
	4.	Não termina as coisas que começou		35.	Sente-se sem valor ou inferior
	5.	Poucas coisas lhe dão prazer		36.	Machuca-se com freqüência, tem tendência a sofrer acidentes
	6.	Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário		37.	Mete-se em muitas brigas
	7.	É convencido(a), conta vantagem		38.	É alvo de muitas provocações
	8.	Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento(a) muito tempo		39.	Anda com pessoas que se metem em encrencas
	9.	Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva): _____		40.	Escuta sons ou vozes que não existem (descreva): _____
	10.	Não consegue parar sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperativo(a)		41.	É impulsivo(a), ou age sem pensar
	11.	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente		42.	Prefere estar sozinho(a) á ficar em companhia de outros
	12.	Reclama de solidão		43.	Mente ou engana os outros
	13.	Fica confuso(a) ou desorientado(a)		44.	Rói as unhas
	14.	Chora muito		45.	É nervoso(a) ou tenso(a)
	15.	É cruel com animais		46.	Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
	16.	Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros		47.	Tem pesadelos
	17.	Sonha acordado(a) ou perde-se em seus pensamentos		48.	As outras crianças ou adolescentes não gostam dele(a)
	18.	Machuca-se de propósito ou já tentou suicídio		49.	Tem prisão de ventre, intestino preso
	19.	Exige que prestem muita atenção nele(a)		50.	É muito medroso(a) ou ansioso(a)
	20.	Destrói suas próprias coisas		51.	Sente tontura ou zonzeira
	21.	Destrói coisas de sua família ou de outros		52.	Sente-se muito culpado(a)
	22.	É desobediente em casa		53.	Come demais
	23.	É desobediente na escola		54.	Sente-se cansado(a) demais sem motivo
	24.	Não come bem		55.	Está acima do peso
	25.	Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes		56.	Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:
	26.	Não parece sentir-se culpado(a) depois de se comportar mal		a)	Dores (exceto de cabeça ou de estômago)
	27.	Sente ciúme com facilidade		b)	Dores de cabeça
	28.	Desrespeita as regras em casa, na escola ou em outros lugares		c)	Náuseas, Enjôos
	29.	Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____		d)	Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva): _____
	30.	Tem medo de ir à escola		e)	Assaduras ou outros problemas de pele
	31.	Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má		f)	Dores de estômago ou de barriga
				g)	Vômitos
				h)	Outros (descreva): _____

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.**

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS.**

<b>0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE)</b>		<b>1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA</b>		<b>2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA</b>			
0	1	2	57. Ataca fisicamente as pessoas	0	1	2	84. Tem comportamento estranho (descreva): _____
0	1	2	58. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreva) _____	0	1	2	85. Tem idéias estranhas (descreva): _____
0	1	2	59. Mexe nas partes íntimas em público	0	1	2	86. Teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de irritar
0	1	2	60. Mexe demais nas partes íntimas	0	1	2	87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
0	1	2	61. Os seus trabalhos escolares são fracos	0	1	2	88. Fica facilmente emburrado(a)
0	1	2	62. Desastrado(a) ou tem falta de coordenação	0	1	2	89. Desconfiado(a)
0	1	2	63. Prefere estar com crianças/adolescentes mais velhos	0	1	2	90. Xinga ou fala palavrões
0	1	2	64. Prefere estar com crianças/adolescentes mais novos	0	1	2	91. Fala que vai se matar
0	1	2	65. Recusa-se a falar	0	1	2	92. Fala ou anda dormindo (descreva): _____
0	1	2	66. Repete as mesmas ações várias vezes seguidas, compulsões (descreva): _____	0	1	2	93. Fala demais
0	1	2	67. Foge de casa	0	1	2	94. Provoca muito
0	1	2	68. Grita muito	0	1	2	95. Faz birra ou é esquentado(a)
0	1	2	69. Reservado(a), guarda as coisas para si mesmo(a)	0	1	2	96. Pensa demais em sexo
0	1	2	70. Vê coisas que não existem (descreva): _____	0	1	2	97. Ameaça as pessoas
0	1	2	71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente envergonhado(a)	0	1	2	98. Chupa o dedo
0	1	2	72. Põe fogo nas coisas	0	1	2	99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco
0	1	2	73. Tem problemas sexuais (descreva): _____	0	1	2	100. Tem problemas com sono (descreva): _____
0	1	2	74. Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas	0	1	2	101. Falta à escola sem permissão, mata aula
0	1	2	75. Muito acanhado(a) ou tímido(a)	0	1	2	102. Pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia
0	1	2	76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes	0	1	2	103. Infeliz, triste ou deprimido(a)
0	1	2	77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou durante a noite (descreva): _____	0	1	2	104. Barulhento(a) demais
0	1	2	78. Desatento(a) ou distrai-se facilmente	0	1	2	105. Usa drogas sem fins medicinais ( <b>não</b> incluir álcool ou tabaco) (descreva): _____
0	1	2	79. Tem problemas de fala (descreva): _____	0	1	2	106. Comete atos de vandalismo
0	1	2	80. Fica com o olhar parado	0	1	2	107. Faz xixi na calça
0	1	2	81. Rouba em casa	0	1	2	108. Faz xixi na cama
0	1	2	82. Rouba fora de casa	0	1	2	109. Choraminga
0	1	2	83. Junta muitas coisas que não precisa (descreva): _____	0	1	2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
				0	1	2	111. Isola-se, não se relaciona com os outros
				0	1	2	112. Preocupa-se muito
				0	1	2	113. Por favor, escreva outros problemas do seu filho(a) que não tenham sido mencionados na lista acima:
				0	1	2	_____
				0	1	2	_____
				0	1	2	_____

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.**

## Anexo 9

### *Inventário de Estilos Parentais*

#### *Práticas educativas paternas e maternas*

#### Auto-Aplicação

Paula Inez Cunha Gomide

O objetivo desse instrumento é estudar a maneira utilizada pelos pais na educação de seus filhos. Não existem respostas certas ou erradas. Responda cada questão com sinceridade e tranqüilidade. Suas informações serão sigilosas. Escolha, dentre as alternativas a seguir, aquelas que mais refletem a forma como **você** educa seu/sua filho (a)

#### Identificação

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade \_\_\_\_\_ Sexo: ( )M ( ) F

Nome do filho (a): \_\_\_\_\_

Responda a tabela a seguir fazendo um X no quadrinho que melhor indicar a frequência com que você age nas situações relacionadas, mesmo que a situação descrita nunca tenha ocorrido, responda considerando seu possível comportamento naquelas circunstâncias.

Utilize a legenda de acordo com seguinte critério:

NUNCA: se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 0 a 2 vezes.

ÀS VEZES: se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 3 a 7 vezes.



SEMPRE: se, considerando 10 episódios, você agiu daquela forma entre 8 a 10 vezes.

	<b>8 a 10</b>	<b>3 a 7</b>	<b>0 a 2</b>
	<b>Sempre</b>	<b>Às Vezes</b>	<b>Nunca</b>
1. Quando meu filho(a) sai, ele(a) conta espontaneamente onde vai.			
2. Ensino meu filho(a) a devolver objetos ou dinheiro que não pertencem a ele(a).			
3. Quando meu filho(a) faz algo errado, a punição que aplico é mais severa dependendo do meu humor.			
4. Meu trabalho atrapalha na atenção que dou a meu filho(a)			
5. Ameaço que vou bater ou castigar e depois não faço nada.			
6. Critico qualquer coisa que meu filho(a) faça, como o quarto estar desarrumado ou estar com os cabelos despenteados.			
7. Bato com cinta ou outros objetos nele(a).			
8. Pergunto como foi seu dia na escola e o ouço atentamente.			
9. Se meu filho(a) colar na prova, explico que é melhor tirar nova baixa do que enganar a professora ou a si mesmo(a)			
10. Quando estou alegre, não me importo com as coisas erradas que meu filho(a) faça.			
11. Meu filho(a) sente dificuldades em contar seus problemas para mim, pois vivo ocupado(a).			
12. Quando castigo meu filho(a) e ele pede para sair do castigo, após um pouco de insistência, permito que saia do castigo.			
13. Quando meu filho(a) sai, telefone procurando por ele(a) muitas vezes.			
14. Meu filho(a) tem muito medo de apanhar de mim.			
15. Quando meu filho(a) está triste ou aborrecido(a), interesse-me em ajudá-lo a resolver o problema.			
16. Se meu filho estragar alguma coisa de alguém, ensino a contar o que fez e pedir desculpas.			

17. Castigo-o(a) quando estou nervoso(a); assim que passa a raiva, peço desculpas.			
18. Meu filho(a) fica sozinho em casa a maior parte do tempo.			
19. Durante uma briga, meu filho(a) xinga ou grita comigo e, então, eu o(a) deixo em paz.			
20. Controle com quem meu filho(a) fala ou sai.			
21. Meu filho(a) fica machucado fisicamente quando bato nele(a).			
22. Mesmo quando estou ocupado(a) ou viajando, telefono para saber como meu filho(a) está.			
23. Aconselho meu filho(a) a ler livros, revistas ou ver programas de TV que mostrem os efeitos negativos do uso de drogas.			
24. Quando estou nervoso(a), acabo descontando em meu filho(a).			
25. Percebo que meu filho(a) sente que não dou atenção a ele(a).			
26. Quando mando meu filho(a) estudar, arrumar o quarto ou voltar para casa, e ele não obedece, eu "deixo pra lá".			
27. Especialmente nas horas das refeições, fico dando as "broncas".			
28. Meu filho(a) sente ódio de mim quando bato nele(a).			
29. Após uma festa, quero saber se meu filho(a) se divertiu.			
30. Converso com meu filho(a) sobre o que é certo ou errado no comportamento dos personagens dos filmes e dos programas de TV.			
31. Sou mal-humorado(a) com meu filho.			
32. Não sei dizer do que meu filho(a) gosta.			
33. Aviso que não vou dar presente para meu filho(a) caso não estude, mas, na hora "H", fico com pena e dou o presente.			
34. Se meu filho(a) vai a uma festa, somente quero saber se bebeu, se fumou ou se estava com aquele grupo de maus elementos.			
35. Sou agressivo(a) com meu filho(a).			
36. Estabeleço regras (o que pode e o que não pode ser feito) e explico as razões sem brigar.			
37. Converso sobre o futuro trabalho ou profissão do meu filho, mostrando os pontos positivos ou negativos de sua escolha.			

38. Quando estou mal-humorado(a), não deixo meu filho(a) sair com os amigos.			
39. Ignoro os problemas do meu filho.			
40. Quando meu filho fica muito nervoso(a) em uma discussão ou briga, ele(a) percebe que isto me amedronta.			
41. Se meu filho(a) estiver aborrecido(a), fico insistindo para ele contar o que aconteceu, mesmo que ele(a) não queira contar.			
42. Sou violento(a) com meu filho(a).			