

KAINARA SILVA DA CUNHA

**RELAÇÕES ENTRE RISCO PSICOSSOCIAL
FAMILIAR, *COPING* DO TRATAMENTO DA
OBESIDADE INFANTIL E CONTROLE PARENTAL
DA ALIMENTAÇÃO**

PUC - CAMPINAS

2017

KAINARA SILVA DA CUNHA

**RELAÇÕES ENTRE RISCO PSICOSSOCIAL
FAMILIAR, *COPING* DO TRATAMENTO DA
OBESIDADE INFANTIL E CONTROLE PARENTAL
DA ALIMENTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Vida, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo

**PUC-CAMPINAS
2017**

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t618.92398 Cunha, Kainara Silva da.
C972r Relações entre risco psicossocial familiar, coping do tratamento da
obesidade infantil e controle parental da alimentação / Kainara Silva da Cunha. -
Campinas: PUC-Campinas, 2017
187p.

Orientadora: Sônia Regina Fiorim Enumo.

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Cam-
pinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Ciências da
Saúde.

Inclui anexo e bibliografia.

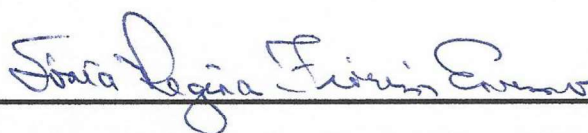
1. Obesidade nas crianças. 2. Pais e filhos. 3. Obesidade
tratamento. 4. Ajustamento (Psicologia). 5. Crianças - Nutrição. I.
Enumo, Sônia Regina Fiorim. II. Pontifícia Universidade Católica de
Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Ciência
da Saúde. III. Título.

22. ed. CDD – t618.92398

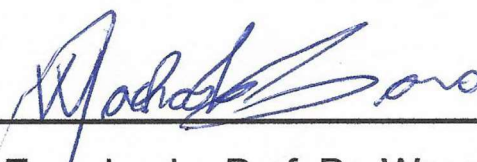
KAINARA SILVA DA CUNHA

**RELAÇÕES ENTRE RISCO PSIC
FAMILIAR, COPING DO TRATAM
OBESIDADE INFANTIL E CONTROLE
DA ALIMENTAÇÃO**

BANCA EXAMINADORA



Presidente e Orientador Profa. Dra. Sônia Regina F



105

Aos meus pais, Aloysio (*in memoriam*) e Helena, com todo o meu amor e gratidão.

“A família é o maior tesouro de um país” (Papa Francisco)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo, pela sua competência, dedicação e carinho. Desde o início, você me incentivou para a realização deste projeto e, sem o seu auxílio, seria difícil de atingir esta etapa de muita importância em minha vida. Muito obrigada por tudo.

Ao Professor Doutor Wagner de Lara Machado, que aceitou participar da minha banca de qualificação e de defesa desta Dissertação e, pela atenção, apoio e contribuições para a análise de dados da minha pesquisa.

À Professora Doutora Silvia Diez Castilho, por suas sugestões para a definição da metodologia do trabalho no Exame de Qualificação e pelo incentivo nesta trajetória.

À Professora Doutora Tatiane Lebre Dias que aceitou participar da minha banca de defesa, por suas contribuições e enriquecimento desta Dissertação.

À Doutora Mila Pontes Ramos, pelo auxílio no desenvolvimento deste trabalho.

À Professora de Psicologia e doutoranda Anita Colletes Bellodi pela sua contribuição preciosa neste projeto.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde e Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes pelo apoio para a coleta de dados e demais contribuições. Em especial, o mestrando Rafael Andrade Ribeiro, por sua atenção e disponibilidade.

Aos alunos de Psicologia Renan Ormenese, Ana Carolina Jensen e Beatriz Cortese que participaram na coleta de dados do meu projeto.

À professora Doutora Sofia Helena Porto Di Nucci, por ter participado da minha formação profissional.

Às amigas, Camila Miro, Nathali Di Martino, Gabriela Meirelles, Carla da Silva, Alicia Mendes e Isis Messias, pela amizade sincera e pela torcida desta conquista.

Às queridas Janette Campos, Irma Silveira, Maria Lúcia Trigo, que, mesmo distantes, estão sempre presentes em minha vida oferecendo suporte afetivo. Ao tio Mário César, pelo carinho de sempre.

À minha psicóloga, Tatiana Lussari, pelo acolhimento e por ajudar a me confortar neste período crucial em minha vida.

Às psicólogas assistenciais da Clínica-escola de Psicologia da PUC-Campinas, Queila Pierre, Carla Fabiana Scarletti e Karine Santiago, pela generosidade e ajuda de todas as formas.

Aos colegas do curso de Mestrado, pelos momentos agradáveis ocorridos em sala de aula. Em especial, menciono Tamires Nascimento, pela amizade adquirida. Creio que existe sempre tempo de fazer novos amigos.

À PUC-Campinas, pela bolsa de capacitação docente/funcionário.

Aos participantes desta pesquisa, que aceitaram gentilmente a participação e confiaram no meu trabalho. Considero a participação de todos como fundamental no meu crescimento profissional.

Finalmente, a todas pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta Dissertação.

CUNHA, Kainara Silva. Relações entre risco psicossocial familiar, coping do tratamento da obesidade infantil e controle parental da alimentação. 2017. 187f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2017.

RESUMO

O sobrepeso e a obesidade infantil vêm crescendo de forma significativa, e estudos apontam à participação da família como crucial para atingir um tratamento eficaz, pelo fato da mesma ser a principal fonte de influência da criança. Este estudo analisou algumas variáveis parentais relacionadas à adesão ao tratamento do sobrepeso/obesidade (SOB) dos filhos com idade entre cinco e 11 anos, como os riscos psicossociais da família, o padrão de controle alimentar, os estressores e as estratégias de enfrentamento do tratamento ambulatorial de Pediatria e Endocrinologia de um hospital universitário. Participaram 19 familiares, a maioria mães de crianças com obesidade. Os participantes tinham 37 anos, em média, sendo a maioria casada ou em relação estável, e apresentavam também obesidade. Responderam individualmente os instrumentos: Ficha de Caracterização do Participante para Pesquisa; Instrumento de Avaliação Psicossocial (PAT 2.0), Questionário de Práticas Alimentares (CFPQ) e Protocolo de Enfrentamento Parental do Sobrepeso/Obesidade Infantil, especialmente elaborado para o estudo, com base na Teoria Motivacional do *Coping*. Para medidas de peso e altura, foram usados uma balança portátil e estadiômetro. Os resultados mostram que todas as famílias estão em risco psicossocial, especialmente as mães solteiras. A maioria das famílias foi indicada para intervenção profissional, como Alvo (52,6%) e Clínico (21,1%). O maior risco diferenciou as famílias na média geral do PAT 2.0 e especialmente em relação ao suporte social, problemas na estrutura familiar e recursos, problemas na família e com a criança. Constatou-se uma relação positiva e moderada-alta entre a atividade física da mãe e do filho. A prática parental de controle da alimentação relatada é de incentivo à experimentação e consumo saudável, e à restrição de escolha quantitativa e qualitativa de alimentos; mas famílias em risco psicossocial "clínico" usam mais a comida como recompensa. Quanto maior o risco psicossocial, menor é o envolvimento da criança com as refeições em família. Os estressores mais frequentes são o controle alimentar. Esses cuidadores lidam com a obesidade do filho com estratégias enfrentamento mais adaptativas, como: Autoconfiança, Busca de Suporte, Busca de Informação e Resolução de Problemas. Contudo, observou-se correlações significativas entre maior risco psicossocial e *coping* mal adaptativo de Oposição, como uma reação a uma percepção de ameaça à necessidade de autonomia do cuidador. As reações emocionais mais comuns são de tristeza e medo, havendo correlações entre reações de raiva e tristeza, indicando que o afeto negativo é a base do enfrentamento dos cuidadores, dificultando a resolução do problema e a adesão ao tratamento. Todos os participantes da amostra estão em risco psicossocial familiar, mas diferenciados quanto ao risco, indicativo da necessidade de intervenções específicas. Os resultados do estudo fornecem subsídios para uma intervenção direcionada às características psicossociais, emocionais e de enfrentamento do tratamento da obesidade pelas famílias.

Palavras-chave: controle parental; risco psicossocial; obesidade; sobrepeso.

Apoio: PUC-Campinas (Bolsa Capacitação Docente/Funcionário); CNPq /MCTI (bolsa de produtividade em pesquisa da orientadora).

Área de conhecimento (CNPq):

7.07.00.00-1 – Psicologia;

7.07.10.00-7 - Tratamento e Prevenção Psicológica; 7.07.03.02-7.

CUNHA, Kainara da Silva. Relations between family psychosocial risk, obesity treatment coping and parental feeding control. 2017. 187f. Dissertation. Postgraduate Programme in Health Sciences, Life Sciences Center, Pontifical Catholic University of Campinas. Campinas, SP, 2017.

ABSTRACT

Child overweight and obesity have been growing at a significant rate, and studies point towards family participation as crucial to reach an efficient treatment, by its virtue as the main influence on the child. This study analyzed a few parental variables related to adherence to overweight/obesity (OOB) treatment of children between 5 and 11 years, such as the family's psychosocial risk, feeding control standards, the stressors and the strategies for coping with Pediatrics and Endocrinology outpatient treatment of a university teaching hospital. There were 19 participants, most of them mothers of children with obesity. The participants had 37 years on average, and most were married or in a stable relationship, and also presented obesity. They individually answered these instruments: Research Participant Characterization Form, Psychosocial Assessment Tool (PAT2.0), Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CPFQ), and Parental Coping Protocol for Child Overweight/Obesity, specially elaborated for the study, based on Coping Motivational Theory. For weight and height measurements, the instruments used were a portable scale and a stadiometer. The results show that all families are at psychosocial risk, especially the single mothers. Most families were forwarded to professional interventions, such as Targeted (52,6%) and Clinical (21,1%). The biggest risk set families apart at the average PAT2.0 score and especially with regards to social support, problems in family structure and resources, and problems in the family and with the child. A positive, moderate-to-high relation between the mother's physical activity and the child's was observed. Reported parental practice of feeding control was one of incitement towards experimentation and healthy consumption, and towards quantitative and qualitative restriction of food choices; although families at "clinical" psychosocial risk use food as reward more often. The bigger the psychosocial risk, the less the child is involved in family meals. The most common stressor is feeding control. Those guardians deal with child obesity with more adaptive coping strategies, such as: Self-Confidence, Support-Seeking, Information-Seeking and Problem Resolution. However, significant correlations between higher psychosocial risk and maladaptive Opposition coping were observed, such as a reaction to a perceived threat to the guardian's need for autonomy. The most common emotional reactions are sadness and fear, with correlations between reactions of anger and sadness, indicating that negative affect is the coping basis of the guardians, making problem resolution and adherence to treatment more difficult. All sample participants are at psychosocial risk, but set apart by risk, indicating a necessity of specific interventions. The study results provide information for an intervention directed by social, emotional and coping characteristics of the families' obesity treatment.

Keywords: parental control; psychosocial risk; obesity; overweight.

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa insere-se em uma trajetória acadêmica inicial na graduação em Psicologia. Minha primeira experiência com a pesquisa em Psicologia ocorreu na Graduação, na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), na Habilitação de Bacharelado em Psicologia (Psicólogo-Pesquisador), sob a orientação da Professora Doutora Maria de Fátima Franco dos Santos, no ano de 2006. O estudo analisou os boletins de ocorrência de uma delegacia de Campinas, SP, para elaborar um perfil das vítimas de mortes no trânsito, na área de Psicologia Forense.

Em sequência, fiz o Aprimoramento Profissional em Psicologia na PUC-Campinas, sob a coordenação da Professora Doutora Sofia Helena Porto Di Nucci, que contribuiu para o enriquecimento teórico e prático em contexto clínico, exercendo psicoterapias individuais e grupo, plantão e atendimentos integrados com Centros de saúde da região de Campinas e demais municípios próximos, Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e especialidades do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP).

Essa formação contribuiu para a minha atuação profissional, iniciada em 2009, como psicóloga clínica em consultório particular, atendendo crianças, adolescentes e adultos. Esta atividade é exercida até o momento. Tive também experiência em instituições relacionadas à violência doméstica e urbana, trabalhando na ONG SOS Ação Mulher e Família e no CRAVI (Centro de Referência e Apoio à Vítima), no ano de 2012.

Posteriormente, passei a atuar como psicóloga assistencial na Clínica Escola de Psicologia da PUC-Campinas desde 2013, fazendo atendimentos psicológicos (acolhimento, plantão, grupos de apoio) aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Por se tratar de uma clínica-escola, também tem como atribuição essencial dar suporte à integração na formação acadêmica dos alunos da graduação em Psicologia da instituição.

Neste contexto de trabalho na instituição, surgiu a oportunidade de ingressar no Mestrado em Ciências da Saúde da PUC-Campinas, em 2015, na linha de pesquisa sobre “Saúde da Criança e do Adolescente”. As observações no meu trabalho na clínica-escola e a participação no Grupo de Pesquisa em “Psicologia

da Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente”, sob a coordenação da Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo - bolsista de produtividade em pesquisa do Centro Nacional (CNPq), em nível 1B, orientadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e no Mestrado em Ciências da Saúde, serviram de base para o interesse em estudos relacionados à temática do desenvolvimento infantil em suas relações com a obesidade. Este tema é relevante, pois o índice de crianças brasileiras com obesidade vem aumentando de forma significativa. Esses valores seguem a tendência internacional de forma que a obesidade e o sobrepeso se tornaram um problema de Saúde Pública no século XXI, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014). A complexidade da obesidade infantil se fundamenta na necessidade de aprofundamento em relação às interações familiares, visto que as mudanças no padrão alimentar dependem da dinâmica da família (ANZMAN; BIRCH, 2009; CAMARGO et al., 2013; FERNANDES, 2010; TOVAR et al., 2012).

Assim, com um enfoque preventivo, está sendo proposto esta pesquisa em nível de Mestrado, na área da Psicologia Pediátrica, a qual visa a estudar as questões de saúde da criança e do adolescente em suas relações com problemas no desenvolvimento (BARROS, 2003; CREPALDI; LINHARES; PEROSA, 2006). Entre os estudos desenvolvidos em teses e dissertações nesse Grupo de Pesquisa sobre os impactos dos problemas alimentares e suas relações com variáveis familiares e nutricionais dentro do contexto da obesidade infantil têm sido realizadas no grupo de pesquisa (BELLODI, 2016; BUARRAJ, 2016; SILVA et al., 2013; 2015; 2016; submetido).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Processo de seleção da amostra	31
Figura 2. Classificação do risco Psicossocial Familiar de crianças obesas.....	44
Figura 3. Relação entre Uso da Comida como recompensa (CFPQ) e Risco Psicossocial familiar de crianças obesas.....	51
Figura 4. Relação entre Estratégia de Enfrentamento Oposição e Risco Psicossocial crianças obesas.....	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Composição da amostra dos familiares.....	33
Quadro 2. Composição da amostra de crianças.....	34
Quadro 3. Síntese das relações entre os níveis de risco e estressores.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela A. As 12 famílias de enfrentamento da Teoria Motivacional do <i>Coping</i>	27
Tabela 1. Domínios de risco psicossocial familiar de crianças em tratamento para obesidade	46
Tabela 2. Relação entre os pesos dos cuidadores e nível de risco PAT 2.0	46
Tabela 3. Relações entre as subescalas do PAT e nível de risco psicossocial familiar.....	47
Tabela 4. Relações entre PAT (nível) e categorias sociodemográficas das mães de crianças em tratamento de obesidade	48
Tabela 5. Relação entre atividade física praticada pela mãe e criança.....	48
Tabela 6. Atividade financeira dos familiares	49
Tabela 7. Estratégias de controle parental de alimentação de crianças em tratamento da obesidade.....	50
Tabela 8. Estratégias de controle alimentar e relação entre os níveis de risco PAT 2.0.....	50
Tabela 9. Relações entre os fatores do controle alimentar CFPQ.....	52
Tabela 10. Estratégias de Enfrentamento do tratamento da obesidade infantil pelos familiares.....	57
Tabela 11. Relações entre as estratégias de enfrentamento e PAT 2.0.....	59
Tabela 12. Caracterização de cada família da amostra	64
Tabela 13. Caracterização de cada família relacionada ao risco psicossocial.....	167
Tabela 14. Classificação dos sete fatores do PAT 2.0	168

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CEP = Comitê de Ética em Pesquisa
- CFPQ = *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire*
- HMCP = Hospital e Maternidade Celso Pierro
- IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IMC = Índice de massa corporal
- OMS = Organização Mundial de Saúde
- PAT = *Psychosocial Assessment Tool*
- SOB = Sobrepeso e Obesidade
- TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TMC = Teoria Motivacional do *Coping*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Riscos psicossociais e obesidade.....	19
1.2 Controle parental de alimentação	22
1.3 Estresse, <i>Coping</i> e Obesidade	25
1.5 Problema de Pesquisa.....	28
2 OBJETIVOS	30
2.1 Objetivos Geral	30
2.2 Objetivos específicos	30
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	31
3.1 Participantes.....	31
3.2 Locais de Coleta de dados.....	34
3.3 Instrumentos e Materiais	35
3.3. Procedimento	40
3.5 Processamento e Análise de Dados	43
4 RESULTADOS	44
4.1 Risco psicossocial familiar de crianças em tratamento de obesidade.....	44
4.2 Controle parental da alimentação	49
4.3 <i>Coping</i> da obesidade infantil pelos familiares.....	53
4.4 Resumo dos resultados.....	61
Descrição de Caso	65
5 DISCUSSÃO	68
6 CONCLUSÕES	76
7 PRODUÇÕES DA PESQUISA	78
8 REFERÊNCIAS	79
9 APÊNDICES	88
10 ANEXOS	169

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) define a obesidade como o acúmulo excessivo de gordura no organismo e sobrepeso como uma proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura, causando prejuízo para a saúde. O método atualmente mais empregado para determinar a obesidade é Índice de Massa Corporal (IMC) obtido através da relação Kg/m^2 , definido o sobrepeso como o IMC entre 25 e 30 Kg/m^2 e a obesidade acima de 30 kg/m^2 . Nas crianças e adolescentes, a classificação do IMC segue as curvas de crescimento, e os valores são expostos em escore-z e em percentil da mediana da amostra de referência, segundo a World Health Organization (WHO, 2006). Crianças e adolescentes com obesidade são caracterizadas pelo IMC acima do percentil 97 (CINTRA et al., 2014; DUMITH; FARIAS, 2010).

A WHO estima que existam mais de 1 a 3 bilhões de adultos no mundo com sobrepeso e 600 milhões de obesos (NG et al., 2014). Para a população em geral, ambos o sobrepeso e a obesidade (SOB) relacionam-se a todas as causas de mortalidade de forma consistente em quatro continentes, com o agravante de que o sobrepeso a obesidade moderada (IMC acima 25 kg/m^2) mostraram alta correlação com a mortalidade (The Global BMI Mortality Collaboration, 2016).

Da mesma forma, o SOB infantil têm se constituído um problema de Saúde Pública (WHO, 2014). As projeções indicam 75 milhões de crianças com obesidade em 2025. A prevalência da obesidade aumentou nas últimas décadas em todo mundo, inclusive nos países em desenvolvimento e pode ser compreendida como um resultado da transição nutricional (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). Na América Latina, por exemplo, os últimos dados estimam haver entre 42,4 e 51,8 milhões de crianças e adolescentes (0-18 anos) acima do peso ou obesos, equivalendo a 20-25% da população total de crianças e adolescentes dessa região (RIVERA et al., 2014).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008–09). O excesso de peso em crianças e adolescentes, entre cinco a 19 anos teve um aumento de 16,1%, em 1989, para 23,4%, em 2010; em meninas e em meninos, de 9,2% para 27,6%. Na

faixa etária de cinco a nove anos, uma em cada três crianças estava acima do peso recomendado pela OMS. Entre os meninos, 16,6% eram obesos e as meninas somaram 11,8%. Segundo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan, em 2015, 8,31% das crianças entre 0 e 5 anos apresentavam obesidade e 7,59% tinham sobrepeso, especialmente na Região Nordeste e Sudeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SISVAN, 2015). Em Campinas, SP, em uma amostra de 3.130 alunos de escolas públicas e privadas, avaliados de 2010 a 2012, Castilho et al. (2014) encontraram maior prevalência de excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) nas escolas privadas (37,3%) do que nas públicas (32,9%) e nos meninos (37,5%), em relação às meninas (32,7%). Os alunos mais novos (7-10 anos) apresentarem três vezes mais chances de serem obesos do que a de adolescentes de 15-18 anos. Segundo Vera (2014), estes altos índices de crianças e adolescentes com sobrepeso/obesidade podem permanecer na fase adulta.

O sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, em termos de saúde física, como doenças cardiovasculares aumentadas, metabolismo anormal de glicose, distúrbios hepáticos e gastrointestinais, apneia do sono e complicações ortopédicas (CORREIA; BOMFIM, 2010; SOARES; PETROSKI, 2003) e psicológicos, como depressão, ansiedade, imagem corporal distorcida e prejuízos na socialização (CORREIA; BOMFIM, 2010; LUIZ et al., 2005), além do aumento de peso se associar a piores resultados acadêmicos (CAREY et al., 2015).

Diversos estudos têm procurado relacionar a obesidade com variáveis ambientais que influenciam o desenvolvimento da criança desde a gestação. O tabagismo gestacional, por exemplo, é um dos fatores que possui relação com os hábitos alimentares impróprios da mãe, que podem influenciar os hábitos alimentares da criança (NOVAES et al., 2009). Há evidências que a exposição fetal à nicotina no útero, devido ao tabagismo materno na gravidez, pode resultar em efeitos comportamentais persistentes, incluindo o déficit no controle do impulso alimentar (TOSCHKE et al., 2002).

Tem sido documentado que o peso excessivo da mãe durante a gestação pode contribuir para um resultado obstétrico desfavorável. A nutrição inadequada na vida intrauterina pode ser associada à inadequação do estado nutricional materno, que pode alterar a expressão genética, a suscetibilidade

individual às complicações perinatais e aumentar o risco de síndrome metabólica e outras doenças crônicas na vida adulta (MOREIRA et al., 2012).

Da mesma forma, há uma relação significativa entre o alto peso ao nascer e o sobrepeso infantil. O peso ao nascer pode sofrer influência do estado nutricional materno na gestação, pois a obesidade materna, neste período, pode favorecer o aumento de gordura corporal em recém-nascidos. Sugere-se que o grau de adiposidade, ao nascimento, esteja correlacionado ao risco de obesidade, em etapas mais tardias (SEABRA et al., 2011).

O aleitamento materno, por sua vez, é considerado um fator protetor contra o desenvolvimento de sobrepeso/obesidade e promoção de um bom desenvolvimento neurológico e proteção contra várias morbidades (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006; FERREIRA; VIEIRA; CABRAL; QUEIROZ, 2010; MORAES; GIUGLIANO, 2011; RAMOS et al., 2010). A presença de compostos bioativos presentes no leite humano e a ingestão de proteínas são possíveis recursos para diminuir o risco de sobrepeso em crianças (BALABAN; SILVA, 2004; SHACK; MICHAELSEN, 2007; MIRRALLES; SANCHEZ, PALOU; PICO, 2006). Diante dos benefícios da amamentação, torna-se necessário ampliar os investimentos em políticas públicas com ações de conscientização do aleitamento materno.

A falta de atividade física é outro fator que contribui para o aparecimento do sobrepeso e/ou obesidade (DIESPORTE, 2014; OMS, 2014; Pena et al.2014; TAVARES; NUNES; SANTOS, 2010). Foi encontrado forte impacto das atividades sedentárias realizadas no lazer e na ocupação do tempo livre na ocorrência do sobrepeso em amostra de escolares com faixa etária compreendida entre 6 e 18 anos, na cidade de Montes Claros, MG (GUEDES et al., 2010). Outros estudos, como uma pesquisa realizada por Medeiros et al. (2011), com escolares em 2011 na cidade de Campina Grande, PB, corrobora com a afirmação acima. Consideram que o fato da maioria das crianças praticar menos que três dias de atividade física por semana pode ser justificada pela vida sedentária proporcionada por facilidades do mundo moderno. No entanto, dados recentes do levantamento feito pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2014) mostram o aumento de 18% de adultos que praticam atividade física no tempo livre comparando os anos de 2008-2014. Em relação à

atividade física infanto-juvenil, constatou-se que, quanto maior a escolaridade, maior a prática de exercícios no tempo livre, especialmente na faixa etária 9 a 11 anos (38,5%). Entretanto, o Diagnóstico Nacional do Esporte (DIESPORTE) feito pelo Ministério do Esporte mostrou que 49,5% da população brasileira é sedentária, com menor porcentagem entre os jovens (BRASIL/ MINISTÉRIO DO ESPORTE, 2015).

A ingestão de refrigerantes, sanduíches, biscoitos e salgadinhos, ou carboidratos e gordura insaturada tem sido padrão inclusive para crianças menores de dois anos (60,8% da população desta idade) (IBGE, 2015). Em idade escolar, o consumo de guloseimas (alimento não saudável) foi maior entre os alunos do sexo feminino (58,3%) do que do sexo masculino que consumiram o referido alimento em cinco dias ou mais (42,6%), em levantamento da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009 - PeNSE (IBGE, 2009). Identificar o padrão alimentar dos estudantes fora da escola, como o lugar e tipo de comida e bebida e as razões para comer fora, a exemplo do estudo de MacDiarmid et al. (2015), pode contribuir para a proposição de intervenções nessa área.

Sendo a obesidade de causa multifatorial, a seguir serão citados os principais fatores de sua ocorrência.

1.1 Riscos psicossociais e obesidade

Segundo Rodrigues e Boog (2006), o estigma da obesidade é carregado de alta carga psicológica relacionada aos hábitos alimentares e vestimentas. O aspecto físico da criança é uma característica que pode influenciar o fato dela vir a ser ou não vítima de *bullying* (MATTOS et al., 2012). Este é entendido nesse contexto como o “processo de criação do estigma por meio de sinais de depreciação, humilhação e preconceito no âmbito escolar a partir do excesso de gordura no corpo” (p. 71). Os resultados de um estudo realizado com escolares de 10 a 13 anos, para avaliar as prevalências de obesidade, sobrepeso, insatisfação com a imagem corporal e *bullying* na cidade de Esmeralda, RS, indicaram que 11,9% dos avaliados relataram ter sido vítimas de *bullying* (SOUZA et al., 2012). Pesquisas mostram que crianças com excesso de peso vítimas de *bullying* podem apresentar isolamento, dificuldade de aprendizagem, baixa autoestima, ansiedade

e depressão (CORREIA; BOMFIM, 2010; SOUZA et al., 2012; WILHELM; LIMA, 2007).

Outro aspecto que a literatura aborda como um fator de risco é o excesso de peso dos pais (CHUPROSCK; MELO, 2009; MAYNARD et al, 2003). Estudos apontam que a probabilidade das crianças apresentarem sobrepeso/obesidade é maior quando os pais estão com excesso de peso e, um dos fatores para esta ocorrência seria o nível de escolaridade da mãe (BRACHO; RAMOS,2007; MAYANARD et al.,2013; VITOLLO, 2003). A percepção materna distorcida do estado nutricional do filho pode prejudicar a adoção de um estilo de vida mais saudável e resultar no aparecimento de doenças crônicas (FRIEDRICH, ANTUNES, SCHUCH; 2016). A dificuldade em reconhecer o estado nutricional pode ter relação com crenças familiares e valores culturais (CAMARGO, BARROS, ANTONIO, GIGLIO, 2013; APARICIO, CUNHA, DUARTE, PEREIRA; 2011).

A mídia também desempenha um grande papel na construção de hábitos e práticas alimentares. Em pesquisa com crianças, a televisão foi considerada um instrumento de aprendizagem, contribuindo para acesso ao conhecimento (CONTI et al., 2010). De acordo com Michereff et al. (2014), o consumo de alimentos em frente à TV e a dieta de baixa qualidade podem ter associação com a falta de concentração durante a refeição, pelo alto consumo de alimentos prontos, devido à sua maior praticidade e por influência de programas que apresentam alimentos novos. A mídia também corrobora para prevalência de doenças mentais, pois os transtornos alimentares, como anorexia e bulimia encontram-se associados diretamente a um padrão de magreza transmitido pela mídia (KEERY; THOMPSON, 2004).

Braveman e Barclay (2009) atribuem as diferenças em saúde às disparidades socioeconômicas e raciais e aos grupos, considerando particularmente as disparidades que se originam na infância. Assim, em uma perspectiva de curso de vida, *“as experiências iniciais podem modelar a saúde através da vida toda e potencialmente através de gerações; isto sistematicamente direciona a atenção para o papel do contexto, incluindo o contexto social e físico, juntamente com fatores biológicos”* (p. 163). As condições socioeconômicas na infância estão associadas a todas as causas de mortalidade e doenças crônicas, entre elas as doenças metabólicas, como a obesidade, na vida adulta. Lakshman

et al. (2010) mostram diferenças no consumo de frutas e verduras e nos escores de estilo de vida saudável em pessoas morando em bairros mais pobres. Desde o estudo de Sobal e Stunkart (1989), na década de 80, revisões da literatura têm encontrado correlações inversas entre nível socioeconômico e obesidade, especialmente entre as mulheres de países em desenvolvimento (McLAREN, 2007; MONTEIRO, CONDE, POPKIN, 2004; MURASKO, 2011. SHREWSBURY, WARDLE, 2008). McLaren (2007) inclusive conclui que a obesidade “*é um fenômeno social, para o qual ações apropriadas incluem alvos em fatores econômicos e socioculturais*” (p. 29). Analisando os dados populacionais entre 1975 e 2002, Monteiro, Conde e Popkin (2007) realizaram um primeiro estudo sistemático no país e encontraram também uma tendência de aumento da obesidade na população menos favorecida, para ambos os sexos.

Analisando essas relações na infância, Wang e Lim (2012) concluíram que “*a associação entre obesidade e nível socioeconômico varia segundo o gênero, idade e país. No geral, grupos com grande acesso a dietas densas em energia (baixo nível socioeconômico em países industrializados e alto nível em países em desenvolvimento) têm maior risco de serem obesos*” (p. 176). Evans e Kim (2007) analisam esses desfechos em saúde em condições de pobreza com base nos conceitos de exposição acumulativa a riscos e desregulação na resposta ao estresse.

Como se vê, a obesidade, por ter uma etiologia multifatorial, exige um tratamento que envolve variados tipos de abordagens. A orientação dietética, a programação de atividade física e o uso de fármacos têm sido as principais estratégias utilizadas no tratamento convencional (SEGAL; FANDINO, 2002).

Contudo, em termos preventivos, nessa faixa etária, as intervenções são mais efetivas quando dirigidas às famílias. Assim, nos últimos anos, as pesquisas têm se centrado nas crenças dos pais sobre alimentação (GUEDES et al., 2010; HOFELMANN; MOMM, 2014; SCHALKWIJK et al., 2015), nos hábitos alimentares da família (HOFELMAN; MOMM, 2014; MITCHELL et al., 2013; TOVAR et al., 2012), o controle alimentar parental (SCHALKWIJK et al., 2015), nas práticas parentais de educação (CAMARGO et al., 2013; CORREIA; BOMFIM, 2007; MOSLI et al., 2015; MITCHELL et al., 2013) e de controle alimentar (BERTOLETTI;

GARCIA 2012; CONTI et al., 2010; LUIZ et al., 2005; MOSLI et al., 2015; SCHALKWIJK et al., 2015).

Autores, como Eneli et al. (2015) consideram que uma área potencial para prevenção e tratamento da obesidade infantil é a dinâmica de alimentação (*feeding dynamics*), com dois componentes centrais: o papel do cuidador na alimentação (*caregiver feeding role*) – como, quando, onde e o que o cuidador dá para a criança – e os comportamento alimentares da criança – quanto, quando, o que, e se come o que é oferecido. O papel do cuidador será tema também do presente estudo.

1.2 Controle parental de alimentação

As estratégias educativas intrafamiliares envolvem o estilo parental e as práticas alimentares. Os estilos parentais podem ser entendidos como um padrão de comportamento que se expressa dentro de um clima emocional criado pelo conjunto das atitudes dos pais, o qual engloba as práticas parentais e a interação pai e filho (DARLING; STEINBERG, 1993).

Os estudos pioneiros de Baumrind indicaram inicialmente três estilos parentais: permissivos, autoritários e autoritativos (BOECKEL; SARRIERA, 2006). O estilo permissivo considera que a criança tem uma tendência natural à socialização, os pais devem deixar a criança aprender a identificar suas necessidades. Pais autoritários adotam estratégias associadas à obediência, punições, uso de medidas de forças, manifestadas geralmente pela imposição. Pais autoritativos por vezes, encorajam as verbalizações, dividem com os filhos as razões por trás de controle parental, e dão espaço para argumentações quando há recusa à obediência (BOECKEL; SARREIRA, 2006).

A partir da tipologia originada de Baumrind, outros pesquisadores, como Maccoby e Martin (1983) definiram quatro estilos parentais. Pais com altos níveis de responsividade e exigência são chamados de *autoritativos*; pais com baixos índices de responsividade e exigência são tidos como *negligentes*. Pais muito responsivos e pouco exigentes são tidos como *indulgentes*; os poucos responsivos e muito exigentes são chamados de *autoritários* (SLEDDENS et al., 2011).

A diferença entre o modelo de Maccoby e Martin (1983) e o original de Baumrind (1985) é relacionado ao padrão permissivo em indulgente e negligente

(PICOLLI, 2014). Pais indulgentes são tolerantes e compreensivos, seus filhos possuem elevada autoestima e segurança; mas, devido ao baixo monitoramento parental, os filhos apresentam alta frequência de problemas de externalização como hiperatividade, comportamento agressivo e uso de substâncias ilícitas (COSTA et al., 2000). Pais negligentes têm baixo nível de controle/exigência, são fracos no seu papel socializador, o que leva os filhos a apresentarem baixa autoestima, depressão e ansiedade (PICCOLI, 2014).

O estilo parental relacionado à alimentação das crianças pode ser explicado numa pesquisa americana que investigou o estilo de alimentação dos cuidadores e peso infantil entre famílias imigrantes. Encontrou-se que a maioria das mães apresentava um estilo de alimentação de baixa exigência/alta responsividade, que estava associado com alto peso da criança nessa população (TOVAR et al., 2012). Estes dados contribuem para a crescente literatura, sugerindo que este tipo de estilo parental pode ser um fator de risco para a obesidade infantil. Neste mesmo estudo, também foi identificado obesidade entre as mães das crianças, fato que corrobora com Soares e Petroski (2003). Estes últimos enfatizam que há 80% de chances da criança desenvolver obesidade quando os pais são obesos, e este risco que se reduz para 7% quando nenhum dos pais apresenta essa característica. Outro estudo realizado na cidade de Porto, em 2010, para avaliar o consumo de frutas e hortaliças em crianças pré-escolares e estilo parental dos pais, verificou-se que o estilo parental autoritativo, associado ao maior consumo de frutas e hortaliças, foi encontrado em menor proporção na amostra, fato que pode estar vinculado ao baixo consumo de frutas e hortaliças avaliado (FERNANDES, 2010). Neste mesmo estudo, foi concluído que o baixo consumo de frutas e hortaliças parece estar relacionado com os fatores sócio-demográficos, principalmente com o nível de escolaridade dos pais.

O nível de escolaridade da mãe tem sido identificado como tendo uma forte relação aos hábitos alimentares das crianças. Por exemplo, em estudo sobre a associação da qualidade da dieta com as características do ambiente familiar em escolares na cidade de Itajaí, SC, a menor escolaridade das mães se observou negativamente à qualidade da dieta entre os escolares (MICHEREFF et al., 2014). Esta informação indica que a menor escolaridade da mãe pode estar relacionada ao baixo conhecimento sobre conceitos alimentares.

Em relação às práticas parentais alimentares, de acordo com Birch (2006), as práticas de alimentação infantil têm evoluído a partir do momento em que a escassez de alimentos era a maior ameaça nutricional para o desenvolvimento das crianças. Contudo, O Comitê de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria divulgou, em 2012, o Manual de Orientação do Departamento de Nutrologia, a qual são ressaltadas as mudanças importantes na alimentação no país devido à urbanização e à globalização, favorecendo o aumento de alimentos industrializados, que facilita ao acesso a alimentos calóricos e baratos e uma redução generalizada da atividade física.

De acordo com os estudos de Mitchell, Farroe, Haycraft e Meyes (2013), a prevenção do sobrepeso/obesidade se estabelece através de uma melhor sensibilização dos pais, a qual eles devem obter práticas alimentares baseadas sobre o que, quando e quanta comida é oferecida as crianças. Estudo qualitativo para explorar as expectativas do de crianças obesas e de seus pais em relação às intervenções no estilo de vida, evidenciaram a importância de focar nas expectativas dos pais e das crianças e discutir barreiras e facilitadores dentro do contexto social durante uma intervenção. Através desse estudo, nota-se que os pais e as crianças necessitam de apoio do contexto familiar e social ao tentar fazer mudanças de comportamento no estilo de vida (SCHALKWIJK et al., 2015).

Segundo Halpern et al. (2010), a obesidade é uma doença de difícil controle, sendo a adesão no tratamento obtida com a mudança do estilo de vida. Para mudar as práticas alimentares das crianças, é preciso avaliar o impacto das práticas de alimentação infantil nos padrões de dieta, modificar as crenças dos pais e atitudes, as percepções relacionadas às ameaças à saúde das crianças, contribuindo para a prevenção da obesidade (BIRCH, 2006).

Segundo Bertoletti e Garcia (2012), o envolvimento de toda a família no tratamento da criança com obesidade é importante para o sucesso, além de diluir a responsabilidade da criança pela sua condição, dividindo-a com seus cuidadores. Além destes, tem-se o papel dos irmãos, Mosli et al. (2015), mostraram o papel dos irmãos mais velhos na alimentação, atuando como cuidadores e modelos durante as refeições. Este aspecto pode contribuir para uma melhor compreensão de como as famílias interagem durante as refeições. Para Pocock (2010), as influências intergeracionais sobre as crenças de saúde e de conhecimentos dos pais, sugerem

que as estratégias de promoção da saúde podem ser mais eficazes se forem dirigidas à família mais ampla, em vez de os pais sozinhos.

De acordo com Oliveira et al. 2010, a participação da família no tratamento da obesidade infantil é determinante no processo de emagrecimento. Dados relacionados à adesão ao tratamento da obesidade infantil revelam que após cinco meses de tratamento comportamental (controle alimentar associado à atividade física) 71% dos sujeitos não permaneciam até o final do programa (NEGRÃO, BARRETO;2006). Mello et al. 2014 consideram que o engajamento dos pais interfere nas práticas de atividades físicas das crianças.

Alto índice de abandono também foi encontrado em estudo retrospectivo em crianças/adolescentes obesas em atendimento ambulatorial (ZAMBON, 2008). A falta de apoio familiar e a necessidade de mudanças nos hábitos são os principais motivos para a não adesão neste estudo. Verifica-se a necessidade de intervenções preventivas para garantir melhor qualidade de vida para a criança obesa e seu contexto familiar.

1.3 Estresse, *Coping* e Obesidade

Diante do exposto anteriormente, o estresse tem sido destacado como um fator de risco e, de acordo com Lipp (2001), pode afetar a saúde, a qualidade de vida e a sensação de bem-estar como um todo. Os sintomas do estresse infantil, assim como no adulto, podem envolver reações que englobam alterações psicológicas e físicas no organismo, provenientes de fontes internas e externas (LIPP, 2000).

A relação entre pais e filhos pode ser influenciada através das reações psicológicas e físicas geradas pelo estresse. Pais estressados tendem a utilizar de práticas educativas negativas, que se tornam fontes de estresse para a criança (GOMIDE, 2003). Esta informação corrobora com o estudo de Parks (2012), mostrando que o estresse dos pais é um dos principais fatores de risco para obesidade entre os filhos. E que este estresse pode aumentar o consumo de *fast food* entre as crianças.

Para as crianças conseguirem uma adaptação adequada ao meio precisam lidar com as situações estressantes, sendo as estratégias de enfrentamento, um pré-requisito indispensável para uma adaptação bem-sucedida

(LIMA et al., 2002). O *coping* é entendido pela Teoria Motivacional de *Coping* (TMC), como a ação reguladora aos padrões organizados de comportamento, emoção, atenção e motivação (ZIMMER-GEMBECK; SKINNER, 2009). O *coping* representa o que as pessoas fazem (respostas cognitivas, comportamentais, emocionais) para lidar com dificuldades específicas em contextos de vida reais (SKINNER; ZIMMER-GEMBECK, 2007). O *coping* compreende os esforços individuais para manter, restaurar ou reparar as necessidades psicológicas básicas de relacionamento, competência e autonomia (SKINNER; WELLBORN, 1994). Nesse sentido, qualquer evento que ameace ou desafie uma ou mais dessas necessidades pode se constituir em um estressor, acionando os recursos de *coping*.

Após ampla revisão de 100 escalas de *coping*, Skinner et al. (2003) elaboraram uma classificação hierarquizada do *coping*, com base na TMC, composta por um sistema de 12 categorias de *coping*, as chamadas “famílias” de enfrentamento. Cada qual abrange variadas estratégias de enfrentamento que são agrupadas nessas famílias de acordo com a função que exercem, e segundo seu desfecho adaptativo. Seis famílias podem ser consideradas adaptativas em longo prazo, sendo elas: Autoconfiança, Busca por suporte, Resolução de problemas, Busca por informações, Acomodação e Negociação; e seis famílias podem ser consideradas mal adaptativas no longo prazo, sendo elas: Delegação, Isolamento, Desamparo, Fuga, Submissão e Oposição.

Skinner et al. 2003 criaram um sistema no qual são apresentados os comportamentos apresentados em cada família de enfrentamento, as emoções relacionadas às famílias e as tendências de ação da pessoa, conforme consta na Tabela A.

Tabela A. As 12 famílias de enfrentamento da Teoria Motivacional do *Coping*. Ramos (2012), tradução de Skinner et al. (2003).

	RELACIONAMENTO		COMPETÊNCIA		AUTONOMIA	
	DESAFIOS ao <i>SELF</i>	CONTEXTO	DESAFIOS ao <i>SELF</i>	CONTEXTO	DESAFIOS ao <i>SELF</i>	CONTEXTO
C O M P O R T A M E N T O	Autoconfiança	Busca de suporte	Resolução de problemas	Busca de informações	Acomodação	Negociação
	Assumir/arcar	Busca de conforto Busca de ajuda	Planejar estratégias	Estudar Observar	Cooperação Concessão Empenho	Compromisso
	Acalmar-se Aceitar responsabilidades Preocupação com os outros	Confiança	Encorajamento Determinação Confiança	Interesse Otimismo Esperança	Aceitação	Ausência de culpa Assumir a perspectiva do outro
D I F I C I L I D A D E	Proteção Blindagem Autofala positiva	Reconhecimento Valorização	Reparação Domínio	Prevenção Planejamento	Compromisso Convicção	Tomada de decisão Definição de objetivos Definição de prioridades
	AMEAÇAS ao <i>SELF</i>	CONTEXTO	AMEAÇAS ao <i>SELF</i>	CONTEXTO	AMEAÇAS ao <i>SELF</i>	CONTEXTO
C O M P O R T A M E N T O	Delegação	Isolamento	Desamparo	Fuga	Submissão	Oposição
	Dependência Exigência Depender de outros Importunar	Afastamento Paralisar	Tentativas aleatórias Autoflagelação Sucumbir	Escapar Evitação	Perseveração Rigidez Apatia	Agressão
	Autopiedade Lamentação Vergonha	Solidão Desolação Saudade	Dúvidas Desânimo Culpa	Pessimismo Desesperança Medo	Autoculpa Descontentamento/desgosto	Projeção Culpar os outros Desabafo Explosão Raiva
D I F I C I L I D A D E	Abandono Irritação	Desconectar-se	Pânico Confusão	Procrastinação	Obsessão Ruminação Pensamentos intrusivos	Vingança

As avaliações de desafio e de ameaça à necessidade de Relacionamento faz parte do primeiro conjunto de famílias. As famílias de Autoconfiança e Busca de Suporte estão relacionadas à avaliação de desafio, e as famílias de Delegação e Isolamento à avaliação de ameaça.

O segundo conjunto mostra as avaliações de desafio e de ameaça à necessidade de Competência. As famílias de Resolução de Problemas e Busca de

informações estão relacionadas à avaliação de desafio, e as famílias de Desamparo e Fuga, à avaliação de ameaça.

O terceiro grupo mostra as avaliações de desafio e ameaça à necessidade de Autonomia. As famílias de acomodação e Negociação estão associadas à avaliação de desafio, e a Submissão e Oposição relacionadas à avaliação de ameaça.

O *coping* como ação regulatória se vincula à autorregulação emocional, uma competência desenvolvida particularmente nos seis primeiros anos de vida da criança. Envolve a capacidade de ajustar respostas afetivas, de atenção e de comportamento motor voluntário, de forma dirigida ao alcance de objetivos (KLEIN et al., 2011).

O modo como as crianças e adolescentes lidam com situações adversas são importantes mediadores e moderadores do impacto do estresse, tanto em seu ajustamento atual como futuro. O desenvolvimento de formas de *coping* em etapas iniciais da vida pode colocar os indivíduos em trajetórias de desenvolvimento mais ou menos adaptativas, podendo tornar-se precursores de padrões de *coping* na vida adulta (COMPAS et al., 2001).

A partir do pressuposto que as crianças com sobrepeso/obesidade apresentam comprometimentos psicológicos e físicos (CORREIA; BOMFIM 2010; SOARES; PETROSKI 2003), é necessário auxiliar os pais nesta problemática, utilizando estratégias de enfrentamento que possam facilitar comportamentos mais adequados no enfrentamento da obesidade/sobrepeso das crianças (PRATT, 2008; WILLE, 2008).

1.5 Problema de Pesquisa

A obesidade infantil é um problema de saúde no país e no mundo (WHO, 2014; IBGE, 2010; VIGITEL, 2014) Entre as variáveis que afetam o controle da obesidade está a atuação da família na alimentação (NUNES; MORAES, 2012; SANTOS; RABINOVICH, 2011; WILHELM; LIMA, 2007). Sendo assim, a família exerce um papel fundamental na formação e manutenção dos hábitos alimentares, no entanto, a partir do momento em que há mudanças no padrão alimentar a dinâmica familiar poderá ser afetada diretamente, podendo acarretar em agravos.

Dessa forma, há uma necessidade de identificar variáveis que afetam o tratamento da obesidade e também de subsidiar intervenções em idade escolar com dados da família, por ser a principal fonte de influência sobre a criança. Portanto, compreende-se a importância de estudos e instrumentos voltados para a dinâmica familiar em relação ao tratamento do sobrepeso e da obesidade de crianças.

Frente a esse contexto a presente pesquisa tem como hipótese central: o padrão familiar afeta a obesidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Geral

Esta pesquisa teve por objetivo geral verificar as relações entre risco psicossocial familiar, padrão de controle alimentar, estressores e *coping* do tratamento da obesidade infantil.

2.2 Objetivos específicos

Mais especificamente, pretendeu-se descrever e identificar em relação às crianças em tratamento de sobrepeso/obesidade:

- a. Os riscos psicossociais das famílias;
- b. O padrão parental de controle da alimentação de crianças de cinco a 11 anos de idade;
- c. Os estressores associados ao tratamento;
- d. As estratégias de enfrentamento parental associados ao tratamento do sobrepeso/obesidade do filho.

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Para atingir os objetivos da pesquisa, foi realizado um estudo transversal correlacional (SEVERINO, 2007). Foram aplicados instrumentos que permitiram compreender como os pais de crianças com sobrepeso/obesidade lidam com o tratamento do sobrepeso ou obesidade infantil, assim como os riscos psicossociais e, a adesão ao tratamento.

3.1 Participantes

Participaram do estudo 19 familiares compostas por pais, mães, irmãs de crianças entre cinco e 11 anos de idade em atendimento clínico ambulatorial por sobrepeso e obesidade no Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP).

Critérios de inclusão da amostra:

Pais de crianças em tratamento ambulatorial na faixa etária de 5 a 11 anos apresentando sobrepeso ou obesidade;

Critérios de exclusão da amostra:

Não apresentar sobrepeso/obesidade e crianças com idades não correspondentes a 5-11 anos.

A Figura 1 mostra o fluxograma de composição da amostra. As informações constam no Procedimento.

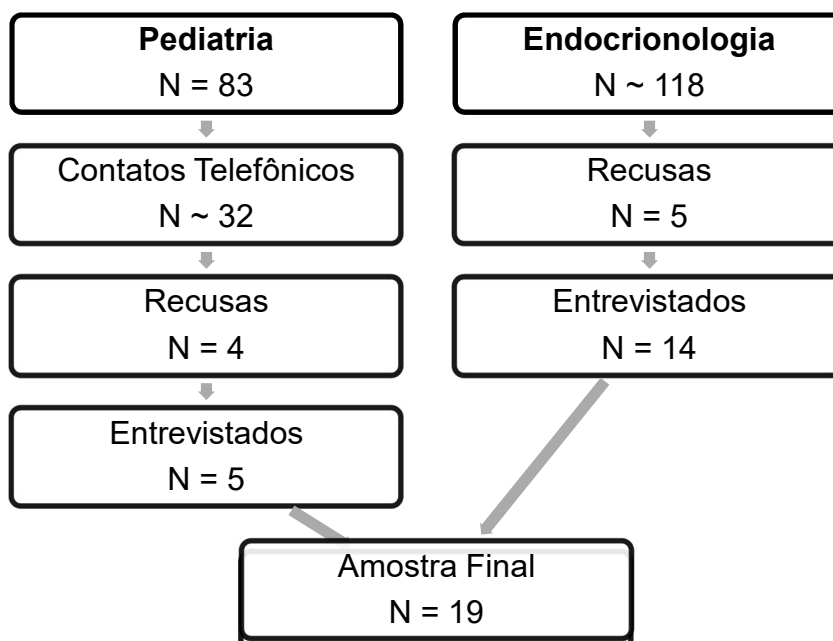


Figura 1. Processo de seleção da amostra.

A amostra foi composta por 19 familiares (16 mães, 2 pais e uma irmã) com média de 37,05 anos participaram da coleta. A escolaridade variou entre Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Superior Incompleto. O número total de filhos dos cuidadores foi 29, com média de 1,52 filho por cuidador. O IMC calculado dos cuidadores teve uma média de 31,93, com o valor mínimo de 23,63 e máximo de 42,29. Predominância dos familiares com obesidade (N=13), com sobrepeso (N=4) e peso normal (N=2). Em relação à ocupação, 3 relataram estar desempregados, 2 donas de casa e o restante (N= 14) referiram ter alguma atividade de trabalho remunerado. O estado civil da maioria (N=12) foi referido como Casado ou em Relação Estável, enquanto a minoria (N=7) declarou ser Solteira ou Separada (Quadro 1).

Quadro 1. Composição da amostra dos familiares (N = 19)

Participantes	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Trabalho	Número de filhos	Parentesco	Dificuldade Financeira	IMC cuidador
P1	F	28	Ensino Fundamental	Solteira	Operadora de Telemarketing	01	Mãe	Sim	37,7 (O)
P2	F	27	Ensino Médio	Relação Estável	Cuidadora Infantil	02	Mãe	Não	32,04 (O)
P3	F	41	Ensino Fundamental Incompleto	Solteira	Vendedora	01	Mãe	Sim	35,76(O)
P4	F	41	Ensino Médio	Casada	Cozinheira	--	Mãe		36,46 (O)
P5	F	43	Ensino Superior Incompleto	Relação estável	Agente de educação infantil	02	Mãe	Não	29,07 (S)
P6	M	30	Ensino Fundamental	Relação estável	Motorista	02	Pai	Sim	31,54 (O)
P7	F	33	Ensino Médio	Solteira	Dona de Casa	02	Mãe		31,16 (O)
P8	F	34	Ensino Fundamental Incompleto	Casada	Dona de casa	--	Irmã	Não	28,91 (S)
P9	F	45	Ensino Fundamental	Separada	Auxiliar de Acabamento Gráfico	01	Mãe	Sim	35,20 (O)
P10	F	41	Ensino Fundamental	Casada	Diarista	03	Mãe	Sim	31,95 (O)
P11	F	41	Ensino Fundamental	Solteira	Diarista	03	Mãe	Sim	32,05 (O)
P12	F	38	Ensino Fundamental Incompleto	Casada	Cabeleireira e manicure	02	Mãe	Sim	27,60 (S)
P13	F	38	Ensino Médio	Relação estável	Desempregada	01	Mãe	Não	31,48 (O)
P14	F	34	Ensino Médio	Casada	Auxiliar de Limpeza	02	Mãe	Não	42,29 (O)
P15	F	27	Ensino Médio	Casada	Desempregada	01	Mãe	Sim	29,16 (S)
P16	M	46	Ensino Médio	Casado	Cozinheiro	02	Pai	Sim	26,35 (S)
P17	F	46	Ensino Fundamental Incompleto	Casada	Empresária	02	Mãe	Sim	23,63 (PN)
P18	F	37	Ensino Médio	Solteira	Desempregada	02	Mãe	Sim	24,12 (PN)
P19	F	34	Ensino Médio Incompleto	Solteira	Tosadora	02	Mãe	Sim	40,35 (O)

Nota. F= Feminino M= Masculino; IMC = Índice de Massa Corporal; N (normal); S (sobrepeso) = 25-30 Kg/m²; O (obesidade) - >30 Kg/m²

A composição da amostra de crianças consiste em 19, sendo 7 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com idade entre 05 e 11 anos (média de 9,15 anos), matriculadas no Ensino Fundamental (N = 17) ou no Ensino Infantil (N = 2). O diagnóstico prevalente foi de Obesidade (N = 17), este com valores de IMC entre 22,50 e 36,28, seguido por Sobrepeso (N = 2) com valores de IMC entre 21,49 e 21,83 (Quadro 2).

Quadro 2. Composição da amostra de crianças (N = 19)

Criança	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Diagnóstico	IMC
C1	M	10	Ensino Fundamental	O	22,99
C2	M	7	Ensino Fundamental	O	24,03
C3	M	10	Ensino Fundamental	O	35,76
C4	M	7	Ensino Fundamental	O	23,56
C5	M	9	Ensino fundamental	O	22,5
C6	M	10	Ensino Fundamental	S	21,83
C7	M	05	Ensino Infantil	O	36,28
C8	F	11	Ensino Fundamental	O	35,20
C9	M	9	Ensino Fundamental	O	28,36
C10	M	9	Ensino Fundamental	O	23,91
C11	F	10	Ensino Fundamental	O	31,5
C12	M	10	Ensino Fundamental	O	32,51
C13	F	10	Ensino Fundamental	O	24,95
C14	F	11	Ensino Fundamental	O	26,10
C15	M	06	Ensino Infantil	O	30,38
C16	F	11	Ensino Fundamental	O	26,71
C17	M	10	Ensino Fundamental	O	25,63
C18	F	08	Ensino Fundamental	O	27,17
C19	F	11	Ensino Fundamental	S	21,49

Nota. O = obesidade; S = sobrepeso. IMC = calculados de acordo com o percentil.

3.2 Locais de Coleta de dados

A pesquisa foi realizada nos Ambulatórios de Pediatria e de Endocrinologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro [HMCP]. Este é um hospital-escola pertencente à Pontifícia Universidade Católica de Campinas da PUC-Campinas.

Segundo informações dos serviços, o número médio de atendimentos com crianças obesas referentes ao Ambulatório de Endocrinologia do HMCP no ano de 2014, no período de 31/01/2014 à 08/05/2014 foi de 223 crianças (113 meninas e 100 meninos). No atendimento ambulatorial de Pediatria do HMCP, no ano de 2014, foram 83 crianças apresentando obesidade. Através destes dados,

verificou-se a alta prevalência de obesidade infantil nos respectivos ambulatórios, e nota-se a importância de projetos de intervenção no contexto desta temática.

Os atendimentos dos casos de obesidade no Ambulatório de Endocrinologia, relacionados ao contexto da obesidade, ocorrem nas sextas-feiras, iniciando no período da manhã. As mães e seus respectivos filhos costumam chegar cedo na consulta e o tempo de espera varia de acordo com a quantidade de atendimentos no dia, ficando em torno de duas a três horas em espera. Os profissionais da saúde que atendem neste ambulatório são compostos por médicos e nutricionistas. Os médicos iniciam o atendimento pela ordem de chegada dos pacientes, após a criança com o seu responsável, são convocados para a sala de atendimento, onde são feitas anotações nos prontuários e acompanhamento de exames, também sempre é feita a medição de peso e altura da criança. Além das salas de atendimento, tem uma sala menor onde ocorrem discussões de casos clínicos.

3.3 Instrumentos e Materiais

Foram aplicados nos pais os seguintes instrumentos:

A - Para caracterização das famílias e seu risco psicossocial:

1) Ficha de Caracterização do Participante para a Pesquisa - (APÊNDICE A) consiste em informações referentes ao familiar e da criança. Sobre a criança: nome, sexo, data de nascimento, escolaridade, altura/peso e IMC. Informações sobre a rotina da criança (atividades físicas, refeições, duração do sono e TV) e antecedentes (dados sobre nascimento e amamentação da criança, complicações na gestação materna). Sobre o familiar tem-se o nome, data de nascimento, escolaridade, atividade ocupacional, altura/peso e IMC. Informações sobre a rotina (verificar se há obesidade na família e hábitos de atividades físicas). Os dados do tratamento médico também foram coletados (hipótese diagnóstica, especialidades que o atendem, data de início do tratamento e periodicidade).

2) Instrumento de Avaliação Psicossocial – versão em Português do PAT 2.0 - *Psychosocial Assessment Tool* (PAI, 2008), com autorização dos autores (ANEXO A) - Avalia o risco psicossocial familiar, com sete subescalas:

- a) Estrutura familiar e fontes (8 itens) - Ex: "Pessoas que vivem na casa da criança";
- b) Suporte social (4 itens) – Ex: "Quem ajuda nos cuidados com a criança";
- c) Problemas com a criança (15 itens) – Ex: "Parece mau humorada/muda muito de humor?";
- d) Problemas com os irmãos (15 itens) – Ex: "Comporta-se de maneira mais infantil do que o esperado";
- e) Problemas familiares (8 itens) - Ex: "O consumo de álcool e outras drogas tem causado problemas para alguém da família?";
- f) Reação ao estresse (3 itens) - Ex: "Teve pensamentos negativos ou pesadelos sobre o adoecimento da criança?";
- g) Crenças familiares (4 itens) – Ex: "Nossa família ficará mais unida por causa disso"

O PAT 2.0 apresenta uma pontuação para cada um das sete subescalas (Estrutura Familiar e Recursos; Apoio Social; Problemas da Criança; Problemas dos Irmãos; Problemas da família; Reações Pais stress; Crenças da família) e, em seguida, totalizando as pontuações da subescala para derivar uma pontuação total, o que pode variar de 0 a 7. As subescalas são derivadas dividindo-se o número de itens de alto risco aprovados pelo número total de questões marcados na respectiva escala. No final dá um escore que classifica os sujeitos de pesquisa de acordo com tres grupos de risco: Universal, com escore até 1,0; Alvo, com escore maior que 1,0 e menor que 2,0; e Clínico, com escore maior que 2,0. O PAT 2.0 se baseia no Modelo Psicossocial de Saúde Preventiva Pediátrica (PPPHM; KAZAK, 2006), que fornece uma classificação em três níveis de risco familiar (Universal, Alvo, Clínico), com base na pontuação total. O nível de risco tem implicações para recomendações de tratamento para apoiar a adaptação da família e resolver os problemas.

De acordo com as definições apresentadas por Pai (2008), o risco do tipo Universal indica baixo risco psicossocial para a criança e rede de suporte adequada, apesar de poder apontar para alguns fatores estressores que são transitórios e, geralmente, conscientes. Para esta população, recomenda-se intervenções de educação em saúde, com foco no enfrentamento do impacto do diagnóstico e tratamento da doença.

O grupo Alvo inclui uma população que apresenta alguns recursos para suporte psicossocial, porém há também a presença de fatores de risco, como, por exemplo, o estresse parental, que convergem em risco para o paciente. Frente às adversidades vivenciadas por este grupo, sugere-se intervenções focadas em sintomas apresentados pela criança e/ou pelo cuidador, com o objetivo de aumentar o ajustamento de ambos, além de melhorar a adesão ao tratamento. O monitoramento do nível de estresse também deve ser realizado para melhores planejamentos de intervenções (PAI, 2008).

A categoria Clínico é formada por díades criança-cuidador que apresentam poucos recursos para suporte psicossocial, além de diversas dificuldades já instaladas, além de estresse crônico. É o grupo de maior risco, e este contexto é compreendido como pouco provável de ofertar o ajustamento e adesão ao tratamento caso não sofra intervenções. Estas devem ser ofertadas por profissionais de saúde, tanto do âmbito social quanto do âmbito da saúde mental, que auxiliem na modificação dos comportamentos alvo, preferencialmente por equipe multiprofissional (PAI, 2008).

O PAT 2.0 está traduzido para diferentes idiomas, tais como: espanhol, holandês, português, hebraico, grego, italiano, japonês, chinês e coreano. Esses mesmos autores apontam que, embora esse instrumento tenha sido criado inicialmente para famílias de crianças com câncer, o PAT tem sido aplicado para uso em variadas condições: obesidade, doenças cardíacas, diabetes, transplante de medula óssea, dor crônica, outras condições pediátricas, transplantes de rim e doença do intestino irritável (KAZAK et al., 2015).

B - Para avaliação dos estressores do tratamento do sobrepeso/obesidade infantil e seu enfrentamento por parte dos familiares, foram aplicados:

3) Questionário de Práticas Alimentares - CFPQ - *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire* (MUSHER-EIZENMAN; HOLUB, 2007), traduzido e validado por Araújo (2015). O questionário se propõe a mensurar as múltiplas práticas parentais em relação à alimentação infantil.

O instrumento é constituído de 39 itens e apresenta duas escalas com amplitude de cinco pontos, sendo uma delas de frequência, com respostas de

“nunca” a “sempre” (itens 1 a 13) e outra de concordância, com respostas de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (itens 14 a 39).

Os fatores da escala adaptada para o Brasil são:

- a) Modelagem parental (4 itens) – Ex: “Eu como de forma saudável para servir de exemplo para meu filho”;
- b) Restrição de escolha quantitativa e qualitativa de alimentos (9 itens) – Ex: “Limito os alimentos que meu filho come e que podem fazê-lo engordar”;
- c) Controle ao acesso de alimentos não saudáveis (4 itens) – Ex: “Controlo os doces (bala, sorvete, bolo, torta, docinhos e outros) que meu filho come”;
- d) Controle emocional pela comida (3 itens) – Ex: “Quando meu filho fica agitado, procuro dar-lhe algo para comer”;
- e) Pressão para comer (3 itens) – Ex: “Se meu filho come apenas uma pequena porção, tento fazer com que ele coma mais”;
- f) Envolvimento da criança com a refeição da família (4 itens) – Ex: “Eu envolvo meu filho no planejamento das refeições da família”;
- g) Uso da comida como recompensa (3 itens) – Ex: “Eu ofereço a meu filho seus alimentos preferidos em troca de um bom comportamento”;
- h) Permissividade e controle infantil (5 itens) - Ex: “Deixo meu filho comer o que ele quer”; e
- i) Incentivo à experimentação e consumo saudável (4 itens) – Ex: “Eu incentivo meu filho a experimentar novos alimentos”.

(O Modelo Fatorial Final do CFPQ está no ANEXO B e e-mail de autorização de uso do instrumento encontra-se no ANEXO C).

4) Protocolo de Entrevista sobre Enfrentamento Parental do Sobrepeso e Obesidade Infantil baseado no MCT-12- *Motivational Theory of Coping Scale-12* (Lees, 2007) (APÊNDICE B). Este instrumento foi adaptado para esta pesquisa, incluindo, além das 12 perguntas sobre estratégias de enfrentamento propostas pelo estudo original.

Contém três campos:

I- Dados de identificação do cuidador e da criança, data/hora da aplicação;

II- Demanda (identificação dos estressores) e o

III- Processo de enfrentamento avaliado através de uma pergunta geral: “ *O que você tem feito para lidar com a situação de cuidar de seu filho, ou da criança que você cuida, com problemas de sobrepeso ou obesidade?*”

Esta questão foi adaptada para cada uma das 12 famílias de enfrentamento, sendo seis adaptativas – Autoconfiança, Busca de Suporte, Resolução de Problemas, Busca de Informações, Acomodação, Negociação, e seis não adaptativas Delegação, Isolamento, Desamparo, Fuga, Submissão e Oposição (as definições das famílias de *coping*, com exemplos de estratégias de enfrentamento de *coping*, com as respostas dos familiares (APÊNDICE D).

A questão central foi complementada por perguntas norteadoras a fim de obter informações sobre: a) o que o participante faz diante do estressor, b) o quanto o faz (frequência) cada uma das 12 famílias de *coping*, em uma escala de 1 = *nem um pouco* a 5 = *muito*, e o participante tendo liberdade de escolher os valores intermediários, c) como faz, d) o porquê, e) o sentimento ou emoção associada, f) a avaliação da eficácia da estratégia de enfrentamento adotada (*Como isto funcionou/ajudou ?*), e g) a avaliação do pós-*coping* (*Se pudesse, o que você faria de diferente?*).

Após as perguntas destinadas às 12 famílias de *coping*, em seguida contém três perguntas relacionadas as reações emocionais (tristeza, medo e raiva), em uma escala de 1 = *nem um pouco*, 2= *um pouco*, 3= *mais ou menos*, 4= *bastante* e 5 = *muito*.

Para a aplicação deste instrumento, foi utilizado um gravador, procedimento autorizado pelos participantes.

C- Para a obtenção de indicadores ao tratamento do sobrepeso/obesidade infantil, foram aplicados os materiais/equipamentos:

5) O índice de massa corporal (IMC) é calculado dividindo o peso (em quilogramas) pela altura (em metros) ao quadrado.

Para aferir peso e altura dos participantes, foram utilizados balança portátil e estadiômetro, instrumentos estes já presentes nas salas de consultas dos ambulatórios de pediatria e endocrinologia.

D- Para obtenção dos dados clínicos das crianças em tratamento

6) Foram consultados os prontuários médicos disponibilizados pelos Ambulatórios de Pediatria e de Endocrinologia. Através do acesso aos prontuários foram coletados dados sobre informações da faixa etária, sexo, data de nascimento das crianças, telefone, nome dos pais, lista de doenças, exames laboratoriais, atendimentos em geral que a criança faz no HMCP.

3.3. Procedimento

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas, com o parecer substanciado nº 1436612, seguindo os passos:

Passo 1 – Treino dos aplicadores dos instrumentos

Foi feito um treinamento de aplicação dos instrumentos da pesquisa junto com os colaboradores (três alunos de graduação em Psicologia da PUC-Campinas).

Passo 2- Coleta de dados

No período de março a junho de 2016, foram coletados os dados no período da manhã de sexta-feira no Ambulatório de Endocrinologia, e de segunda-feira no Ambulatório de Pediatria.

Ambulatório de Endocrinologia:

Foi observado que é comum os pacientes esperarem por um longo período as consultas médicas (por variados motivos, funcionamento do ambulatório, aguardo por transporte público), diante deste fato, a aplicação desta pesquisa foi realizada na sala de espera dos respectivos ambulatórios.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa, foi feita a coleta de dados com os familiares seguindo esta sequência de instrumentos: Ficha de Caracterização do Participante; Protocolo de Entrevista sobre Enfrentamento Parental do Sobrepeso/Obesidade Infantil; PAT 2.0; CFPQ.

As crianças costumam ter peso e altura aferidos pela equipe de saúde quando comparecem nas consultas. Assim, este dado estava acessível, não havendo necessidade de medição pela pesquisadora ou colaboradores. Os participantes tiveram o peso e altura medidos pela pesquisadora ou colaboradores com os instrumentos citados acima, sendo calculado o IMC (Índice de Massa Corporal) na sala de atendimento.

Depois da aplicação dos instrumentos, os participantes receberam um *Manual Informativo sobre obesidade e alimentação saudável* (MARTINS, 2012) que consiste em orientações sobre controle do comportamento alimentar e hábitos de vida saudável. (A autorização para uso está no Anexo D)

Durante os três meses de coleta realizados no ambulatório, aproximados 118 atendimentos foram realizados, no entanto, estão englobados os diferentes tipos de atendimento médico com idosos, bebês, adultos, adolescentes. Foi observado maior predomínio de adolescentes obesos no ambulatório de Endocrinologia, fator que contribuiu para menor prevalência com crianças com a faixa etária 5-11 anos na temática da obesidade totalizando 14 famílias entrevistadas e 5 recusas apresentadas. Esta descrição consta na Figura 1.

Ambulatório de Pediatria:

Inicialmente foi feita uma pesquisa em local no período de um mês no ambulatório, porém, pela escassez de casos relacionados à obesidade/sobrepeso, foi feito um acesso a uma lista de crianças que fazem acompanhamento no respectivo ambulatório obtidas pelo serviço.

Após identificadas essas crianças, foram consultadas o número da matrícula (MV/RV) no HMCP para obter dados telefônicos das mesmas. Sendo assim, foi realizado contato via telefone com os responsáveis, convidando-os a participar da pesquisa. Em caso afirmativo, era agendada uma data e horário para comparecer ao ambulatório, sendo sempre a segunda-feira o dia específico.

De uma lista composta por 83 crianças foram obtidos contatos apenas com 32 familiares, pois muitos telefones dos participantes já não existiam ou o responsável não estava em casa no momento da ligação. Dos 32 contatos realizados tiveram 5 recusas e apenas 5 mães optaram por participar, esta situação ressalta a dificuldade de acesso à esta população (Figura 1).

A aplicação dos instrumentos foi semelhante ao realizado no Ambulatório de Endocrinologia. A única diferença era que o peso e altura da criança

foram obtidos através do acesso ao prontuário da criança, quando a criança não comparecia ao dia agendado pela pesquisadora. O motivo que a criança não poderia comparecer era pela incompatibilidade de horário, geralmente estava na escola.

Todos as aplicações foram realizadas na sala de espera dos ambulatórios de forma individual, com duração de 1h20min.

3.4 Avaliação ética de riscos e benefícios

Os procedimentos descritos ao longo do projeto respeitam a legislação sobre a pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 466/12), as normas de dezembro de 2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000) e as diretrizes do Comitê de Ética da PUC Campinas com o parecer substanciado nº 1436612 (ANEXO E). A pesquisa foi executada após a aprovação do Comitê de Ética e preenchimento e assinatura do TCLE pelo participante (APÊNDICE C).

O TCLE também seguiu essas normas e incluiu explicações sobre a natureza da pesquisa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados; esclareceu que a participação do sujeito é voluntária e que o mesmo, a qualquer momento, poderia recusar a participar da pesquisa; garantindo sigilo e privacidade.

A realização da pesquisa no Hospital e Maternidade Celso Pierro - HMCP, foi autorizado pelo hospital e pelos respectivos ambulatórios (ANEXO F).

Sendo realizada em sala de espera, a pesquisa possibilitou um preenchimento do tempo ocioso nos ambulatórios para os participantes e promoção de ações socioeducativas voltadas à obesidade infantil.

Durante a aplicação da pesquisa, o instrumento psicológico Protocolo de Entrevista sobre Enfrentamento Parental do Sobrepeso e Obesidade Infantil ganhou um caráter terapêutico, algumas mães se emocionaram, expressando suas emoções, angústias e medos.

Coube à pesquisadora¹ fazer intervenção psicológica quando necessária, fazendo orientações sobre as expressões emocionais e

¹ Psicóloga (Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2007) com aprimoramento em Psicologia Clínica (2009).

esclarecimentos que surgiram. Também onze mães foram aconselhadas a buscarem o Serviço da Clínica Escola de Psicologia da PUC-Campinas, da qual muitas desconheciam o local.

3.5 Processamento e Análise de Dados²

Os dados dos instrumentos foram inseridos em uma planilha de dados eletrônicos (Excel®), sendo submetidos à análise estatística descritiva (frequência, médias, desvio padrão, medianas, variação). Os dados foram computados e analisados pelo SPSS®.

Para analisar as possíveis relações entre os estressores do tratamento (estilo de controle parental da alimentação, riscos psicossociais da família) e seu enfrentamento (estratégias de enfrentamento e sua categorização em *coping* adaptativo e mal adaptativo) e a adesão ao tratamento (IMC, atividade física, dieta), foram utilizados testes de associação nominal de qui-quadrado, com correção do teste exato de Fischer; foram conduzidas análises ANOVA não paramétricas de Kruskal-Wallis. E por fim, correlações não paramétricas de Spearman.

O qui-quadrado é um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas. Análises ANOVA permitem avaliar afirmações sobre as médias, testando a importância de um ou mais fatores comparando as médias das variáveis de resposta em diferentes níveis dos fatores e, correlação de Spearman verifica as associações entre variáveis ordinais (ABREU; SIQUEIRA; CAIAFFA, 2009).

² Agradecimentos ao Professor Doutor Wagner de Lara Machado (Docente do Programa de Pós Graduação) pelo auxílio nas análises estatísticas

4 RESULTADOS

Procurando responder aos objetivos da pesquisa, vão ser descritos os resultados de forma quantitativa e qualitativa dos instrumentos utilizados nesta pesquisa. Serão apresentados os resultados do risco psicossocial familiar da amostra (n = 19) analisados pelo PAT 2.0, o controle parental da alimentação (N =19) pelo CFPQ, os estressores do tratamento e seu enfrentamento pelos cuidadores, usando um protocolo de entrevista motivacional do *coping*, além da descrição de um caso ilustrativo da mãe (Participante P19).

4.1 Risco psicossocial familiar de crianças em tratamento de obesidade

As 19 famílias de crianças com sobrepeso/obesidade estavam em algum nível de risco psicossocial segundo o PAT 2.0. Pelos escores obtidos no PAT 2.0, 52,6 % das famílias foram referidas como Alvo para intervenção; 26,3 % das famílias em risco *Universal* e, 21,1% dos participantes encontra-se sob risco Clínico (Figura 2).

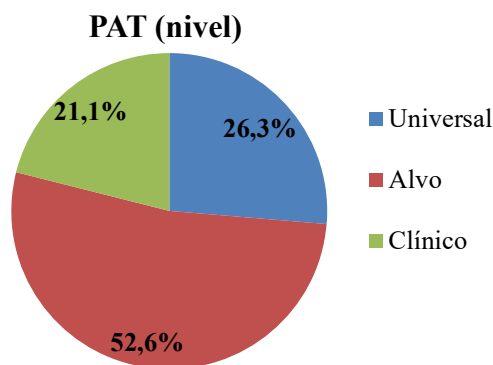


Figura 2. Classificação do risco Psicossocial familiar de crianças obesas (N = 19).

O resultado do PAT 2.0 indica um escore geral que orienta em qual categoria de risco psicossocial a criança se encontra. Há três categorias indicativas de risco: Universal; Alvo; Clínico. De acordo com as definições apresentadas por Pai (2008), o grupo Alvo, correspondente à 52,6% dos participantes da amostra (n = 10), inclui uma população que apresenta alguns recursos para suporte psicossocial, porém há também a presença de fatores de risco, como, por exemplo, o estresse parental, que convergem em risco para o paciente. Frente às

adversidades vivenciadas por este grupo, sugere-se intervenções focadas em sintomas apresentados pela criança e/ou pelo cuidador, com o objetivo de aumentar o ajustamento de ambos, além de melhorar a adesão ao tratamento. O monitoramento do nível de estresse também deve ser realizado para melhores planejamentos de intervenções (PAI, 2008).

O grupo Universal, correspondente a 26,3% da amostra (n = 5), indica baixo risco psicossocial para a criança e rede de suporte adequada, apesar de poder apontar para alguns fatores estressores que são transitórios e, geralmente, conscientes. Para esta população, recomenda-se intervenções de educação em saúde, com foco no enfrentamento do impacto do diagnóstico e tratamento da doença.

A categoria Clínico, composta por 21,1% dos participantes (n = 4), é formada por cuidadores que apresentam poucos recursos para suporte psicossocial, além de diversas dificuldades já instaladas, além de estresse crônico. É o grupo de maior risco, e este contexto é compreendido como pouco provável de ofertar o ajustamento e adesão ao tratamento caso não passe por intervenções. Estas devem ser ofertadas por profissionais de saúde, tanto do âmbito social quanto do âmbito da saúde mental, que auxiliem na modificação dos comportamentos alvo, preferencialmente por equipe multiprofissional (PAI, 2008).

Na Tabela 1, foram analisados os sete domínios de risco do PAT 2.0: Estrutura Familiar e Recursos, Suporte Social, Problemas com as Crianças, Problemas dos irmãos, Problemas da família, Reações de estresse dos pais e Crenças familiares. O domínio que apresentou maior média foi Problemas da Criança. Os domínios Suporte Social e Estrutura Familiar e Recursos também se destacaram com média elevada. (O APÊNDICE E apresenta a classificação de risco para cada família e os fatores do PAT 2.0).

Entre os domínios citados de maior prevalência nesta pesquisa, se destacam Problemas da Criança e Suporte Social. O domínio Problemas da Criança compreende os determinantes de risco psicossocial por apresentar preocupação ou necessitar de ajuda profissional para o paciente. Em relação ao Suporte Social são determinantes de risco possuir ninguém para os cuidados de variadas formas.

Tabela 1. Domínios de risco psicossocial familiar de crianças em tratamento para obesidade (N = 19).

Subescalas do PAT	N	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Estrutura familiar e recursos	19	.2642	.1610	.2900	.0000	.4300
Suporte social	19	.2763	.4074	.0000	.0000	1.0000
Problemas da criança	19	.3474	.1382	.3300	.1100	.5600
Problemas dos irmãos	19	.0953	.1081	.0600	.0000	.3300
Problemas da família	19	.1947	.1615	.1000	.0000	.7000
Reações de stress dos pais	19	.1368	.1770	.0000	.0000	.6000
Crenças familiares	19	.2163	.0937	.1700	.0800	.4200
Escore total	19	1.4753	.6624	1.4400	.5600	3.3300

Na Tabela 2, foi feita uma comparação entre o peso dos familiares e o nível de risco psicossocial e observa-se que o grupo de risco Alvo apresenta maior índice de cuidadores com obesidade (n = 5), sobrepeso (n = 3) e peso normal (n = 2).

Tabela 2. Relação entre os pesos dos cuidadores e nível de risco PAT 2.0 (N=19).

	Universal (n)	Alvo (n)	Clínico (n)	Participantes (n)
Peso normal	-	2	-	2
Sobrepeso	2	3	-	5
Obesidade	3	5	4	12

Na Tabela 3, descreve os domínios de risco comparados aos níveis do PAT 2.0. As famílias em maior risco psicossocial – Clínico – se diferenciam das demais, com menor risco, na média geral do PAT e especialmente em relação ao suporte social, problemas na estrutura familiar e recursos, problemas na família e com a criança.

Tabela 3. Relações entre as subescalas do PAT e nível de risco psicossocial familiar (N = 19).

Subescalas (PAT)	PAT (nível)	N	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	P-valor
Estrutura familiar e recursos	Universal	5	0.086	0.129	0.000	0.000	0.290	*0,021
	Alvo	10	0.315	0.133	0.360	0.140	0.430	
	Clínico	4	0.360	0.081	0.360	0.290	0.430	
Suporte social	Universal	5	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	*0,002
	Alvo	10	0.150	0.269	0.000	0.000	0.750	
	Clínico	4	0.938	0.125	1.000	0.750	1.000	
Problemas da criança	Universal	5	0.222	0.087	0.220	0.110	0.330	*0,051
	Alvo	10	0.394	0.135	0.440	0.170	0.560	
	Clínico	4	0.388	0.120	0.415	0.220	0.500	
Problemas dos irmãos	Universal	5	0.100	0.099	0.110	0.000	0.220	0.807
	Alvo	10	0.106	0.115	0.085	0.000	0.330	
	Clínico	4	0.063	0.125	0.000	0.000	0.250	
Problemas da família	Universal	5	0.080	0.045	0.100	0.000	0.100	*0,030
	Alvo	10	0.190	0.099	0.200	0.100	0.400	
	Clínico	4	0.350	0.265	0.300	0.100	0.700	
Reações de estresse dos pais	Universal	5	0.080	0.110	0.000	0.000	0.200	0.514
	Alvo	10	0.140	0.212	0.000	0.000	0.600	
	Clínico	4	0.200	0.163	0.200	0.000	0.400	
Crenças familiares	Universal	5	0.184	0.090	0.170	0.080	0.330	0.577
	Alvo	10	0.218	0.090	0.210	0.080	0.420	
	Clínico	4	0.253	0.118	0.210	0.170	0.420	
Escore total	Universal	5	0.752	0.138	0.800	0.560	0.880	*0,000
	Alvo	10	1.511	0.287	1.485	1.030	1.940	
	Clínico	4	2.290	0.774	2.175	1.480	3.330	

Nota: Foi realizado teste de normalidade para cada grupo PAT (nível). Para as variáveis com distribuição normal “Problemas da criança”, “Crenças familiares” e “Escore total” foi utilizada a ANOVA, para as demais se usou o teste Kruskal-Wallis.

Também foram feitas relações entre as variáveis desta pesquisa, inicialmente realizadas as relações entre o risco psicossocial familiar dos cuidadores.

Na Tabela 4, foi feita uma análise do PAT (nível) com as categorias sociodemográficas das mães das crianças e nota-se que existe uma relação entre os níveis de risco psicossocial PAT (nível) e o estado civil da mãe ($p = 0.018$), indicando que as mães que são solteiras encontram-se em domínio de maior risco psicossocial, sendo referidas como casos Alvo (42,9%) e Clínico (57,1%).

Tabela 4. Relação entre PAT (nível) e categorias sociodemográficas das mães de crianças em tratamento de obesidade (N = 16).

		PAT (nível)						N	p-valor
		Universal		Alvo		Clínico			
		n	%	n	%	n	%		
Gênero (criança)	Menino	3	25,0	6	50,0	3	25,0	12	1,000
	Menina	2	28,6	4	57,1	1	14,3		
Atividade física (criança)	Não	1	14,3	4	57,1	2	28,6	7	0,689
	Sim	4	33,3	6	50,0	2	16,7		
Peso (mãe)	Peso normal	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	0,154
	Sobrepeso	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	
	Obesidade grau I	2	40,0	3	60,0	0	0,0	5	
	Obesidade grau II	1	25,0	0	0,0	3	75,0	4	
	Obesidade grau III	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	
Escolaridade (mãe)	Ensino fundamental incompleto	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3	3	0,208
	Ensino fundamental	0	0,0%	2	50,0%	2	50,0	4	
	Ensino médio incompleto	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0	2	
	Ensino médio	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0	6	
	Ensino superior incompleto	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0	1	
Estado civil (mãe)	Solteira	0	0,0	3	42,9	4	57,1	7	*0,018
	Em relacionamento	4	44,4	5	55,6	0	0,0	9	
Trabalho (mãe)	Não	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	0,774
	Sim	3	23,1	6	46,2	4	30,8	13	
Atividade física (mãe)	Não	1	11,1	4	44,4	4	44,4	9	0,117
	Sim	3	42,9	4	57,1	0	0,0%	7	

Nota: Teste exato de Fisher usado em cada uma das comparações bivariadas; * $p \leq 0,05$ = significativo.

Os resultados da Tabela 5 indicaram haver uma associação entre a atividade física da mãe e das crianças, sendo em ambos os grupos mais frequentes os pares com perfil semelhante de atividade física, $X^2 (1) = 7,5$, $p = 0,006$, Significância corrigida pelo Teste Exato de Fisher = 0,01, com tamanho de efeito de Phi = 0,68 indicando que existe uma relação positiva e moderada-alta entre a atividade física da mãe e do filho. (Este resultado foi obtido através da Ficha de Caracterização - APÊNDICE A).

Tabela 5. Relação entre atividade física praticada pela mãe e a criança.

		Atividade física (mãe)		Total	
		Não	Sim		
Atividade física (criança)	Não	N	6	0	6
		%	100.0	0.0	100.0
	Sim	N	3	7	10
		%	30.0	70.0	100.0
Total	N	9	7	16	
	%	56.2	43.8	100.0	

Nota: Teste exato de Fisher usado em cada uma das comparações.

As informações contidas na Tabela 6 foram extraídas do instrumento PAT 2.0 e, os resultados evidenciaram que a minoria não apresenta dificuldade financeira (N=5). Os aspectos principais são pagamentos de contas de luz/telefone/água (N=8), seguidos de cuidados com criança (N=6) e alimentação (N=6). Foi observado que os gastos com creche/escola e cuidador/babá não foram apresentados.

Tabela 6. Dificuldades financeiras dos familiares (N=19)

Dificuldades Financeiras	n
Nenhuma	5
Contas de luz/telefone/agua	8
Cuidados com a criança	6
Aluguel/Financiamento	5
Creche/Escola	0
Alimentação	6
Cuidador/Babá	0
Transporte	1
Despesas Médicas	1

4.2 Controle parental da alimentação

Em relação ao controle parental de alimentação das crianças obesas deste estudo, através dos resultados do instrumento CFPQ, nota-se que as estratégias de controle alimentar de maior frequência foram: Incentivo a experimentação e consumo saudável; Restrição de Escolha Quantitativa e Qualitativa de Alimentos; Modelagem Parental e as menos frequentes foram Controle emocional pela comida e Uso da Comida como recompensa (Tabela 7).

A estratégia Incentivo à experimentação e consumo saudável descreve o quanto os pais permitem que a criança controle o seu comportamento alimentar e as interações de alimentação entre ela e os pais. Outra estratégia que se destacou como alto índice nesta amostra foi Restrição de Escolha Quantitativa e Qualitativa de alimentos, este fator descreve o quanto os pais relatam restringir ou controlar a alimentação de seus filhos, para manter a saúde e o peso. Já a

Modelagem Parental descreve o quanto os pais relatam servir de modelo à criança em relação ao consumo de alimentos saudáveis (Tabela 7).

Tabela 7. Estratégias de controle parental de alimentação de crianças em tratamento de obesidade (N = 19).

Estratégias de Controle Parental de Alimentação	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Incentivo à experimentação e consumo saudável	4,75	0,6	5,0	2,5	5,0
Restrição de escolha quantitativa e qualitativa de alimentos	4,13	0,8	4,6	2,5	5,0
Modelagem parental	4,03	1,2	4,8	1,0	5,0
Controle ao acesso de alimentos não saudáveis	3,58	1,4	4,0	1,0	5,0
Envolvimento da criança com a refeição da família	3,36	1,1	3,8	1,8	4,8
Permissividade e controle infantil para comer	2,75	0,9	2,4	1,8	5,0
Pressão para comer	1,74	1,0	1,3	1,0	4,5
Uso da comida como recompensa	1,67	0,9	1,0	1,0	3,8
Controle emocional pela comida	1,10	0,3	1,0	1,0	2,0

No Tabela 8, foi feita uma comparação entre o controle parental dos cuidadores e o nível de risco psicossocial e nota-se que o Incentivo a experimentação e consumo saudável foi a estratégia de controle alimentar mais utilizada em todos os níveis de risco.

Tabela 8. Estratégias de controle alimentar e relação entre os níveis de risco PAT 2.0 (N = 19).

Nível Risco PAT 2.0	Controle Alimentar	n
Universal	Incentivo a experimentação e consumo saudável	05
Alvo	Incentivo a experimentação e consumo saudável	09
Clínico	Incentivo a experimentação e consumo saudável	04

O teste Post Hoc de Games-Howell revelou algumas diferenças dentro dos grupos quando se considera que as variâncias são heterogêneas, o teste de homogeneidade de variâncias do Fator Uso da comida como recompensa do CFPQ ficou no limite de significância estatística ($p = 0,052$), mas se usarmos a correção de Bonferroni, não existe diferença de médias ($p = 0,319$ entre Alvo X Clínico e $p = 1,000$ entre Alvo X Universal). Assim, o maior uso de comida como recompensa por parte das famílias em risco psicossocial Clínico não apresenta diferença significativa com os níveis anteriores (Figura 3).

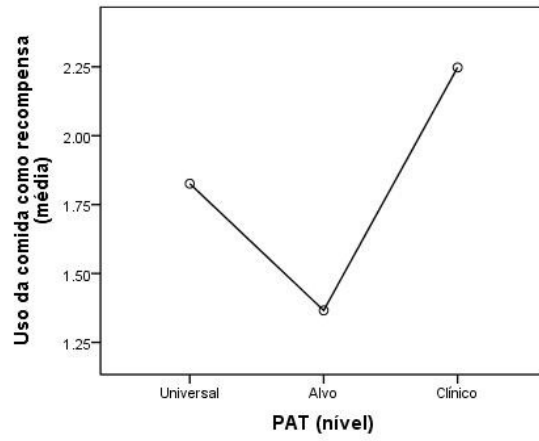


Figura 3. Relação entre Uso da Comida como recompensa CFPQ e Risco Psicossocial familiar de crianças obesas (N = 19).

Tabela 09. Relações entre os fatores do controle Alimentar (CFPQ).

		PAT	Modelagem parental	Restrição de escolha quantitativa e qualitativa de alimentos	Controle ao acesso de alimentos não saudáveis	Controle emocional pela comida	Pressão para comer	Envolvimento da criança com a refeição da família	Uso da comida como recompensa	Permissividade e controle infantil comer	Incentivo à experimentação e consumo saudável
PAT	Corr	1,000									
	p										
Modelagem parental	Corr	-,300	1,000								
	p	,213									
Restrição de escolha quantitativa e qualitativa de alimentos	Corr	,142	,669	1,000							
	p	,563	*0,002								
Controle ao acesso de alimentos não saudáveis	Corr	-,036	,575	,631	1,000						
	p	,882	*0,010	*0,004							
Controle emocional pela comida	Corr	-,150	,329	,033	,348	1,000					
	p	,539	,170	,894	,144						
Pressão para comer	Corr	-,185	-,363	-,184	-,139	-,281	1,000				
	p	,448	,127	,452	,572	,243					
Envolvimento da criança com a refeição da família	Corr	-,488	,280	,034	,098	,117	-,187	1,000			
	p	*0,034	,245	,890	,691	,633	,443				
Uso da comida como recompensa	Corr	,226	-,023	,080	-,103	-,354	,369	-,155	1,000		
	p	,353	,927	,743	,674	,137	,121	,527			
Permissividade e controle infantil comer	Corr	-,112	,239	,009	-,363	,142	-,218	-,023	,255	1,000	
	p	,648	,325	,971	,126	,561	,370	,925	,291		
Incentivo à experimentação e consumo saudável	Corr	-,084	,379	,203	,154	-,034	,204	-,139	,244	,011	1,000
	p	,734	,110	,404	,528	,890	,402	,569	,314	,963	

Nota: * $p \leq 0,05$ = significativo pelo teste de correlação de Spearman

Nos resultados da Tabela 9, existe correlação:

a. Moderada e inversa entre PAT e envolvimento da criança com a refeição da família, indicando que, quanto maior o risco psicossocial familiar, menor é o envolvimento da criança com as refeições em família.

b. Moderada e direta entre a modelagem parental e a restrição da escolha quantitativa e qualitativa de alimentos;

c. Moderada e direta entre o controle ao acesso de alimentos não saudáveis e a modelagem parental;

d. Moderada e direta entre o controle ao acesso de alimentos não saudáveis e a restrição de escolha quantitativa e qualitativa de alimentos.

4.3 Coping da obesidade infantil pelos familiares

Para analisar o enfrentamento dos familiares em relação ao tratamento da obesidade, foram identificados os principais estressores, com base na seguinte questão – *“Considerando a situação de ter que cuidar de seu filho, ou da criança que você cuida, com problemas de sobrepeso ou obesidade, você poderia me dar exemplos de suas dificuldades”*.

As maiores fontes de estressores citadas pelos familiares são sete: controle alimentar; o filho não fazer atividade física; não achar vestimenta para a criança; preocupação com o *bullying* e estado de saúde da criança; lidar com o comportamento ansioso da criança; preocupação com o peso e falta de apoio familiar.

A dificuldade apresentada pelas participantes P5, P9, P10, P11, P17, P18, consistiu em lidar com o controle alimentar, conforme verbalizações:

Controle Alimentar
<p><i>“ A maior dificuldade é você controlar as coisas que ele gosta de comer, né? Ele gosta de massa, se puder comer pizza, lasanha. Eu tive que diminuir a quantidade uma vez por mês, para evitar que ele coma bastante”</i> (P5 – mãe, 43 anos)</p> <p><i>“Controlá-la, estar sempre vigiando, nem sempre eu estou lá para vigiar”</i> (P11 – mãe, 41 anos)</p> <p><i>Alguns alimentos que saem mais caros do que a gente consumiria, isso é um problema para a gente (...) porque tem muita coisa também que ele não come, daí já é mais difícil de cuidar (...) ele não come integral, é bem mais difícil de fazer”</i> (P10 – mãe, 41 anos)</p> <p><i>“ (...) refeição mais saudável mais difícil, ela não come e eu também não. É difícil fazer a alimentação que os médicos querem”</i> (P9 – mãe, 45 anos)</p> <p><i>“Dificuldade de regular a alimentação dele, ele come escondido, enquanto estou no trabalho”</i> (P17 – mãe, 46 anos)</p> <p><i>“Maior dificuldade é de controlar o que tem em casa, eu não controlo. Agora, vai depender de mim, iniciou o atendimento agora com a endocrinologista”</i> (P18 - 37 anos)</p>

As dificuldades apresentadas pelas participantes P1 e P4 consiste no controle alimentar e pelo fato da criança não fazer atividade física, de acordo com os seguintes relatos:

Não fazer atividade física
<p><i>“ Atividades físicas e alimentação correta”</i> (P1 – mãe, 28 anos)</p> <p><i>“Tudo é difícil ... em relação a comida, fazer exercício, tudo difícil controlar”</i> (P4 – mãe, 41 anos)</p>

As participantes P2, P3, P9, P13 perceberam a dificuldade de achar vestimenta para as crianças, devido ao aumento de peso dos filhos. Encontrar tamanhos maiores em confecção infanto-juvenil e a falta de padronização na numeração dificultam o acesso ao uso. Esta preocupação pode ser constatada nos relatos:

Dificuldade de achar vestimenta
<p><i>“ (...) parte de vestimenta, perde rápido roupa”</i> (P2 – mãe, 27 anos)</p> <p><i>“(...) roupa é difícil de comprar para ela”</i> (P3 – mãe, 41 anos)</p> <p><i>“Comprar roupa para meu filho (...)”</i> (P9 – mãe, 45 anos)</p> <p><i>“Comprar roupa, ela incha muito, ela usa tamanho 44, tamanho de adulto”</i> (P13 – mãe, 38 anos)</p>

A preocupação com o *bullying* foi citada pelas participantes P3 e P14, como se vê nos relatos a seguir (Quadro 08):

Bullying
<p><i>" (...) povo chama ela de baleia, ela fica chateada"</i> (P3 – mãe, 41 anos)</p> <p><i>"É difícil ... fico triste porque ela às vezes chega chorando em casa, porque xingam ela na escola de gordinha"</i> (P14 – mãe, 41 anos)</p>

As participantes P2, P3, P7 P12 relataram preocupação com o estado de saúde do filho devido às consequências da obesidade. P7 tem filho com Síndrome de Prader Willi, que consiste em síndrome genética associada à obesidade, esta síndrome possui uma deficiência de hormônio de crescimento (DGH) determinando um menor crescimento da estatura e alterações metabólicas desfavoráveis (BURMAN et al., 2001). P12 tem filho com deformação na perna, agravando o estado físico com a obesidade.

Estado de saúde da criança
<p><i>" Fica cansado por qualquer motivo, se cansa a todo momento"</i> (P2 – mãe, 27 anos)</p> <p><i>"Tenho medo de doença, medo de ficar doente, colesterol, pressão alta, já teve situações"</i> (P3 – mãe, 41 anos)</p> <p><i>"A maior dificuldade é as dores que ele sente nas pernas e no pé, porque já é devido a síndrome, o pé e a mão é menor, então por causa do peso ele sente mais dor, faz mais força"</i> (P7- mãe, 33 anos)</p> <p><i>"Para ele ir em lugares mais longe, ele tem dor. Os ossos da perna dele estão envergando, mas os médicos ainda não sabem o que é"</i> (P12 – mãe, 38 anos)</p>

O comportamento ansioso dos filhos é umas dificuldades relatadas pelas participantes P9 e P15, como se vê nos relatos:

Comportamento Ansioso da Criança
<p><i>"Alta ansiedade, quer comer toda hora. Toma remédio Fluoxetina, faz dois anos que toma remédio"</i> (P9 – mãe, 45 anos)</p> <p><i>"Ansiedade dele, é muito ansioso ... eu também sou ansiosa, não vejo resultados e acabo desistindo"</i> (P15 – mãe, 27 anos)</p>

A preocupação com o peso da criança foi citada pelo participante P16, de acordo com a verbalização:

Dificuldade de perder peso
<i>"Dificuldade de perder peso, ela não perde, de ganhar é fácil"</i> (P16- pai, 46 anos)

A falta de apoio familiar foi relatada apenas pela participante P15, conforme citação:

Falta de apoio familiar
<i>"Falta de colaboração da família, povo não vê isso como doença, é difícil"</i> (P15- mãe, 27 anos)

Após apresentada uma análise qualitativa dos estressores do tratamento da obesidade infantil relatada pelos familiares, foi feita uma análise descritiva para verificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares (Tabela 10).

Tabela 10. Estratégias de Enfrentamento do tratamento da obesidade infantil, pelos familiares (N = 17).

Necessidades básicas	Estratégias de Enfrentamento	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	Média do grupo	
Percepção do estressor como desafio								
	Adaptativas							
Relacionamento	Autoconfiança	3,94	1,0	4,0	1,0	5,0	3,53	
Competência	Resolução de problemas	3,88	1,4	5,0	1,0	5,0		
Relacionamento	Busca de suporte	3,82	1,2	4,0	1,0	5,0		
Competência	Busca de informação	3,65	1,5	4,0	1,0	5,0		
Autonomia	Acomodação	3,35	1,6	3,0	1,0	5,0		
	Negociação	2,53	1,4	3,0	1,0	5,0		
Percepção do estressor como ameaça								
	Mal Adaptativas							
Autonomia	Oposição	3,12	1,9	4,0	1,0	5,0	2,02	
	Submissão	2,94	1,7	3,0	1,0	5,0		
Competência	Fuga	1,76	1,5	1,0	1,0	5,0		
	Desamparo	1,69	1,3	1,0	1,0	5,0		
Relacionamento	Delegação	1,29	0,7	1,0	1,0	3,0		
	Isolamento	1,29	0,8	1,0	1,0	4,0		
	Reações Emocionais							
	Tristeza	3,18	1,8	3,0	1,0	5,0	2,84	
	Medo	2,88	1,9	3,0	1,0	5,0		
	Raiva	2,47	1,7	1,0	1,0	5,0		

Nota: Escala: 1 = nem um pouco 2 = um pouco 3 = mais ou menos 4 = bastante 5 = muito.

Através dos dados obtidos do Protocolo de Entrevista sobre Enfrentamento parental do Sobrepeso e Obesidade Infantil baseado no MCT-12, foi possível identificar as estratégias de enfrentamento mais usadas pelos familiares: *Autoconfiança*, *Resolução de Problemas*, *Busca de Suporte*, *Busca de Informação*, todas adaptativas, e as menos frequentes foram *Delegação* e *Isolamento*, ambas são mal adaptativas. Em relação às reações emocionais mais relatadas pelos responsáveis, nota-se que a Tristeza foi a mais citada e a menos referenciada foi a Raiva. As estratégias de enfrentamento adaptativas foram as mais frequentes (Tabela 10).

Na figura 4, o teste Post Hoc de Games-Howell revelou que a média de PAT 2.0 no nível Clínico é estatisticamente superior à média no nível Alvo para o *Coping* Não Adaptativo de Oposição ($p = 0.012$). Isto significa que família em risco psicossocial Clínico apresenta maior frequência de estratégia de enfrentamento mal adaptativa de oposição, como uma reação à percepção de ameaça à necessidade de Autonomia do familiar

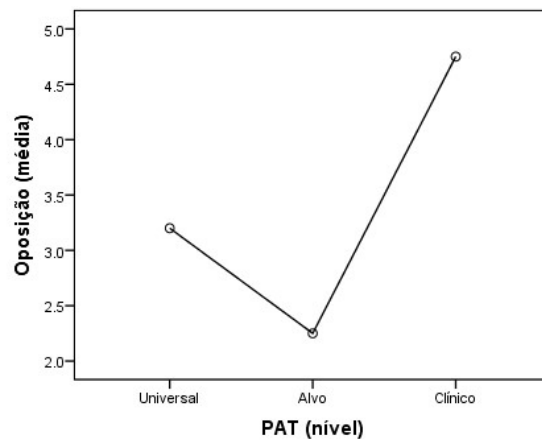


Figura 4. Relação entre Estratégia de Enfrentamento Oposição e Risco Psicossocial crianças obesas (N =19).

Tabela 11. Relações ente as estratégias de enfrentamento e PAT 2.0.

		PAT (nível)	Autocon- fiança	Busca de suporte	Resoluçã o de problema s	Busca de informaçã o	Acomodaç ão	Negociaç ão	Delegaç ão	Isolament o	Desampa ro	Fuga	Submiss ão	Oposiçã o	Tristeza	Medo	Raiva
PAT (nível)	Corr	1,000															
Autoconfiança	Corr	-,330	1,000														
	p	,195															
Busca de suporte	Corr	-,153	-,227	1,000													
	p	,558	,381														
Resolução de problemas	Corr	-,154	-,241	,934	1,000												
	p	,554	,352	*,000													
Busca de informação	Corr	-,419	-,049	,902	,849	1,000											
	p	,094	,852	*,000	*,000												
Acomodação	Corr	,059	,111	,347	,220	,246	1,000										
	p	,823	,671	,172	,395	,341											
Negociação	Corr	-,048	-,619	,074	,124	,154	-,560	1,000									
	p	,855	*,008	,779	,637	,555	*,019										
Delegação	Corr	-,376	,107	-,082	-,088	,030	,009	-,279	1,000								
	p	,137	,683	,756	,738	,911	,974	,279									
Isolamento	Corr	,267	-,479	-,166	-,127	-,436	-,155	,027	-,168	1,000							
	p	,301	,052	,525	,628	,080	,552	,917	,519								
Desamparo	Corr	,442	-,150	-,192	-,333	-,258	,138	-,140	-,273	,271	1,000						
	p	,087	,578	,477	,207	,335	,611	,604	,307	,311							
Fuga	Corr	,263	-,381	-,229	-,175	-,386	-,505	,393	-,253	,618	-,045	1,000					
	p	,308	,131	,376	,501	,126	*,039	,118	,327	*,008	,870						
Submissão	Corr	,022	-,224	,256	,164	,311	,014	,225	,051	,027	,043	,088	1,000				
	p	,932	,387	,321	,530	,224	,958	,385	,845	,918	,875	,736					
Oposição	Corr	,260	,117	-,607	-,404	-,533	-,371	-,130	,033	,227	,230	,239	,033	1,000			
	p	,313	,654	*,010	,107	*,028	,143	,618	,901	,382	,391	,355	,900				
Tristeza	Corr	,096	,193	-,401	-,272	-,406	-,274	-,125	-,180	,228	,089	,148	-,223	,256	1,000		
	p	,715	,458	,111	,291	,106	,287	,632	,490	,379	,743	,570	,389	,322			
Medo	Corr	,253	-,462	,538	,669	,408	,199	,204	-,099	,017	-,162	-	,306	-,035	-,214	1,000	
	p	,328	,062	*,026	*,003	,104	,443	,433	,706	,950	,548	,425	,232	,893	,410		
Raiva	Corr	,382	-,050	-,309	-,126	-,401	,094	,010	-,412	,077	,107	-	-,319	,229	,508	,337	1,000
	p	,131	,848	,227	,630	,111	,721	,968	,101	,770	,692	,617	,211	,376	*,037	,186	

Nota: *p ≤ 0,05 = significativo pelo teste de correlação de Spearman.

Nos resultados da Tabela 11, existe correlação:

a. Muito alta entre a Resolução de problemas e a Busca de informação com a Busca de Suporte, indicando que a necessidade de Competência pode ser satisfeita também com a Busca de Suporte, reforçando os laços afetivos;

b. Alta entre a Busca de informação e a Resolução de problemas, indicativo de percepção dos estressores como um desafio, sendo ambas as estratégias relacionadas à satisfação da necessidade de Competência;

c. Moderada e inversa entre a Negociação e Autoconfiança e entre a Negociação e Acomodação, indicando a dificuldade dos cuidadores para negociar nesse contexto de tratamento da obesidade, dificultando apresentar respostas mais adaptativas relacionadas à autoconfiança e à aceitação da situação;

d. Moderada e inversa entre a Fuga e Acomodação e moderada direta entre a Fuga e o Isolamento, indicando uma percepção de ameaça à necessidade de competência para lidar com a situação, associando-se ao isolamento social e inversamente à aceitação ou à reestruturação da situação;

e. Moderada e inversa entre a Oposição e a Busca de suporte e a Busca de informação, mostrando que comportamento opositores não favorecem a necessidade de competência para lidar com a situação e nem a ligação afetiva com a criança;

f. Moderada e direta entre o medo e a Busca de suporte, sugerindo que lidar com o tratamento da obesidade é percebido como uma ameaça à necessidade de ligação afetiva da mãe em relação à criança;

g. Moderada-alta entre o medo e a Resolução de problemas, de forma que a reação emocional dificulta a competência do cuidador para lidar com o tratamento da obesidade;

h. Moderada e direta entre a raiva e a tristeza, mostrando que a base emocional do *coping* dos cuidadores está centrada em afeto negativo, dificultando um enfrentamento mais adaptativo à situação de intervenção na obesidade infantil.

No Quadro 3, há uma síntese das estratégias de enfrentamento dos cuidadores segundo o nível de risco psicossocial familiar.

Quadro 3. Síntese das relações entre os níveis de risco e estressores.

Nível de Risco Psicossocial	Universal (n = 5)	Alvo (n = 10)	Clínico (n = 4)
Peso do cuidador	Obesidade	Obesidade	Obesidade
Estressores	Filho não fazer atividade física, Dificuldade de achar roupa para ele.	Controle Alimentar	Dificuldade de achar o tamanho de roupa para o filho Estado de saúde da criança
Coping Adaptativo	Autoconfiança (desafio ao Relacionamento)	Autoconfiança e Busca de Suporte (desafio ao Relacionamento); Resolução de Problemas e Busca de Informação (desafio à Competência)	Autoconfiança (desafio ao Relacionamento); Resolução de Problemas (desafio à Competência)
Coping mal adaptativo	Oposição	Submissão	Oposição
Reações emocionais	Tristeza	Tristeza e medo	Medo
Controle Alimentar	Incentivo à experimentação e consumo saudável	Incentivo à experimentação e consumo saudável	Incentivo à experimentação e consumo saudável

4.4 Resumo dos resultados

A Tabela 12 resume os principais resultados do estudo de cada família da amostra. Considerando os principais resultados encontrados nesta amostra de 19 cuidadores de crianças em tratamento ambulatorial por obesidade, tem-se:

a) 17 familiares apresentam quadro de sobrepeso ou obesidade, acompanhando os filhos;

b) Todas as famílias da amostra estão em risco psicossocial, especialmente em nível de referência para serem “Alvo” de intervenção e em nível “clínico” (73,7% da amostra);

c) Há mais famílias em risco psicossocial que as refere como sendo “Alvo” para intervenção com profissionais (n = 52,6%), indicando estarem em situação de estresse;

d) 21,1% das famílias em alto risco psicossocial, referidas em nível Clínico de intervenção;

e) As áreas em que apresentam maior risco psicossocial são: suporte social, problemas na estrutura familiar e recursos, problemas na família e problemas com a criança;

f) Mães solteiras apresentam maior nível de risco psicossocial;

g) Há correlações significativas positivas entre a mãe praticar atividade física e a criança;

h) O controle parental da alimentação se caracteriza, segundo relato dos familiares, como de Incentivo à experimentação e consumo saudável; Restrição de Escolha Quantitativa e Qualitativa de Alimentos; Modelagem Parental;

i) Os estressores mais comuns a essas famílias são: controle alimentar; o filho não fazer atividade física; não achar vestimenta para a criança; preocupação com o *bullying* e estado de saúde da criança; lidar com o comportamento ansioso da criança; preocupação com o peso e falta de apoio familiar;

j) Os estressores são percebidos mais como desafio à necessidade de Relacionamento, seguido da necessidade de Competência e, por fim, à de Autonomia;

k) As famílias lidam com os estressores da condição de obesidade dos filhos com estratégias de enfrentamento mais adaptativas, interpretando os estressores como desafio, apresentando estratégias de enfrentamento de Resolução de problema e Busca de Informação, relacionadas à necessidade de Competência, e Autoconfiança e Busca de Suporte Social, atendendo à necessidade de Relacionamento;

l) As reações emocionais frente ao problema da obesidade do filho se caracterizam por tristeza e medo;

m) As famílias referidas como alvo por risco psicossocial familiar lidam com o estresse da obesidade do filho com maior número de estratégias de enfrentamento, condição que favorece a intervenção;

n) Famílias em maior risco psicossocial se relacionam a: mãe solteira; problemas no suporte social, na estrutura familiar e recursos e problemas com a criança; enfrentamento da situação com estratégias de oposição, com reações emocionais de tristeza e medo, percebendo os estressores como uma ameaça à sua necessidade de autonomia; filhos com menos envolvimento com as refeições

na família; maior dificuldade de controle alimentar, uso da comida como recompensa, estando em condições de estresse crônico, com menor probabilidade de adesão ao tratamento e exigindo intervenções multiprofissionais com profissionais de saúde, no âmbito social e de saúde mental.

Tabela 12. Caracterização de cada família da amostra (N=19).

Participantes	Idade	Estado Civil	Número de filhos	Parentesco	IMC cuidador	IMC criança	Risco psicossocial familiar	Controle parental da alimentação	Estressores	Coping do tratamento da obesidade infantil
P1	28	Solteira	1	Mãe	37,70 (O)	22,99 (O)	Clínico	IE	1	a
P2	27	Relação Estável	2	Mãe	32,04 (O)	24,03 (O)	Universal	IE	2, 3	a, b
P3	41	Solteira	1	Mãe	35,76 (O)	24,88 (O)	Clínico	MP, IE	2, 3, 4	c
P4	41	Casada	--	Mãe	36,46 (O)	23,56 (O)	Universal	MP, IE	1	c
P5	43	Relação estável	2	Mãe	29,07 (S)	22,50 (O)	Universal	IE	5	c
P6	30	Relação estável	2	Pai	31,54 (O)	21,83 (S)	Alvo	IE	--	--
P7	33	Solteira	2	Mãe	31,16 (O)	36,28 (O)	Alvo	RE	3	d, a, b
P8	34	Casada	--	Irmã	28,91 (S)	35,20 (O)	Alvo	MP	--	--
P9	45	Separada	1	Mãe	35,20 (O)	28,36 (O)	Clínico	IE	5, 2, 6	c
P10	41	Casada	3	Mãe	31,95 (O)	23,91 (O)	Alvo	P	5	e
P11	41	Solteira	3	Mãe	32,05 (O)	31,50 (O)	Alvo	MP, IE	5	c
P12	38	Casada	2	Mãe	27,60 (S)	32,51 (O)	Alvo	MP, IE	3	c, d, a, b, e
P13	38	Relação estável	1	Mãe	31,48 (O)	24,95 (O)	Universal	IE	2	d, a, b
P14	34	Casada	2	Mãe	42,29 (O)	26,12 (O)	Alvo	MP, IE	4	c, d, a, b, f
P15	27	Casada	1	Mãe	29,16 (S)	30,38 (O)	Alvo	MP, IE, P	6, 7	c, d, a, b
P16	46	Casado	2	Pai	26,35 (S)	26,71 (O)	Universal	MP e IE, RE, CA	8	c, d, a, b, e
P17	46	Casada	2	Mãe	23,63 (PN)	25,63 (O)	Alvo	MP e IE	5	d, a, b
P18	37	Solteira	2	Mãe	24,12 (PN)	27,17 (O)	Alvo	IE	5	d, a, b, e
P19	34	Solteira	2	Mãe	40,35 (O)	21,49 (S)	Clínico	IE	--	d, a, b, e

Nota: O= Obesidade; S= Sobrepeso PN= Peso Normal; CA= Controle ao acesso de alimentos; IE= Incentivo à Experimentação e consumo saudável; MP= Modelagem Parental; P= Permissividade e controle infantil; RE= Restrição de escolha quantitativa e qualitativa de alimentos.

*Os participantes P6 e P8 não foram submetidos ao Protocolo de Enfrentamento de Coping.

Estressores: 1. A criança não fazer atividade física; 2. Dificuldade de achar vestimenta para a criança; 3. Estado de saúde da criança; 4. Bullying; 5. Controle alimentar; 6. Comportamento ansioso da criança; 7. Falta de apoio familiar; 8. O filho ter dificuldade de perder peso.

Coping do tratamento da obesidade infantil: a. Resolução de Problema; b. Busca de Informação; c. Autoconfiança; d. Busca de Suporte ; e Acomodação; f. Negociação.

Descrição de Caso

Para obter maior compreensão dos participantes desta pesquisa, será descrito um caso (P19) que foi escolhido, pois apresenta uma família que se encontra em nível de risco psicossocial Alvo, risco de maior prevalência da amostra desta pesquisa.

A seguir consta os dados de caracterização e posteriormente descrição dos resultados de cada instrumento aplicado.

Dados de caracterização:

Nome: A. (Participante 19 – Mãe)

Idade: 34

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado civil: Solteira

Quantidade de filhos: 2

Ocupação: Tosadora de petshop

Residência: Campinas

IMC da participante: 40,35 (obesidade grau III)

IMC da filha: 21,49 (sobrepeso)

Risco psicossocial familiar: Clínico; Média no PAT 2.0: 2,50

Área psicossocial com mais problemas: Crenças familiares

Dificuldades financeiras: Cuidados com a criança

Fatores mais frequentes no PAT 2.0: Suporte Social

Tipo de controle da alimentação: Incentivo à experimentação e ao consumo saudável

Estratégias de enfrentamento da obesidade do filho: Busca de Suporte, Resolução de Problemas, Busca de Informação, Acomodação

A. tem 32 anos, não concluiu o Ensino Médio, é mãe de dois filhos, uma filha de 11 anos e outro de um ano e sete meses, os quais são filhos de relacionamentos distintos. Reside na cidade de Campinas com seus dois filhos.

É mantenedora da casa e atualmente trabalha como tosadora de petshop de segunda a sábado, a mesma se relaciona de modo positivo com o trabalho.

A filha de A., veio encaminhada do Centro de Saúde para o Ambulatório de Endocrinologia do HMCP, por apresentar alto colesterol e sobrepeso. Além da

Endocrinologia, a filha dela é acompanhada pelos setores da Cirurgia Infantil (para tratamento do linfangioma cervical³), Nutrição e Otorrinolaringologia do HMCP. A filha de A. iniciou o tratamento no Ambulatório de Endocrinologia no início deste ano.

Nota-se que a rede de relações de A. é escassa, apresenta pouco convívio familiar, tem apenas uma irmã que a auxilia nos cuidados da filha (apoio emocional, segundo dados do PAT 2.0). Tem uma mãe falecida recentemente e através da entrevista demonstrou mistura de sentimentos em relação a mesma, ressentimentos, mágoas e saudades. Sente-se culpada pela morte de sua mãe, que faleceu de uma cirurgia de hérnia de disco e era ela quem precisava dar a liberação da operação. Também culpa esta mãe pela situação de sobrepeso da filha - a mãe de A. era principal cuidadora da filha dela enquanto ela trabalhava, alimentando a criança com alimentos não saudáveis. Apresenta o medo da perda com a filha, a mesma precisa ser submetida a uma cirurgia devido ao linfangioma cervical e, A. tem receio de que algo de ruim possa ocorrer, caso a filha opere.

Em relação aos antecedentes, A. não tem histórico de diabetes gestacional e tabagismo. A filha dela nasceu com má formação e a amamentação foi prejudicada.

Em relação ao nível de risco psicossocial representa uma família de risco psicossocial elevado (Clínico), tendo como menor subescala *Crenças Familiares*, destacando que se sente culpada pela situação de saúde apresentada pela filha, sente dificuldade na tomada de decisões referentes ao tratamento médico, assim como, acredita que a situação que a filha se encontra é um desastre e que a mesma não vai conseguir lidar com isso.

A. tem um padrão de controle alimentar de Incentivo à experimentação e ao consumo saudável (CFPQ), é uma mãe que aparenta se preocupar com a alimentação da filha, incentivando com alimentos saudáveis.

³ são lesões hamartomatosas dos vasos linfáticos que representam proliferações benignas que envolvem o sistema linfático tendo um predomínio pela cabeça, pescoço e cavidade bucal (GASSEN et al., 2010)

A. apresenta maior frequência de utilização nas seguintes famílias de enfrentamento: Busca de Suporte, Resolução de Problema, Busca de Informação, Acomodação.

Quanto à Busca de Suporte, procura obter apoio através dos médicos que estão envolvidos nos cuidados da filha, como pode ser confirmado no seguinte relato: *“Tenho ajuda de ninguém, só dos médicos ... porque neles eu confio”*.

Para a estratégia Resolução de Problema, comenta que se empenha bastante para o bem-estar da filha, de acordo com a verbalização:

“Trabalhado para poder comprar as coisas que ela pode comer ... tenho várias razões, sempre é o bem-estar dela”.

Na família de enfrentamento Busca de Informação, afirma procurar informação com equipe médica ou acesso na internet a fim de prevenir agravos à saúde da filha, como pode ser visto no relato:

“Busco por meio dos médicos mesmo ou pela internet e eu vou pesquisando para saber o que é melhor, porque de qualquer maneira eu tenho que cuidar para diminuir tudo, abaixar peso, colesterol, para mais para a frente não ter diabetes”.

Em relação às estratégias de enfrentamento de Acomodação, A. comenta a aceitação da vivência, aceitando sua reponsabilidade neste processo. Sobre as reações emocionais, destaca-se o medo com maior prevalência, porque se preocupa com o aumento de peso da filha.

Diante do apresentado, ela foi orientada na entrevista a procurar o serviço da clínica escola de psicologia da PUC-Campinas para que ela e sua filha fizessem acompanhamento psicológico. O encaminhamento teve êxito, A. aceitou a orientação dada pela pesquisadora e ela e sua filha estão sendo atendidas na clínica. Ressalta-se que mesmo esta mãe sendo classificada em nível de risco psicossocial alto (Clínico) ela apresenta motivação para lidar com o tratamento da filha, buscando ajuda através das consultas médicas e atendimento psicológico para ela mesma e sua filha.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo investigou identificar, descrever e analisar algumas variáveis parentais relacionadas à adesão ao tratamento sobrepeso/obesidade dos filhos com idade entre cinco e 11 anos, como os riscos psicossociais da família, o padrão de controle alimentar, e os estressores e as estratégias de enfrentamento do tratamento ambulatorial.

O perfil da amostra deste estudo, no que se refere ao gênero do cuidador, se assemelham aos resultados de outros levantamentos, demonstrando que na sua maioria, estes são mulheres (GUIMARAES; LIPP, 2011; ARAUJO et al. 2009), sendo a mãe a principal responsável pela criança (SANCHES, 2010; SANTO et al, 2011).

A maioria das famílias foi indicada para intervenção profissional, como Alvo e Clínico, semelhanças de outros quadros clínicos (SANTOS, 2012). São familiares de crianças com doenças crônicas em contexto de risco, sendo indicativo de intervenção específica e suporte direcionado.

Através dos resultados apresentados nesta pesquisa, foi significativo o risco psicossocial com o Fator 7 Uso da Recompensa do CFPQ. Existem situações em que a família estabelece uma dinâmica na qual, a criança é incentivada a permanecer com excesso de peso, como por exemplo, quando o alimento é oferecido como recompensa, e desde muito cedo, a comida tem a função de consolo. De acordo com a literatura, a obesidade está relacionada à fatores familiares a partir de relações mantenedoras de dependência e centradas em cuidados básicos que interferem na individualização de seus membros, conflitos encobertos e regras muito fixas no contexto familiar (SPADA; 2005).

Outra variável identificada na pesquisa foi uma correlação negativa entre o risco psicossocial e Fator 6 do CFPQ Envolvimento da Criança com a refeição da família, ou seja, quanto menor o envolvimento da criança, maior o risco psicossocial. De acordo com Nunes e Morais (2012), a repetição da doença na família, o sentido da obesidade para a família, a convivência entre os membros da família, os valores que são transmitidos aos seus membros; e, relação das crianças com os pais são aspectos a se considerar.

Foi observado neste estudo que existe uma relação entre os níveis de PAT (nível) e o estado civil da mãe, indicando que as mães que são solteiras encontram-se em domínio de maior risco psicossocial Alvo (42,9%) e Clínico (57,1%). Alguns estudos mostraram que a criança que convive com um ou nenhum dos pais biológicos favorece o desenvolvimento de comportamentos de risco, incluindo hábitos alimentares anormais, baixo rendimento escolar e sedentarismo (NAVA et al. 2013; NEBOT et al., 2004; SPRINGER et al. 2006). O que pode contribuir para este efeito é a possibilidade das atividades ocupacionais do responsável não permitirem que algumas funções parentais essenciais sejam cumpridas. Em contrapartida, crianças de famílias com mães casadas podem ter IMC mais saudável devido a baixos níveis de estresse e alto apoio emocional nesses ambientes do que em famílias de mães solteiras (GROW et al.2010; STENHAMMAR et al., 2010).

Os resultados indicaram que as estratégias de enfrentamento mais frequentes foram o *Coping* adaptativo Busca de Suporte e Resolução de Problemas que demonstraram forte correlação, assim como Busca de Informação. Apresentaram forte correlação entre Busca de Informação e Resolução de Problemas.

A maior parte dos participantes da amostra, buscam a orientação médica como Busca de suporte, sendo a importância do uso desta estratégia como função de diminuir a sobrecarga dos familiares. Nota-se que o papel dos médicos no sentido de dar auxílio às necessidades das famílias deste estudo demonstra ser fundamental.

Neste estudo, a Resolução de Problemas está centrada na mudança de hábitos alimentares e atividades físicas. De acordo com Martinez (2000), a tendência secular no aumento da obesidade parece corresponder à diminuição na prática de atividade física e aumento no sedentarismo.

A Busca de informação por parte dos responsáveis desta pesquisa foi com maior evidência através da comunicação com profissionais envolvidos no cuidado do filho e pela internet. Novamente a orientação médica é utilizada pelas famílias deste estudo, enfatizando a importância do papel de uma equipe médica para planejamentos de estratégias e adesão ao tratamento da obesidade infantil.

Em relação à Busca de informação por meio da internet, a mesma apresenta uma fonte de informação em saúde de grande destaque para população e que a certificação de sites é uma estratégia a ser considerada, na perspectiva de melhoria da qualidade das informações e promoção da saúde pública (MORETTI, OLIVEIRA, MARIKO, SILVA; 2012).

Os resultados apresentados relacionados ao nível de risco psicossocial (PAT 2.0) apontaram que famílias classificadas no nível Universal apresentam como estratégia adaptativa a Autoconfiança, tendo como justificativa predominante o fato de assumir a responsabilidade do tratamento. Dados indicam que a família tem papel fundamental no auxílio à criança em processo adaptativo à situação crônica.

O fato da criança não fazer atividade física e não achar vestimenta para o mesmo se destacaram como principais estressores. Nesta pesquisa, algumas famílias verbalizaram que a dificuldade financeira dificulta a criança ter prática de atividades físicas, estes resultados se assemelham com um estudo sobre razões do abandono do tratamento de obesidade infantil juvenil, a qual os pais relataram barreiras para realização de exercícios físicos devido à dificuldade financeira (NOGUEIRA, ZAMBON; 2013).

As mães relataram dificuldades de achar vestimentas para as crianças diante da obesidade dos filhos. Os fatores que levam a analisar este problema estão relacionados com o aumento do número de crianças com excesso de peso bem como a escassez no mercado de produtos que auxiliem na fase de crescimento das crianças e também na adequação das medidas corporais.

O processo de cuidado em condição crônica gera para as famílias dificuldades no no convívio social, sobrecarga física e emocional e frequências nos ambulatórios médicos.

A estratégia de enfrentamento não adaptativo Oposição foi justificada pela sobrecarga e culpa do cuidador. A reação emocional mais usada foi a tristeza, sendo justificada pela preocupação dos familiares com o *bullying* e isolamento social da criança. O *bullying* é entendido como uma forma de violência que geralmente ocorre em escola, e estudos apontam os comprometimentos emocionais que o *bullying* acarreta em crianças com excesso de peso. Foi

encontrada alta prevalência de *bullying* em crianças obesas entre 8-11 anos de idade quando comparadas a crianças com peso normal, independentemente de gênero, raça, situação econômica da família, habilidades sociais e rendimento acadêmico (COSTA, SOUZA, OLIVEIRA; 2012).

O isolamento social de crianças obesas e vítimas de *bullying* também é verificado, estas crianças preferem atividades sedentárias por estar relacionada à dificuldade de relacionamentos e histórico de rejeições, ao invés de buscarem atividades que exijam o mínimo de interação com outras crianças (FELDMANN et al., 2009).

Em relação aos participantes classificados no risco psicossocial Alvo apresentaram com maior frequência as estratégias de enfrentamento adaptativas: Autoconfiança, Busca de Suporte, Busca de Informação e Resolução de Problemas. A Autoconfiança se baseou no fato de assumir a responsabilidade e bem-estar do filho; a ajuda profissional dos médicos foi a justificativa usada nas estratégias de Busca de Suporte, Busca de Informação e Resolução de problemas. A submissão foi a estratégia de enfrentamento não adaptativa de maior uso centrados nos hábitos alimentares.

O controle alimentar foi apontado como principal estressor, a maioria dos familiares apresenta dificuldade em controlar a alimentação dos filhos. O desconhecimento de uma alimentação adequada, o grande consumo de comidas calóricas e de baixo valor nutricional; às dificuldades econômicas e atitudes diferenciadas de pais quanto à alimentação dos filhos foram as principais dificuldades encontradas em relação à alimentação dos filhos registrados no estudo de Miziara e Vectore (2014).

A tristeza e medo foram destacadas como principais emoções, sendo justificadas em grande parte pela preocupação com a saúde e aspecto emocional do filho. Em estudo transversal que descreve os principais problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes com obesidade foi encontrado alto índice de queixas de discriminação social e baixa autoestima (ANDRADE; MORAES; LOPEZ, 2014). Estas condutas psicológicas agravadas pela obesidade infante juvenil contribuí para que os familiares se preocupem com o estado emocional das crianças. Outra pesquisa que avaliou aspectos psicológicos de crianças com excesso de peso em tratamento ambulatorial mostrou que 89,29%

possuíam alterações psicológicas com sintomatologia associada às áreas de humor (BITTENCOURT, BENDL, STILVAL, ZANIN, WALZ; 2016). Diante do exposto, verifica-se a necessidade de propiciar intervenções nos aspectos psicológicos/comportamentais no contexto da obesidade infantil.

Os participantes classificados no risco psicossocial Clínico utilizaram a estratégia de enfrentamento adaptativa Autoconfiança com maior frequência, com a justificativa apresentada de assumir a responsabilidade do tratamento. A Oposição foi a estratégia de enfrentamento não adaptativa de maior frequência, foi justificada pela culpa do cuidador. O medo foi a reação emocional de maior uso pelos participantes, destacando a preocupação com o estado de saúde da criança.

No que se refere ao controle alimentar, os pais influenciam na preferência alimentar das crianças e no padrão alimentar por meio da disponibilidade de alimentos em casa e pelo seu próprio comportamento alimentar (SAVAGE; FISHER; BIRCH, 2007). Para identificar as práticas de controle parentais da alimentação foi usado o instrumento CFPQ e de acordo com os dados obtidos, Incentivo à experimentação e consumo saudável foi o fator de controle alimentar mais usado pelos participantes. Este fator descreve o quanto os pais relatam incentivar a experimentação de novos alimentos e promover o consumo de uma alimentação equilibrada e saudável. No entanto, estes resultados não condizem com o padrão de saúde dessas famílias. Sendo assim, é necessário propiciar intervenções efetivas no sentido de melhorar a qualidade de ingestão dietética infantil e pesquisas relacionadas ao dado apresentado.

Outro ponto relevante é a dificuldade financeira apresentada nesta amostra (N=14) através de informações obtidas no instrumento PAT 2.0 que avaliou o risco psicossocial familiar. Pesquisas que avaliam essas relações na infância enfatizam a associação entre obesidade e nível socioeconômico variando de acordo com gênero, idade e país (MONTEIRO, CONDE, POPKIN, 2004; WANG, LIM, 2012).

Foi verificado que a maior parte dos participantes apresentam obesidade, e de acordo com a literatura o excesso de peso dos pais é um fator de risco para a obesidade dos filhos. De acordo com um estudo de Maynard et al

(2003), as mães de crianças com excesso de peso apresentaram altos valores de IMC e teve correlação entre o IMC materno e o IMC da criança. Estima-se que a redução do sobrepeso dos pais, principalmente das mães, melhora o comportamento alimentar e pode interferir nos hábitos alimentares das famílias tendo como consequências para o estado nutricional das crianças (NOVAES; FRANCESCHINI; PRIORE, 2008).

O estilo de vida sedentário foi identificado como um importante fator de risco para o desenvolvimento de várias doenças, incluindo as cardiovasculares e obesidade (ALVES; SIQUEIRA; FIGUEIROA, 2009). A falta de atividade física infantil e a alta prevalência de sobrepeso/obesidade representam uma ameaça à saúde pública (ONYWERA, 2010).

De acordo com o relatório publicado pela OMS e pela Organização Pan Americana da Saúde (OMS/OPAS, 2015) o sedentarismo atinge 52%-70% das pessoas, sendo a prevenção e tratamento da obesidade podendo ser analisadas nas relações custo-efetividade, sendo medidas custo-eficazes na melhoria da saúde das pessoas e de sua produtividade do trabalho.

No presente estudo, para investigar a associação entre a presença ou ausência de atividade física nos participantes e suas mães, evidenciou-se que existe uma relação positiva e moderada-alta entre a atividade física da mãe e do filho. Os resultados apontam que as mães desta amostra que praticam esportes favorecem a atividade físicas em crianças, ajudando no desenvolvimento de melhores estratégias para diminuir índices de sedentarismo e obesidade infantil. O envolvimento dos pais nos cuidados médicos é essencial para a adesão ao tratamento (Psihogios; Grayson, 2013). Nesta amostra, a atividade física sendo realizada pelas mães comtribui para a adesão ao tratamento dessas crianças.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2003), as características do paciente que podem inferir na adesão ao tratamento são:

- a. O esquecimento;
- b. O estressor psicossocial;
- c. A ansiedade sobre possíveis efeitos adversos;
- d. A baixa motivação;

- e. O insuficiente conhecimento e habilidade de controlar os sintomas da doença e as consequências do tratamento;
- f. As crenças negativas sobre a eficácia do tratamento;
- g. A incompreensão e não aceitação da doença;
- h. A descrença no diagnóstico;
- i. A incompreensão das instruções do tratamento;
- j. A frustração com os prestadores de cuidados de saúde;
- k. O medo da dependência do medicamento;
- l. A ansiedade sobre a complexidade das recomendações terapêuticas;
- m. Sentir-se estigmatizado pela doença, entre outras.

Outro estressor comum a essas famílias neste trabalho foi a falta de apoio familiar. O apoio social se refere aos aspectos qualitativos e comportamentais das relações sociais (DOMINGUEZ; CASTRO, 2014). Os mesmos autores ressaltam que é de extrema importância a relação entre a saúde do indivíduo e o estabelecimento de uma rede social estável. No entanto, quando uma doença é instalada afeta os suportes de apoio. Foi verificado que nessas famílias, as mães são as responsáveis pelo tratamento da obesidade dos filhos, não tendo outras pessoas para dar o suporte necessário.

Foi observado nesta amostra a preocupação dos familiares com o peso das crianças, apesar deste fato ser um estressor para as famílias, no entanto, aponta que elas reconhecendo o excesso de peso das crianças contribui para um bom tratamento da obesidade infantil. Em contrapartida, muitos trabalhos relatam a baixa percepção dos pais quanto ao peso dos filhos (CAMPBELL et al., 2007; TENORIO, KOBAYASHI; 2013; WARSCHBURGER, KROLLER; 2009).

Exemplificando a informação citada, nos estudos de Campbell et al (2007) que avaliaram 324 pais de pré-escolares com prevalência de sobrepeso de 19% foi observado que apenas 5% das mães relataram que seus filhos estavam acima do peso, enquanto 70% das mães acreditavam que os filhos com excesso de peso tinham peso igual ao das crianças eutróficas. Ou seja, a falta de percepção dos em relação ao estado nutricional dos filhos dificultam o processo de tratamento e adesão.

Deve-se considerar que algumas limitações foram encontradas. Uma delas se refere ao fato da pesquisa ter sido realizada com uma amostra relativamente pequena. As análises estatísticas usadas precisam de amostras maiores, no entanto, os resultados apresentados foram concluídos como indicadores, necessitando ser confirmados em projetos futuros.

Outras limitações encontradas foram a escassez de instrumentos para a faixa etária aplicada neste estudo e a dificuldade de compreensão dos instrumentos que os participantes apresentaram.

Entretanto, pode-se considerar as tendências encontradas nos resultados. Estas apontam a importância da atividade física na promoção da saúde e prevenção ao excesso de peso da criança. Analisando a obesidade a partir do enfoque psicossocial, é possível compreender melhor os fatores que acarretam esta temática.

É esperado que esta pesquisa possa ser o ponto de partida para futuros estudos, tais como:

- a. Realizar oficinas psicoeducativas com a temática da alimentação para esta população;
- b. Promover ações com a equipe médica dos respectivos ambulatórios a fim de investigar com os profissionais suas percepções e considerações com relação ao papel da família na atenção ao sobrepeso/obesidade infantil;
- c. Propiciar ações dirigidas ao suporte social das famílias e;
- d. Desenvolver projetos em parcerias na área de comércio/moda plus size infanto-juvenil para que as crianças tenham acesso às vestimentas de acordo com sua medida corporal.

6 CONCLUSÕES

Este estudo com 19 responsáveis por crianças com sobrepeso e obesidade com idade entre cinco e 11 anos, em atendimento ambulatorial, avaliadas em relação ao risco psicossocial familiar, tipo de controle parental da alimentação, tipo de estressores e estratégias de enfrentamento da obesidade do filho forneceu dados indicativos para intervenções mais dirigidas ao perfil de risco familiar. Por meio do uso de diferentes análises quantitativas e qualitativas, procurou-se contribuir para uma melhor compreensão os recursos envolvidos na adesão ao tratamento da obesidade infantil.

Mais especificamente, esta pesquisa contribuiu para:

a. O estudo do coping, aplicando a um grande problema de saúde pública mundial – a obesidade infantil - uma abordagem informativa do processo, com enfoque na autorregulação e uma perspectiva desenvolvimentista, a Teoria Motivacional de Coping;

b. Em termos metodológicos, propondo um protocolo de entrevista para identificação das estratégias de enfrentamento da obesidade infantil pelos pais, com base na Teoria Motivacional do Coping, instrumento este que permite capturar o episódio de *coping* dessas famílias, subsidiando intervenções psicológicas na área;

c. A área de avaliação psicológica, mostrando as possibilidades de uso de um instrumento de avaliação do risco psicossocial familiar, o PAT 2.0, para casos de obesidade infantil, o que é inédito no país;

d. A compreensão do processo de enfrentamento e dos estressores percebidos pelos cuidadores, como o controle alimentar, o medo das condições de saúde e do filho sofrer com o *bullying*, mostrando haver recursos adaptativos de *coping*, como a busca de suporte social em familiares e na equipe médica, a busca de informações sobre o problema, as tentativas de solução dos problemas enfrentados;

e. A identificação das bases emocionais associadas ao manejo da obesidade, como a tristeza, o medo e a raiva, mostrando como o afeto negativo pode dificultar o enfrentamento mais adaptativo e as associações com a percepção

dos estressores como ameaça principalmente às necessidades básicas de competência parental e de relacionamento com o filho;

f. A identificação das práticas de controle parental da alimentação, no geral autoavaliadas como sendo adequadas, segundo o relato dos familiares, caracterizando-se pelo incentivo à experimentação e consumo saudável, a restrição de escolha de alimentos em termos quantitativos e qualitativos e o fornecimento de modelo de comportamento ao filho, inclusive em termos da realização de atividades físicas;

g. Identificar e classificar o risco psicossocial familiar dessas famílias, mostrando que a maioria tem risco mais elevado, devido a problemas de suporte social, problemas na estrutura familiar e recursos, problemas na família e problemas com a criança;

h. Identificar o perfil das famílias em maior risco psicossocial em relação ao tratamento da obesidade infantil: mãe solteira; ter problemas de suporte social, na estrutura familiar e na obtenção de recursos, além de problemas com a criança; ter um enfrentamento da situação com estratégias de oposição, com reações emocionais de tristeza e medo, percebendo os estressores como uma ameaça à necessidade de autonomia; filhos com menor envolvimento com as refeições em família; maior dificuldade de controle alimentar, uso da comida como recompensa, estando em condições de estresse crônico, com menor probabilidade de adesão ao tratamento e exigindo intervenções multiprofissionais com profissionais de saúde, no âmbito social e de saúde mental;

i. A área da Psicologia Pediátrica no país, mostrando possibilidades teóricas e metodológicas para estudos sobre problemas de saúde e desenvolvimento infantil.

7 Produções da Pesquisa

Em termos de aplicação na prática profissional, após a finalização da coleta de dados nos Ambulatórios de Endocrinologia e Pediatria, houve a colaboração com o estágio do 8º período da Graduação em Psicologia da PUC-Campinas. Foi elaborado em conjunto com duas alunas estagiárias um formulário de entrevista para ser aplicado em crianças/adolescentes no Ambulatório de Endocrinologia do HMCP. Foi discutida no serviço a possibilidade de criação de Oficinas com a temática Obesidade Infanto-Juvenil para ser oferecida nos estágios do 8º e 9º período da Graduação em Psicologia da PUC-Campinas para o ano de 2017.

Em relação à produção acadêmica, foi submetido o trabalho “Psychosocial Assessment Tool para Avaliação de Risco Psicossocial Familiar no Câncer e Sobrepeso/Obesidade Infanto Juvenil”, para o VIII Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica, organizado pelo Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP) que será realizado em maio de 2017. Este trabalho foi feito em conjunto com os resultados apresentados desta pesquisa e com outros estudos desenvolvidos em teses e dissertações no Grupo de Pesquisa em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente e com pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, em Vitória, ES. Está sendo elaborado o artigo apresentado os resultados deste estudo, em coautoria com a professora orientadora e o Prof. Dr. Wagner de Lara Machado.

8 REFERÊNCIAS⁴

- Abreu MNS, Siqueira AL, Caiaffa WT. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. *Rev Saud Pub* 2009; 43(1):183-194.
- Andrade TM, Moraes DEB, Ancona-Lopez F. Problemas psicológicos e psicodinâmicos de crianças e adolescentes obesos: relato de pesquisa. *Psico Cien Prof* 2014; 34 (1): 126-141.
- Alves JG, Siqueira, PP, Figueiroa JN. Overweight and psysical inactivity in children living in favelas in the metropolitan region of Recife, Brazil. *JPediatr* 2009; 53:20-29.
- Anzman S; Birch L. Low inhibitory control and restrictive feeding practices predict weight outcomes. *Jour Ped* 2009; 155(5): 651-656.
- Aparicio G, Cunha M, Duarte J, Pereira A. Olhar dos pais sobre o estado nutricional das crianças pré escolares. *Millen* 2001; 1493-1499.
- Balaban G, Silva A. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. *Jor Ped* 2004; 80 (1):7-16.
- Barros L. Psicologia Pediátrica: evolução de uma especialidade. In *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi; 2003.
- Bertoletti J; Garcia SC. Avaliação do estresse na obesidade infantil. *Psico* 2012; 44(1): 32-38.
- Birch L. Child feeding practices and the etiology of obesity. *Obesity* 2006; 14(3): 343-344.
- Bittencourt KF, Bendl A, Stival L, Zanin R, Walz JC. Perfil Psicológico das Crianças com Sobrepeso e Obesidade Atendidas em um Ambulatório de Reeducação Alimentar. *Saud Desen Human* 2016; 4 (2): 99-107.
- Boeckel MG, Sarriera JC. Estilos parentais, estilos atribucionais e bem-estar psicológico em jovens universitários. *Rev Bras Cres Desenv Hum* 2006; 16(3): 53-65.
- Borsboom D, Cramer AOJ. Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual review of clinical psychology* 2013; 9: 91-
- Bracho F, Ramos E. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: Es um fator de Riego para presentar malnutricion o excesso? *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (1):20-27.
- Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: MS 2015. Acessado em 17/12/2016.
- Brasil, Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL. Brasília: MS, 2014.
- Brasil. Ministério do Esporte. DIESPORTE. Brasília: ME, 2015. www.esporte.gov.br/diesporte

⁴ Estilo Vancouver

- Braveman P, Barclay C. Health disparities beginning in childhood: A Life-Course Perspective. *Pediatr* 2009; 124;S163.
- Camargo APPDM, Barros FADA, Antonio MARGD, Giglio JS. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Cien Saud Col* 2013; 18 (2): 323-333.
- Campbell NW, Williams J, Hampton A, Wake M. Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children. *Med J Aust* 2006;184:274-277.
- Castilho SD et al. Prevalência de excesso de peso conforme a faixa etária em alunos de escolas de Campinas, SP. *Rev Paul Pediatr* 2014; 32 (2): 200-206.
- Chuproski P, Mello DF. Percepção maternal nutricional dos filhos. *Rev Nutr* 2009; 22 (6):9290-936.
- Compas B et al. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psych Bull* 2001; 127 (1): 87-127.
- Conti MA, Bertolin MNT, Peres ST. A mídia e o corpo: o que o jovem tem a dizer. *Ciênc Saud Col* 2010; 15 (4): 2095-103.
- Costa MAP, Souza MA, Oliveira VM. Obesidade infantil e bullying: a ótica dos professores. *Educ Pesq* 2012; 38 (3): 653-665.
- Correia APB, Bomfim IHFB. Obesidade na infância: uma aproximação da prática profissional do psicólogo. *Invest* 2010, 7: 1-3.
- Crepaldi M, Linhares MBM, Perosa GB. *Temas em Psicologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- Da Costa FT, Teixeira M, Gomes WB. Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: reflexão e crítica* 2000; 13 (3): 465-473.
- Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psyc Bull* 1993; 113 (3): 487-496.
- De Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes. *J Pediatr* 2004; 80(3): 173-82.
- Dumith SC, Farias JC. Sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes: comparação de três critérios de classificação baseados no índice de massa corporal. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 28 (1): 30-35.
- Evans GW, Kim P. Childhood poverty and health: cumulative risk exposure and stress dysregulation. *Psycho Sci* 2007; 18: 953.
- Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr Camp* 2006;19:623-630.
- Feldmann LR, Mattos AP, Halpern R, Rech RR, Bonne CC, Araújo MB. Implicações psicossociais da obesidade infantil em escolares de 7 a 12 anos de uma cidade serrana do sul do Brasil. *Rev Bras Obes Nutr Emagrecimento* 2009; 3:25-33.
- Fernandes CR. Consumo de fruta e hortícolas numa amostra de crianças do ensino pré-escolar, factores sócio-demográficos, familiares e comportamentais. Tese de Licenciatura - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação - Universidade do Porto; 2010.

Ferreira HS, Vieira EDF, Cabral JCR, Queiroz MD. Aleitamento materno por trinta ou mais dias é fator de proteção contra sobrepeso em pré-escolares da região semiárida de Alagoas. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(1): 74-80.

Gassen HT et al. Linfangioma de cavidade bucal: relato de caso clínico. *Stomatos* 2010; 16(30): 82-88.

Gomide PIC. Estilos parentais e comportamento anti-social. Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas: Alínea; 2003.

Grow HMG et al. Child obesity associated with social disadvantage of children's neighborhoods. *Soc Scie Med* 2010; 71:584-591.

Guedes DP, Miranda Neto JT, Almeida MJ, Silva AJRM. Impacto de fatores sociodemográficos e comportamentais na prevalência de sobrepeso e obesidade de escolares. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2010; 12(4): 221-231.

Halpern A et al. Metabolic syndrome, dyslipidemia, hypertension and type 2 diabetes in youth: from diagnosis to treatment. *Diab Met Syn* 2010; 2(1).

Ihuoma UE, Tylka TL, Watowicz RP, Lumeng JC. Maternal and child roles in the feeding relationship: what are mothers doing? *Clin Pediatr (Phila)* 2015; 54(2): 179–182.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. 130 p.

Instituto Brasileiro de Geografia Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional em Saúde, Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE. Pesquisa de Oorçamento Ffamiliar 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia Estatística Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009 – PeNSE, Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009.

Jennie I. Macdiarmid, Wendy J. Wills, Lindsey F. Masson, Leone C A Craig, Catherine Bromley and Geraldine McNeill. Food and drink purchasing habits out of school at lunchtime: a national survey of secondary school pupils in Scotland. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2015; 12: 98. DOI 10.1186/s12966-015-0259-4

Jung RT. Obesity as a disease. *Br Med Bull* 1997; 53(2): 307-321.

Kazak A et al. Family psychosocial risk screening guided by the Pediatric Psychosocial Preventative Health Model (PPPHM) using the Psychosocial Assessment Tool (PAT). *Acta Oncologica* 2015; 54, (5): 574-580.

Kazak A. Pediatric Psychosocial Preventative Health Model (PPPHM): Research, practice and collaboration in pediatric family systems medicine. *Families Systems Health* 2006; 24(2): 381.

Keery H, Beg PVD, Thompson JK. An evaluation of the tripartite influence model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body limage* 2004; 1(3): 237-251.

- Klein VC, Gasparido CM, Linhares MBM. Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. *Psic Refle Crit* 2011; 24 (3): 504-512.
- Lakshman R, McConville A, How S, Flowers J, Wareham N, Cosford P. Association between area-level socioeconomic deprivation and a cluster of behavioural risk factors: cross-sectional, population-based study. *Jour Publ Healt* 2010; 33(2): 234–245.doi:10.1093/pubmed/fdq072
- Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company.Lindquist; 1984.
- Lees D. An empirical investigation of the motivation theory of coping in middle to late childhood. EUA. Tese de Doutorado – Filosofia em Psicologia Clínica- Griffity University, EUA; 2007.
- Lima S, Lemos MS, Guerra MP. Estudo das qualidades psicométricas do SCSI (Schoolagers' Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa. *An Psic* 2002; 4(20): 555-570.
- Lipp MEN. O estres da criança e suas consequências. In Lipp (Org). Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções. Campinas: Papirus; 2000. pp.
- Lipp MEN. Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. São Paulo: Papirus; 2001.
- Luiz AMAG et al. Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Est Psicol* 2005; 10(1): 35-39.
- Marin GH et al. Consequences of smoking during pregnancy for mother and child. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2009;.3(2):159-164.
- Martinez JA. Body-weight regulation: causes of obesity. *Proc Nutr Soc* 2000; 59: 337-45.
- Mattos RS, Perfeito R, da Veiga Soares Carvalho MC, Retondar J. Obesidade e *bullying* na infância e adolescência: o estigma da gordura. *Dem* 2012; 7(2); 71-84.
- McLaren L. Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiologic Reviews* 2007; 29: 29-48. DOI: 10.1093/epirev/mxm001
- McLlellan, CB, Cohen, LL. Family functioning in children with chronic compared with healthy controls: a critical review. *Jour Ped* 2007: 221-223.
- Medeiros CCM, Cardoso MAA, Pereira RAR, Alves GTDA, França ISXD, Coura AS et al. Estado nutricional e hábitos de vida em escolares. *Rev Bras Cres Desen Human* 2011; 21 (3): 789-797.
- Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *J Pedr* 2004; 80 (3):173-182.
- Michereff ALP, Tachini L, Mezdari, Hofelmann DA. Associação da qualidade da dieta com as características do ambiente familiar em escolares de Itajaí – SC. *Mundo Saúde* 2014, 38(3): 296-305.
- Miralles O, Sánchez J, Palou A, Pico C. A physiological role of breast milk leptin in body weight control in developing infants. *Obesity* 2006;14:1371-7.
- Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C. Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite* 2013; 60: 85-94.

- Miziara AMB, Vectore C. Excesso de peso em escolares: percepções e intercorrências na escola. *Psico Esc e Educ* 2014; 18 (2): 283-291.
- Monteiro, CA, Conde, WL, Popkin, BM. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975 – 2003. *Amer Jour Publ Health* 2007; 97: 1808 – 1812. doi:10.2105/AJPH.2006.099630
- Moraes JFVN, Giugliano R. Aleitamento materno exclusivo e adiposidade. *Rev Paulis Ped* 2011; 29 (2): 152-156.
- Moreira M et al. Excesso de peso e fatores associados em crianças da região nordeste do Brasil. *J Pediatr* 2012; 88(4): 251-257.
- Mosli RH, Miller AI, Kaciroti N, Peterson KE, Rosenblum K, Baylin A, Lumeng JC. Mealtime behavior among siblings and body mass index of 4–8 year olds: a videotaped observational study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2015; 12 (1).
- Moretti FA, Oliveira VE, Silva Edina MK. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? *Rev. Assoc. Med. Bras* 2012; 58 (6): 650-658.
- Murasko, JE. Trends in the associations between family income, height and body mass index in US children and adolescents: 1971–1980 and 1999–2008. *Annals of Hum Bio* 2011; 38(3): 290–306.
- Musher ED, Holub S. Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *J Pediatr Psych* 2007; 32 (8): 960-972.
- National Institutes of Health. Bioelectrical impedance analysis in body composition measurement. In Rodrigues, MN. Estimativa da gordura corporal através de equipamentos de bioimpedância, dobras cutâneas e pesagem hidrostática. *Rev Bras Med Espo* 2001; 7 (1): 125-131.
- Negrão CE, Barreto ACP. *Cardiologia do exercício: do atleta ao cardiopata*. São Paulo: Manole, 2006.
- Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 384: 766–81.
- Nogueira TF, Zambon MP. Razões do abandono do tratamento de obesidade por crianças e adolescents. *Rev Paul Pediatr* 2013; 31 (3): 338-43.
- Novaes JF, Franceschini SCC, Priore SE. Mother's overweight, parent's constant limitation on the foods and frequent snack as risk factors for obesity among children in Brazil. *Arch Latinoam Nutr* 2008; 58(3): 256-264.
- Novaes JF et al. Fatores ambientais associados ao sobrepeso infantil. *Rev. Nutr* 2009; 22 (5): 661-673.
- Nunes MCA, Morais NA. As relações familiares de uma criança obesa: uma análise dos discursos maternos. *Clin e Cult* 2012; 1(1): 68-82.
- Oliveira TRPR, Cunha CF, Ferreira RA. Características de adolescentes atendidos em ambulatório de obesidade: conhecer para intervir. *Nutr* 2010; 35 (2):19-37.

- Onywera VO. Childhood obesity and physical inactivity threat in Africa: strategies for a healthy future. *Glob Health Promot.* 2010; 17:45-56.
- Pai AL et al. The Psychosocial Assessment Tool (PAT 2.0): psychometric properties of a screener for psychosocial distress in families of children newly diagnosed with cancer. *J Pediatr Psychol* 2008; 33: 50-62.
- Pai AL et al. Assessing psychosocial risk in pediatric inflammatory bowel disease: validation of the Psychosocial Assessment Tool 2.0 _General. *J Pediatr Gastro Nutri* 2014; 58: 51-60.
- PAI, AL et al. Psychosocial Assessment Tool 2.0 _General: Validity of a psychosocial risk screener in a pediatric kidney transplant sample. *Pediatr Transpl* 2012; 16 (1): 92- 98.
- Parks EP et al. Influence of stress in parents on child obesity and related behaviors. *Pediatrics* 2012; 130 (5): 1096-1104.
- Pena YF et al. Estratégias maternas referentes à alimentação e à atividade física e sua relação com o estado nutricional dos filhos 2014; 22 (2):286-292.
- Picolli A. Estilos parentais, práticas alimentares parentais e o estado nutricional em adolescentes. Porto Alegre. Dissertação – Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul; 2014.
- Pocock M et al. Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: a systematic review of qualitative studies. *Obesity Rev* 2010; 11(5): 338-353.
- Pratt C, Stevens J, Daniels S. Childhood obesity prevention and treatment: recommendations for future research. *Amer J Preven Med* 2008; 35 (3): 249-252.
- Psihogios AM, Grayson NH. Discrepancies in mother and child perceptions of spina bifida medical responsibilities during the transition to adolescence: associations with Family conflict and medical adherence. *J Pedr* 2013; 1-12.
- Ramos CV et al. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina - Piauí. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2010; 19 (2): 115-124.
- Rech RR, Halpern R, Tedesco A, Santos DF. Prevalência e características de vítimas e agressores de bullying. *J. Pediatr* 2013; 89 (2): 164-170.
- Rivera JA, De Cossío TG, Pedraza LS, Aburto TC, Sánchez TG, Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014; 2:321---32.3.
- Sampilo M. et al. Development and validation of a psychosocial screening tool to identify high-risk families in the Neonatal Intensive Care Unit: The PAT-NICU. In: Poster presented at: National Child Health Psychology Conference; 2011, April: San Antonio, Texas – EUA.
- Santos LRC, Rabinovich EP. Situações familiares na obesidade exógena infantil do filho único. *Saud e Soc* 2011; 20(2): 507-521.
- Savage JS, Fishe JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law* 2007; 22-34.

- Schack-NL, Michaelsen KF. Advances in our understanding of the biology of human milk and its effects on the offspring. *J Nutr.* 2007;137:503-10.
- Schalkwijk, AAH et al. Perspectives of obese children and their parents on lifestyle behavior change: a qualitative study. *Inter J Behav Nutri Physi Activi* 2015; 12 (1).
- Seabra G et al. Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011; 33 (11): 348-353.
- Segal A, Fandino J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Bariatric surgery indications and contraindications. Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24 (3): 68-72.
- Severino A. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez, 2007.
- Shrewsbury, V, Wardle, J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: A systematic review of cross-sectional studies 1990 – 2005. *Obesity*, 2008; 16: 275 – 284. doi:10.1038/oby.2007.35
- Silva AM; Coelho RW, Gonzaga LRV, Enumo SRF. Relação entre autoestima e padrões alimentares em adolescentes. In X Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas; 2013 10-13 abril; Ribeirão Preto- São Paulo.
- Silva AMB, Machado WL, Bellodi A, Cunha K, Enumo SRF. Diferenças de gênero na imagem corporal em adolescentes. In Anais do VI Congresso Internacional de Saúde da Criança e do Adolescente – CISCA; 2015; 14-17 maio; São Paulo. 197 p.
- Skinner EA et al. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psycho Bull* 2003; 129 (2): 216-269.
- Skinner EA, Wellborn JG. Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. 1994.
- Skinner EA, Zimmer Gembeck MJ. Challenges to the developmental study of coping. In: Skinner, EA, Zimmer- Gemberck, MJ (eds.) Coping and the development of the regulation. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
- Soares L, Petroski E. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. *Rev Bras Cineant Desemp Hum* 2003; 5 (1): 63-74.
- Sobal J and Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psych Bull* 1989; 105: 260-7.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.
- Soutinho G. Práticas Parentais Alimentares e Sua Relação com o Consumo de Alimentos na Infância. Brasília. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Pós-Graduação em Nutrição Humana da Universidade de Brasília; 2015.
- Souza, EGC et al. Obesidade, imagem corporal e bullying em uma população de escolares de uma cidade no Sul do Brasil. *Rev Am* (2012);56(4): 330-33.
- Spada PV. Obesidade infantil: Aspectos emocionais e vincula mãe/filho. Rio de Janeiro: Revinter.

- Stenhammar C. Family stress and BMI in young children. *Acta Paediatr* 2010; 99:12005-1212.
- Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida 2010; 20(3):359:366.
- Tenorio AS, Cobayashi F. Obesidade infantil na percepção dos pais. *Rev Paul Pediatr*. 2011; 29(4): 634-639.
- The Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet* 2016, 388(20).
- Toschke AM et al. Childhood obesity is associated with maternal smoking in pregnancy. *Eur J Pediatr* 2002; 161 (8): 445-448.
- Tovar A et al. Feeding styles and child weight status among recent immigrant mother-child dyads. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012; 9 (1): 1-8.
- Iziara AMB, Vectore C. Excesso de peso em escolares: percepções e intercorrências na escola. *Psico Esc Educ* 2014; 18(2), 283-291.
- Verde SMML. Obesidade infantil: o problema de saúde pública do século 21. *Rev Bras Promo Saúde* 2014; 27 (1): 1-4.
- Vitolo MR. *Nutrição: da gestação à adolescência*. Rio de Janeiro: Reichmann Affonso Editores; 2003.
- Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Cien Saúde Colet* 2010; 15(1): 185-194.
- Wang Y, Lim H. The global childhood obesity epidemic and the association between socio-economic status and childhood obesity. *Inter Rev Psy*, 2012; 24(3): 176–188.
- Warschburger P, Kröller K. Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children. *Pediatrics*. 2009; 124(1):60-68.
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl*. 2006; 450:76-85.4
- WHO. Growth reference 5-19 years [internet]. Geneva: WHO 2006 [Accessed 2013 Feb]. Available from: <http://www.who.int/growthref/en/>
- WHO. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Denmark: WHO Regional Office for Europe. 2007.
- Wihelm FA, Lima JHC, Schirmer KF. Obesidade infantil e a família: educadores emocionais e nutricionais dos filhos. *Psi Arg* 2007; 25(49): 143-154.
- Wille N et al. The impact of overweight and obesity on health-related quality of life in childhood—results from an intervention study. *BMC Public Health* 2008; 8: 1-9.
- World Health Organization - World Health Organization – WHO. 2007. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Denmark: WHO Regional Office for Europe. 2007.
- World Health Organization - WHO. Body mass index classification - report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 1995. Technical Report Series 854. [Citado em 2015 junho 13]. Disponível em: http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.htm

World Health Organization - WHO. Global strategy on diet, physical activity and health: childhood overweight and obesity [relatório na internet; acesso em 2015 Ago20]. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>.

World Health Organization - WHO. Growth reference 5-19 years [internet]. Geneva: WHO [Accessed 2013 Fev]. Available from: <http://www.who.int/growthref/en/>

Zambon MP. Crianças e adolescents obesos: dois anos de acompanhamento interdisciplinar. Rev P Pedr 2008; 26 (2): 130-135.

Zimmer-Gembeck MJ, Skinner EA. Coping, development influences. In HT Reis, S Sprecher (eds). Encyclopedia Abreu MNS, Siqueira AL, Caiaffa WT. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. Rev Saud Pub 2009; 43 (1):183-194.

Zimmer-Gembeck MJ, Skinner EA. Coping, development influences. In HT Reis, S Sprecher (eds). Encyclopedia of Human Relationships. Newbury: Sage; 2009.

9 APÊNDICES

APÊNDICE A

Ficha de Caracterização do Participante para Pesquisa

Aplicado em: _____ Aplicador: _____

1) Dados do tratamento médico:

- 1.1 HD:
- 1.2 Especialidades que atendem a criança:
- 1.3 Comorbidades:
- 1.4 Início tratamento:
- 1.5 Periodicidade:

2) DADOS DA CRIANÇA:

- 2.1 Nome: _____
- 2.2 Sexo: F () M ()
- 2.3 Data de Nascimento: _____
- 2.4 Peso: _____ 2.5 Altura: _____
- 2.6 IMC: _____
- 2.7 Escolaridade:

Rotina

- 2.8 Quanto tempo em média por dia a criança fica assistindo televisão, computador, vídeo game ?
- 2.9 Onde a criança realiza as refeições (creche, escola?)
- 3.0 A criança leva lanche de casa?
- 3.1 Seu filho (a) pede comidas que vê na propaganda de TV ? (sim) ou (não)
- 3.2 Quantas horas a criança dorme por dia ?
- 3.3 Seu filho (a) faz atividades físicas? Quais? Com que frequência/tempo por dia?

Antecedentes

- 3.4 Seu filho (a) teve problemas de peso desde pequeno?
- 3.5 Como foi a amamentação? A criança mamou no peito? Por quanto tempo ?
- 3.6 Você teve alguma complicação na gravidez ou no parto ?
- 3.7 Você teve diabetes gestacional ?
- 3.8 Você teve tabagismo na gestação ?
- 3.9 Ao nascer, seu filho (a) foi classificado como:
 - a) PIG (pequeno para a idade gestacional),
 - b) GIG (grande para a idade gestacional)
 - c) Baixo peso ao nascer

3) DADOS DO CUIDADOR:

3.1 Nome: _____

3.2 Sexo: F () M ()

3.3 Data de Nascimento: _____

3.4 Peso: _____ 3.5 Altura: _____

3.6 IMC: _____

3.7 Atividade Ocupacional: _____

3.8 Escolaridade:

3.9 Bairro:

Rotina

4.0 Alguém mais na sua família tem sobrepeso e obesidade?

4.1 Você faz atividade física? Quais? Com que frequência/tempo por dia?

APÊNDICE B

Protocolo de Entrevista sobre Enfrentamento Parental do Sobrepeso e Obesidade Infantil

I- Identificação

Nome: _____

Criança: _____

Data: ____/____/____

Aplicador: _____

Local: _____

Horário: _início: _____ Final: _____

II- Demanda (Identificação dos estressores)

1. “Considerando a situação de ter que cuidar de seu filho, ou da criança que você cuida, com problemas de sobrepeso ou obesidade, você poderia me dar exemplos de suas dificuldades?”

III- Processo de enfrentamento

Questão geral: *O que você tem feito para lidar com a situação de cuidar de seu filho, ou da criança que você cuida, com problemas de sobrepeso ou obesidade (SP/O)?* (Fazer esta pergunta para cada “família” de coping).

Protocolo de Entrevista sobre Coping de Cuidados do Sobrepeso/Obesidade Infantil

Estratégias de enfrentamento (O que você fez?)				Avaliação (appraisal)			Funções do coping (D = desafio; A = ameaça)			Relações com processo adaptativo - (vide Tabela 3)				
Família de coping	a) Estratégias de enfrentamento	b) Frequência (1 = nem um pouco; 2 = um pouco; 3 = mais ou menos; 4 = bastante; 5 = muito)	c) Topografia da resposta de coping (Como faz)	d) Justificativas para uso da EE	e) Emoção associada ao coping (Como você se sentiu ao agir assim?)	f) Avaliação da eficácia do coping (resolution) (Como isto terminou? Funcionou/ajudou?)	g) Avaliação do pós-coping (Post-coping assessment) - (Se pudesse, o que você faria diferente?)	h) Relacionamento			i) Competência		j) Autonomia	
								D	A		D	A	D	A
1. Autoconfiança	Você se sente confiante para lidar com essa situação de cuidar dessa criança com SP/O?	O quanto você se sente confiante de lidar com essa situação?	Quando você se sente confiante?	A que você atribui este sentimento de ser confiante (ou não) de lidar com a situação?	Como você se sente em relação a isso?	Como você avalia a forma como está lidando com essa situação (ajudando/funcionando)?	Se pudesse, você faria diferente? Como?	X						b
2. Busca de suporte	Para cuidar dessa criança com SP/O, você procura por algum tipo	O quanto você faz isto – buscar	Se sim, como você procura por essa	Por que ou para que você busca ajuda/apoi	Como você se sente em relação a procurar	Você acha que buscar apoio lhe ajuda a	Se pudesse, você faria	X						a

Protocolo de entrevista sobre coping de cuidados do sobrepeso/obesidade infantil (cont.)

Estratégias de enfrentamento (O que você fez?)				Avaliação (appraisal)			Funções do coping (D = desafio; A = ameaça)						Relações com processo adaptativo - (vide Tabela 3)	
Família de coping	a) Estratégias de enfrentamento	b) Frequência (1 = nem um pouco; 2 = um pouco; 3 = mais ou menos; 4 = bastante; 5 = muito)	c) Topografia da resposta de coping	d) Justificativas para uso da EE	e) Emoção associada ao coping (Como você se sentiu ao agir assim?)	f) Avaliação da eficácia do coping (resolution) (Como isto terminou? Funcionou/ajudou?)	g) Avaliação do pós-coping (Post-coping assessment) - (Se pudesse, o que você faria diferente?)	h) Relacionamento		i) Competência		j) Autonomia		
								D	A	D	A	D		A
6. Negociação	Você faz algum acordo para lidar com a situação ou com os problemas que surgem na hora de cuidar dessa criança?	O quanto você faz acordos (ou não)?	Se sim, de que forma você negocia para lidar com essa situação?	Por que você faz essas trocas/negociações, (por que o indivíduo pode não planejar)?	Como você se sente quando negocia (ou não) dessa forma?	Agir assim tem lhe ajudado a enfrentar essa situação?	Se pudesse, você faria diferente? Como?						X	c

Protocolo de entrevista sobre coping de cuidados do sobrepeso/obesidade infantil (cont.)

Estratégias de enfrentamento (O que você fez?)				Avaliação (appraisal)			Funções do coping (D = desafio; A = ameaça)						Relações com processo adaptativo - (vide Tabela 3)	
Família de coping	a) Estratégias de enfrentamento	b) Frequência (1 = nem um pouco; 2 = um pouco; 3 = mais ou menos; 4 = bastante; 5 = muito)	c) Topografia da resposta de coping	d) Justificativas para uso da EE	e) Emoção associada ao coping (Como você se sentiu ao agir assim?)	f) Avaliação da eficácia do coping (resolution) (Como isto terminou? Funcionou/ajudou?)	g) Avaliação do pós-coping (Post-coping assessment) - (Se pudesse, o que você faria diferente?)	h) Relacionamento		i) Competência		j) Autonomia		
								D	A	D	A	D		A
								10. Fuga	Ao ter que cuidar dessa criança, há momentos que você sente vontade de fugir dessa situação?	Se sim, o quanto sente essa vontade de fugir?	Se sim, em que momentos isso acontece? Como você pensa em fugir?	Se sim, por que você tem vontade de fugir?	Se sim, como você se sente quando tem vontade de fugir?	Se sim, ter essa vontade de fugir tem lhe ajudado a enfrentar a situação?

11. Submissão	Nessa situação de ter que cuidar dessa criança com SP/O, você fica pensando sobre a situação e lembrando dela constantemente?	O quanto faz isso?	Em que momentos isso mais acontece? Qual pensamento é mais constante?	Por que esse pensamento (o que o participante e trouxe) é frequente?	Como você se sente nestes momentos?	Ter esse pensamento constante tem lhe ajudado a enfrentar a situação?	Se pudesse, você faria diferente? Como?									c
12. Oposição	Você responsabiliza a alguém pela situação de seu filho apresentar sobrepeso/obesidade?	O quanto acredita nisso?	Como você pensa nesta questão?	Se sim, por que você responsabiliza essa pessoa pela situação?	Acreditando nisso, como você se sente?	Acreditar nisso tem lhe ajudado a enfrentar a situação?	Se pudesse, você faria diferente? Como?									c

13. Quão TRISTE você se sente por ter que lidar com o problema de sobrepeso/obesidade de seu filho?

1- Nem um pouco	2- Um pouco	3- Mais ou Menos	4- Bastante	5- Muito
Por quê:				

14. Quanto MEDO você se sente por ter que lidar com o problema de sobrepeso/obesidade de seu filho?

1- Nem um pouco	2- Um pouco	3- Mais ou Menos	4- Bastante	5- Muito
------------------------	--------------------	-------------------------	--------------------	-----------------

Por quê:

15. Quanta RAIVA você sente por ter que lidar com o problema de sobrepeso/obesidade de seu filho?

1- Nem um pouco	2- Um pouco	3- Mais ou Menos	4- Bastante	5- Muito
-----------------	-------------	------------------	-------------	----------

Por quê:

Relação entre famílias de coping e processos adaptativos

Família de coping	Função da família no processo adaptativo	Processo adaptativo
Solução de problema Planejar estratégias Ação instrumental Planejamento	Ajustar ações para ser efetivo	
Busca de informação Leitura Observação Perguntar a outros	Encontrar contingências adicionais	
Desamparo Confusão Interferência cognitiva Exaustão cognitiva	Encontrar limites para ação	a) Coordenar ações e contingências do meio
Fuga Evitação comportamental Afastamento mental Negação Pensamento desejoso	Fugir de ambientes não contingentes	
Autoconfiança Regulação emocional Regulação comportamental Expressão emocional Aproximação emocional	Proteger recursos sociais disponíveis	
Busca de suporte Busca de contato Busca de conforto Ajuda instrumental Referência social	Usar recursos sociais disponíveis	
Delegação Busca de suporte mal adaptativo Reclamação Lamentação Autoculpa	Limitação no uso de recursos	b) Coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis
Isolamento social Afastamento social Dissimulação Evitação de outros	Abster de contextos sem suporte	
Ajustamento/Adaptação Distração Reestruturação cognitiva Minimização Aceitação	Ajuste flexível de preferência às opções	
Negociação Barganha Persuasão Estabelecimento de prioridade	Encontrar novas opções	c) Coordenar as preferências e opções disponíveis
Submissão Ruminação Perseveração rígida	Desistir das preferências	

Pensamentos intrusivos
Oposição Remover obstáculos
Culpar outros
 Projeção
 Agressão

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pais

I. Dados de Identificação do Participante

Nome: Idade:

RG Data de nascimento:.....

II. Dados sobre a pesquisa

Título da pesquisa: *Relações entre controle parental, risco psicossocial familiar e enfrentamento do tratamento de crianças com sobrepeso ou obesidade.*

Pesquisadores responsável: Kainara Silva da Cunha

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo

III. Informações

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Assinando este termo de consentimento estará declarando que está ciente de que:

1. O objetivo do estudo será identificar, descrever e analisar variáveis parentais relacionadas à adesão ao tratamento do sobrepeso/obesidade de crianças em tratamento ambulatorial.
2. Você será chamado para participar dos procedimentos da pesquisa. Cada procedimento corresponde a momentos de avaliação, onde você estará respondendo a questionários com o auxílio da pesquisadora responsável. A aplicação destes questionários poderá ser realizada em pequenos grupos e terá no máximo uma hora de duração, em cada uma dessas etapas. A aplicação dos instrumentos poderá ter uso de gravação. Todos os procedimentos da pesquisa serão realizados no hospital.
3. Os procedimentos e instrumentos de avaliação utilizados seguem as normas éticas e não oferecem riscos previsíveis. Participando do processo, você terá o benefício direto de receber os resultados obtidos nas avaliações, juntamente com orientações.
4. O sigilo quanto à identificação será mantido. Todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais e os resultados serão descritos, de forma geral e não individual, na dissertação de mestrado da aluna Kainara Silva da Cunha, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde do Curso de Pós-Graduação da PUC-Campinas, sob a orientação da Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo.
5. Sua participação será voluntária. Você está livre para interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa, sem qualquer prejuízo a você ou seu filho (a). Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, nem receberá qualquer pagamento. Se desejar, poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, no telefone (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, endereço Rod. Dom Pedro I, km 136, Parque das Universidades, Campinas-SP, CEP: 13086-900, horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08h00 as 17h00.**
6. Este termo é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá com você e outra com a pesquisadora.

IV. Consentimento pós-esclarecido

Tendo em vista todas as informações apresentadas e lidas atentamente por mim, eu _____, abaixo

assinado, livre e de forma esclarecida, concordo em participar da pesquisa descrita.

Assinatura do Participante

Kainara Silva da Cunha/Pesquisadora

Data: ____/____/____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Criança

I. Dados de Identificação do Participante e dos Responsáveis

Participante: Idade:

Nome do Pai:RG

Nome da Mãe:RG

Telefone: Cel.:

II. Dados sobre a pesquisa

Título do da pesquisa: *Relações entre controle parental, risco psicossocial familiar e enfrentamento do tratamento de crianças com sobrepeso ou obesidade.*

Pesquisadores responsável: Kainara Silva da Cunha

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo

III. Informações

Seu filho (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Assinando este termo de consentimento você estará declarando que está ciente de que:

1. O objetivo do estudo será identificar, descrever e analisar variáveis parentais relacionadas à adesão ao tratamento do sobrepeso/obesidade de crianças em tratamento ambulatorial.
2. Seu filho (a) será chamado para participar dos procedimentos da pesquisa. Cada procedimento corresponde a momentos de avaliação, onde seu filho (a) estará respondendo a questionários. A aplicação destes questionários poderá ser realizada em pequenos grupos e terá no máximo uma hora de duração, em cada uma dessas etapas. Todos os procedimentos da pesquisa serão realizados no hospital.
3. Os procedimentos e instrumentos de avaliação utilizados seguem as normas éticas e não oferecem riscos previsíveis de qualquer natureza. Participando do processo, seu filho (a) terá o benefício direto de receber os resultados obtidos nas avaliações, juntamente com orientações.
4. O sigilo quanto à identificação do seu filho (a) será mantido. Todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais e os resultados serão descritos, de forma geral e não individual, na dissertação de mestrado da aluna Kainara Silva da Cunha, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde do Curso de Pós-Graduação da PUC-Campinas, sob a orientação da Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo.
5. A participação será voluntária. Seu filho (a) pode interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa, sem qualquer prejuízo para ele. O participante não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, nem receberá qualquer pagamento. Se desejar, poderá entrar em contato **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, no telefone (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, endereço Rod. Dom Pedro I, km 136, Parque das Universidades, Campinas-SP, CEP: 13086-900, horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08h00 as 17h00.**
6. A participação de seu filho (a) só será aceita com o consentimento dos pais ou responsáveis.
7. Este termo é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá com você e outra com a pesquisadora.

IV. Consentimento pós-esclarecido

Tendo em vista todas as informações apresentadas e lidas atentamente por mim, eu
 _____ dou
 meu consentimento livre e esclarecida para meu filho (a) participar como voluntário da pesquisa
 descrita.

 Assinatura do Responsável

 Kainara Silva da Cunha/Pesquisadora

Data: ____/____/____

APÊNDICE D

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Autoconfiança							
P1	Mais ou menos	3	<p><i>“Retirando alguns alimentos que eu sei que possa ajudar a engordar mais”</i> Assumir responsabilidade</p>	<p><i>“Fato de ser mãe ... ou eu faço ou não tem mais ninguém que faça”</i> Enfrenta o papel de mãe</p>	<p><i>“Perturbada”</i> Sofrimento</p>	Não	Faria
P2	Bastante	4	<p><i>“Mudando a alimentação dele”</i> Assumir responsabilidade</p>	<p><i>Sou mãe, não vou aceitar que ninguém fale mal do meu filho”</i> Enfrenta o papel de mãe</p>	<p><i>“Pouco decepcionada, pouco com raiva”</i> Sofrimento</p>	Sim	Faria
P3	Bastante	4	<p><i>“Tento fazer comida não calórica”</i> <i>“Eu faço o que eu posso, porque sustento ela sozinha”</i> Assumir responsabilidade</p>	<p><i>“De ser mãe é, mãe faz tudo pelo filho”</i> Enfrenta o papel de mãe</p>	<p><i>“Às vezes a gente se sente impotente”</i> Sofrimento</p>	Sim	Faria
P4	Muito	5	<p><i>“Me sinto confiante nas coisas que ele precisa comer, controlando as coisas, tentando fazer exercícios”</i> Assumir responsabilidade</p>	<p><i>“Minha confiança vem de Deus”</i> Uso da fé</p>	<p><i>“Tem que cuidar do filho, ser confiante”</i> Sensação de competência como mãe</p>	Sim	Não faria diferente
P5	Muito	5	<p><i>“Quando eu falo com ele e ele obedece”</i> Assumir responsabilidade</p>	<p><i>“Acho que é o amor que a gente tem pela pessoa”</i> Amor maternal</p>	<p><i>“Eu me sinto bem, porque sinto que há melhoras”</i> Satisfação</p>	Sim	Faria

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Autoconfiança							
P7	Mais ou menos	3	<p><i>“Quando eu percebo que ele deixa comida no prato”</i></p> <p>Perceber mudança de hábitos alimentares no filho</p>	<p><i>“ O fato dele estar crescendo e ele está entendendo mais”</i></p> <p>O desenvolvimento do filho</p>	<p><i>“Agora normal, mas já sofri muito ...”</i></p> <p>Não especifica uma emoção</p>	Sim	Não faria diferente
P9	Muito	5	<p><i>“Procuro não comprar alimentos, prefiro comer lanche em casa”</i></p> <p>Assumir responsabilidade</p>	<p><i>”Às vezes me sinto culpada de não comprar coisas para ele”</i></p> <p>Culpa</p>	<p><i>“Chateada, privo de alimentação”</i></p> <p>Sofrimento</p>	Não	Faria
P10	Bastante	4	<p><i>“Eu mudei a regra alimentar da casa toda”</i></p> <p>Assumir responsabilidade</p>	<p><i>“A gente tem problema de hipertensão e sobrepeso na família toda”</i></p> <p>Histórico familiares de doenças crônicas</p>	<p><i>“De início fiquei bastante preocupada mas já consegui que ele perdesse 3kg”</i></p> <p>Satisfação</p>	Sim	Não faria diferente
P11	Bastante	4	<p><i>“Difícil de controlar”</i></p> <p>Dificuldade de lidar com a situação</p>	<p><i>“Para que ele tenha uma vida saudável”</i></p> <p>Bem estar do filho</p>	<p><i>“Às vezes me sinto incapaz”</i></p> <p>Dificuldade de lidar com a situação</p>	Não	Faria.

P12	Muito	5	<i>“No momento que eu posso ajudar ele”</i> Bem estar do filho	<i>“A Deus ”</i> Uso da fé	<i>“Forte para poder ajudar”</i> Bem estar do filho	Sim	Faria
Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
Família de coping – Autoconfiança							
P13	Bastante	4	<i>“Sempre tentando realmente falar com ela sobre alimentação”</i> Assumir responsabilidade	<i>“Atribuo a me esforçar para o bem dela, saúde dela”</i> Bem estar do filho	<i>“ No começo eu me sentia culpada ... mas não tem nada a ver, é do corpo dela”</i> Não especifica uma emoção, mas se baseia na condição física da filha	Sim	Não faria diferente
P14	Bastante	4	<i>“Ah não sei explicar”</i> (Nota-se dificuldade de compreensão do instrumento por parte desta mãe)	----	<i>“Só confiante”</i> Se sente segura	Sim	Faria
P15	Mais ou menos	3	<i>“A falta de resultado”</i> Dificuldade de lidar com a situação	<i>“Porque eu acho que falta um pouco de comprometimento da minha parte”</i> Dificuldade de lidar com a situação	<i>“Péssima”</i> Sofrimento	Não	Faria

P16	Muito	5	<p>“Sempre”</p> <p>Se sente seguro</p>	<p>“A gente sempre confia no tratamento, nos exercícios, nos remédios ”</p> <p>Apoio de opções de tratamento</p>	<p>“Bem”</p> <p>Se sente seguro</p>	Sim	Não faria diferente
P17	Bastante	4	<p>“Quando eu passo ele nas médicas”</p>	<p>“É porque aqui eles vão cuidar dele”</p> <p>Apoio dos médicos</p>	<p>“É normal”</p> <p>Não especifica uma emoção</p>	Sim	Não faria diferente
P18	Nem um pouco	1	<p>“Porque eu tenho certeza que vai ser uma luta”</p> <p>Dificuldade de lidar com a situação</p>	<p>“A mim mesma”</p> <p>Dificuldade de lidar com a situação</p>	<p>“É complicado dizer como me sinto, acho que ainda vou sentir”</p> <p>Não especifica uma emoção</p>	Sim	Não faria diferente
P19	Bastante	4	<p>“Na hora que tiver já bem abaixado o peso, mais magra”</p> <p>Apoio nos resultados do tratamento</p>	<p>“Na saúde dela”</p> <p>Bem-estar do filho</p>	<p>“Bem “</p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Faria

Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Busca de Suporte							
P1	Bastante	4	<p>“Só o psicólogo quando eu consigo, tirando disso, só eu mesmo”</p> <p>Ajuda profissional e da própria mãe</p>	<p>“...para eles tentar talvez mostrar para mim qual era o jeito mais fácil de lidar”</p> <p>Busca de ajuda profissional através de orientações médicas</p>	----	Sim	Não faria diferente
P2	Bastante	4	<p>“ Na verdade a gente passava na pediatra e ela falou que ia encaminhar para a nutricionista”</p> <p>Ajuda profissional para o filho</p>	<p>“Porque tudo que a pediatra falou eu fiz, eu faço”</p> <p>Busca de ajuda profissional através de orientações médicas</p>	----	Sim	Faria
P3	Mais ou menos	3	<p>“Ela faz acompanhamento na endócrino e na nutricionista”</p> <p>Ajuda profissional para o filho</p>	<p>“Nas consultas médicas, aí que eu busco apoio”</p> <p>Busca de ajuda profissional através de orientações médicas</p>	<p>“Eu me sinto bem e ao mesmo tempo é difícil”</p> <p>Dualidade de sentimentos</p>	Sim	Faria
P4	Mais ou menos	3	<p>“Além da pediatria, só em casa mesmo”</p> <p>Ajuda profissional e da própria mãe</p>	<p>“Comecei a trazer ele aqui (pediatria) e agora passa de 6 em 6 meses, no bairro onde eu moro não tem”</p> <p>Ajuda profissional</p>	<p>“Como eu me sinto? Acho que é muito importante para ele em relação a alimentação ”</p> <p>Bem estar do filho</p>	Sim	Não faria diferente

P5	Mais ou menos	3	<p><i>“A ajuda que eu tenho é do meu marido ... minha cunhada me ajuda bastante”</i></p> <p>Redes de apoio familiar</p>	<p><i>“É gostoso ter opinião de terceiros, principalmente de pessoas que gostam demais dele”</i></p> <p>Busca de segurança</p>	<p><i>“Eu me sinto bem, acho que é sinal de que tem pessoas boas que você pode contar”</i></p> <p>Satisfação</p>	Sim	Não faria diferente

Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
Família de coping – Busca de Suporte							
P7	Muito	5	<p><i>“Ele tem auxílio de nutricionista, endocrinologista, psicóloga, fono, neuro, psiquiatra”</i></p> <p>Ajuda profissional</p>	<p><i>“ Porque sozinha seria impossível”</i></p> <p>Busca de ajuda profissional através de orientações médicas</p>	<p><i>“ Ah normal, no começo achava humilhante ... mas agora sei que é para o bem dele”</i></p> <p>Bem estar do filho</p>	Sim	Não faria diferente
P9	Nem um pouco	1	<p><i>“Não tenho ninguém para cuidar”</i></p> <p>Não possui redes de apoio</p>	<p><i>“Não tive apoio de ninguém”</i></p> <p>Falta de apoio, a desestimula buscar ajuda</p>	<p><i>“É difícil”</i></p> <p>Sofrimento</p>	Sim	Faria
P10	Um pouco	2	<p><i>“Tenho ajuda”</i></p> <p>Redes de apoio familiar</p>	<p><i>“Meu pai é diabético, minha mãe cuida dele, como ele (filho) fica com minha mãe é mais fácil manter o controle dele”</i></p> <p>Busca de segurança</p>	----	Sim	Não faria diferente

P11	Mais ou menos	3	<p>“Não infelizmente não tenho”</p> <p>Não possui redes de apoio</p>	<p>“É difícil achar um psicólogo, alguém para me direcionar na forma certa”</p> <p>Falta de apoio, dificulta lidar com a situação</p>	<p>“Me sinto constrangida porque busco apoio e não acho”</p> <p>Falta de apoio, dificulta lidar com a situação</p>	Não	Faria.
P12	Muito	5	<p>“Procuro prefeitura para ele vir ao tratamento, ajuda do postinho, da psicóloga, daqui da endócrino”</p> <p>Ajuda profissional</p>	<p>“Porque sozinha não tem como ”</p> <p>Busca de segurança através dos tratamentos médicos</p>	<p>“Me sinto bem, mais confiante”</p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Não faria diferente

Estratégias de enfrentamento

Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
--------------	------	------------	----------------------------------	----------------	----------------------------	---------------------------------	----------------------

Família de coping – Busca de Suporte

P13	Muito	5	<p>“Passo ela na endocrinologista e eles me informam tudo que eu devo fazer e que não devo”</p> <p>Ajuda profissional</p>	<p>“Como eu faço com a alimentação dela, o que eu devo parar de dar”</p> <p>Busca de segurança através das orientações médicas</p>	<p>“ Me sinto bem, eles me passam confiança”</p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Não faria diferente
P14	Bastante	4	<p>“Geralmente eu passo na pediatria, daí vão me dando orientações”</p> <p>Ajuda profissional</p>	<p>“Porque sozinha eu não consigo né fazer”</p> <p>Busca de segurança através das orientações médicas</p>	<p>“Me sinto confiante ”</p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Não faria diferente

P15	Mais ou menos	3	<p><i>“Único apoio que eu tenho mesmo é dos médicos”</i></p> <p>Ajuda profissional</p>	<p><i>“Ele faz acompanhamento com nutricionista e eu tenho feito o máximo possível seguir orientações, ele já passou por endócrino devido eu e o pai dele ter diabetes”</i></p> <p>Busca de segurança através das orientações médicas</p>	<p><i>“Me sinto péssima, ultimamente eu nunca procurei entender os exames dele”</i></p> <p>Sofrimento</p>	Não	Faria
P16	Muito	5	<p><i>“Ah só os médicos da PUC né e minha esposa que me ajuda também”</i></p> <p>Ajuda profissional e familiar</p>	<p><i>“Porque em casa é a família né e aqui os médicos que dão o tratamento certo então é por isso que a gente procura”</i></p> <p>Busca de segurança através dos tratamentos médicos e apoio familiar</p>	<p><i>“Bem”</i></p> <p>Se sente seguro</p>	Sim	Não faria diferente
P17	Muito	5	<p><i>“ Eu e o pai dele”</i></p> <p>Rede de apoio familiar</p>	<p><i>“Ué, porque sozinha não”</i></p> <p>Busca de segurança através de apoio familiar</p>	<p><i>“É normal”</i></p> <p>Não especifica uma emoção</p>	Sim	Não faria diferente
P18	Muito	5	<p><i>“Da minha mãe e do Bruno, irmão dele, nessa parte de alimentação ...”</i></p> <p>Rede de apoio familiar</p>	<p><i>“Porque ela respeita mais, tem mais medo deles do que de mim”</i></p> <p>Dificuldade de lidar com a situação, dando lugar aos demais familiares para exercer papel de cuidadores</p>	<p><i>“Eu não queria entendeu, mas se é eles que me ajudam, então tenho que aceitar”</i></p> <p>Não especifica uma emoção, mas gera incomodo</p>	Sim	Faria
P19	Muito	5	<p><i>“Ajuda de ninguém, só dos médicos”</i></p> <p>Ajuda profissional</p>	<p><i>“”Porque neles eu confio”</i></p> <p>Busca de segurança através dos tratamentos médicos</p>	<p><i>“Mais aliviada”</i></p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Não faria diferente

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Resolução de problemas							
P1	Muito	5	<p><i>“No caso tem que correr atrás né”</i></p> <p>Busca outras opções para tratamento</p>	<p><i>“..Dificuldades por um lado aumentam, mas eu resolvo os outros”</i></p>	<p><i>“Inútil ... que é só eu”</i></p>	Sim	Faria
P2	Muito	5	<p>Ajuda profissional para o filho</p>	<p><i>“Porque tudo que a pediatra falou eu fiz, eu faço”</i></p> <p>Busca de ajuda profissional através de orientações médicas</p>	---	Sim	Faria
P3	Mais ou menos	3	<p><i>“Ela faz acompanhamento na endócrino e na nutricionista”</i></p> <p>Ajuda profissional para o filho</p>	<p><i>“Nas consultas médicas, aí que eu busco apoio”</i></p> <p>Busca de ajuda profissional através de orientações médicas</p>	<p><i>“Eu me sinto bem e ao mesmo tempo é difícil”</i></p> <p>Dualidade de sentimentos</p>	Sim	Faria
P4	Mais ou menos	3	<p><i>“Além da pediatria, só em casa mesmo”</i></p> <p>Ajuda profissional e da própria mãe</p>	<p><i>“Comecei a trazer ele aqui (pediatria) e agora passa de 6 em 6 meses, no bairro onde eu moro não tem”</i></p> <p>Ajuda profissional</p>	<p><i>“Como eu me sinto? Acho que é muito importante para ele em relação a alimentação ”</i></p> <p>Bem estar do filho</p>	Sim	Não faria diferente

P5	Mais ou menos	3	<p><i>“A ajuda que eu tenho é do meu marido ... minha cunhada me ajuda bastante”</i></p> <p>Redes de apoio familiar</p>	<p><i>“É gostoso ter opinião de terceiros, principalmente de pessoas que gostam demais dele”</i></p> <p>Busca de segurança</p>	<p><i>“Eu me sinto bem, acho que é sinal de que tem pessoas boas que você pode contar”</i></p> <p>Satisfação</p>	Sim	Não faria diferente
----	---------------	---	---	--	--	-----	---------------------

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
Família de coping – Resolução de Problemas							
P7	Muito	5	<p><i>“Ele tem auxílio de nutricionista, endocrinologista, psicóloga, fono, neuro, psiquiatra”</i></p> <p>Ajuda profissional</p>	<p><i>“ Porque sozinha seria impossível”</i></p> <p>Busca de ajuda profissional através de orientações médicas</p>	<p><i>“ Ah normal, no começo achava humilhante ... mas agora sei que é para o bem dele”</i></p> <p>Bem estar do filho</p>	Sim	Não faria diferente
P9	Nem um pouco	1	<p><i>“Não tenho ninguém para cuidar”</i></p> <p>Não possui redes de apoio</p>	<p><i>“Não tive apoio de ninguém”</i></p> <p>Falta de apoio, a desestimula buscar ajuda</p>	<p><i>“É difícil”</i></p> <p>Sofrimento</p>	Sim	Faria
P10	Um pouco	2	<p><i>“Tenho ajuda”</i></p> <p>Redes de apoio familiar</p>	<p><i>“Meu pai é diabético, minha mãe cuida dele, como ele (filho) fica com minha mãe é mais fácil manter o controle dele”</i></p> <p>Busca de segurança</p>	---	Sim	Não faria diferente

P11	Mais ou menos	3	<p>“Não infelizmente não tenho”</p> <p>Não possui redes de apoio</p>	<p>“É difícil achar um psicólogo, alguém para me direcionar na forma certa”</p> <p>Falta de apoio, dificulta lidar com a situação</p>	<p>“Me sinto constrangida porque busco apoio e não acho”</p> <p>Falta de apoio, dificulta lidar com a situação</p>	Não	Faria.
P12	Muito	5	<p>“Procuro prefeitura para ele vir ao tratamento, ajuda do postinho, da psicóloga, daqui da endócrino”</p> <p>Ajuda profissional</p>	<p>“Porque sozinha não tem como ”</p> <p>Busca de segurança através dos tratamentos médicos</p>	<p>“Me sinto bem, mais confiante”</p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Não faria diferente
Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
Família de coping – Resolução de Problemas							
P13	Muito	5	<p>“Passo ela na endocrinologista e eles me informam tudo que eu devo fazer e que não devo”</p> <p>Ajuda profissional</p>	<p>“Como eu faço com a alimentação dela, o que eu devo parar de dar”</p> <p>Busca de segurança através das orientações médicas</p>	<p>“ Me sinto bem, eles me passam confiança”</p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Não faria diferente
P14	Bastante	4	<p>“Geralmente eu passo na pediatria, daí vão me dando orientações”</p> <p>Ajuda profissional</p>	<p>“Porque sozinha eu não consigo né fazer”</p> <p>Busca de segurança através das orientações médicas</p>	<p>“Me sinto confiante ”</p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Não faria diferente

P15	Mais ou menos	3	<p><i>“Único apoio que eu tenho mesmo é dos médicos”</i></p> <p>Ajuda profissional</p>	<p><i>“Ele faz acompanhamento com nutricionista e eu tenho feito o máximo possível seguir orientações, ele já passou por endócrino devido eu e o pai dele ter diabetes”</i></p> <p>Busca de segurança através das orientações médicas</p>	<p><i>“Me sinto péssima, ultimamente eu nunca procurei entender os exames dele”</i></p> <p>Sufrimento</p>	Não	Faria
P16	Muito	5	<p><i>“Ah só os médicos da PUC né e minha esposa que me ajuda também”</i></p> <p>Ajuda profissional e familiar</p>	<p><i>“Porque em casa é a família né e aqui os médicos que dão o tratamento certo então é por isso que a gente procura”</i></p> <p>Busca de segurança através dos tratamentos médicos e apoio familiar</p>	<p><i>“Bem”</i></p> <p>Se sente seguro</p>	Sim	Não faria diferente
P17	Muito	5	<p><i>“ Eu e o pai dele”</i></p> <p>Rede de apoio familiar</p>	<p><i>“Ué, porque sozinha não”</i></p> <p>Busca de segurança através de apoio familiar</p>	<p><i>“É normal”</i></p> <p>Não especifica uma emoção</p>	Sim	Não faria diferente
P18	Muito	5	<p><i>“Da minha mãe e do Bruno, irmão dele, nessa parte de alimentação ...”</i></p> <p>Rede de apoio familiar</p>	<p><i>“Porque ela respeita mais, tem mais medo deles do que de mim”</i></p> <p>Dificuldade de lidar com a situação, dando lugar aos demais familiares para exercer papel de cuidadores</p>	<p><i>“Eu não queria entendeu, mas se é eles que me ajudam, então tenho que aceitar”</i></p> <p>Não especifica uma emoção, mas gera incomodo</p>	Sim	Faria
P19	Muito	5	<p><i>“Ajuda de ninguém, só dos médicos”</i></p> <p>Ajuda profissional</p>	<p><i>“Porque neles eu confio”</i></p> <p>Busca de segurança através dos tratamentos médicos</p>	<p><i>“Mais aliviada”</i></p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Não faria diferente

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E. (sim/não)	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Busca de Informação							
P1	Um pouco	2	“Não, falando a verdade não” Não busca informação	“..Eu faço a medida de peso X altura, se está acima ou não” Só faz controle de peso do filho	---	---	---
P2	Muito	5	“ Site que o povo indica, facebook no grupo” Busca pela internet	“Porque como parou o acompanhamento médico, eu tenho que continuar ajudando ele” Ajudar o filho	“Às vezes aliviada” Confortada de certa forma	+-	Faria
P3	Um pouco	2	“Sempre converso com alguém que tem também criança com o mesmo caso da minha” Dialoga com outras mães	“Porque eu quero o melhor para ela e para mim ... o que melhorar na vida dela, melhora na minha também” Para fazer melhor para a filha e para ela	“Eu me sinto bem, porque se faz bem para ela, faz melhor ainda para mim” Confortada	Sim	Faria
P4	Mais ou menos	3	“Além da pediatria, só em casa mesmo” Ajuda profissional e da própria mãe	“Comecei a trazer ele aqui (pediatria) e agora passa de 6 em 6 meses, no bairro onde eu moro não tem” Ajuda profissional	“Como eu me sinto? Acho que é muito importante para ele em relação a alimentação ” Bem estar do filho	Sim	Não faria diferente

P5	Mais ou menos	3	<i>"A ajuda que eu tenho é do meu marido ... minha cunhada me ajuda bastante"</i> Redes de apoio familiar	<i>"É gostoso ter opinião de terceiros, principalmente de pessoas que gostam demais dele"</i> Busca de segurança	<i>"Eu me sinto bem, acho que é sinal de que tem pessoas boas que você pode contar"</i> Satisfação	Sim	Não faria diferente
----	---------------	---	--	---	---	-----	---------------------

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E. (sim/não)	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
Família de coping – Busca de Informação							
P7	Muito	5	<i>"Ele tem auxílio de nutricionista, endocrinologista, psicóloga, fono, neuro, psiquiatra"</i> Ajuda profissional	<i>" Porque sozinha seria impossível"</i> Busca de ajuda profissional através de orientações médicas	<i>" Ah normal, no começo achava humilhante ... mas agora sei que é para o bem dele"</i> Bem estar do filho	Sim	Não faria diferente
P9	Nem um pouco	1	<i>"Não tenho ninguém para cuidar"</i> Não possui redes de apoio	<i>"Não tive apoio de ninguém"</i> Falta de apoio, a desestimula buscar ajuda	<i>"É difícil"</i> Sofrimento	Sim	Faria
P10	Um pouco	2	<i>"Tenho ajuda"</i> Redes de apoio familiar	<i>"Meu pai é diabético, minha mãe cuida dele, como ele (filho) fica com minha mãe é mais fácil manter o controle dele"</i> Busca de segurança	----	Sim	Não faria diferente

P11	Mais ou menos	3	<p>“Não infelizmente não tenho”</p> <p>Não possui redes de apoio</p>	<p>“É difícil achar um psicólogo, alguém para me direcionar na forma certa”</p> <p>Falta de apoio, dificulta lidar com a situação</p>	<p>“Me sinto constrangida porque busco apoio e não acho”</p> <p>Falta de apoio, dificulta lidar com a situação</p>	Não	Faria.
P12	Muito	5	<p>“Procuro prefeitura para ele vir ao tratamento, ajuda do postinho, da psicóloga, daqui da endócrino”</p> <p>Ajuda profissional</p>	<p>“Porque sozinha não tem como ”</p> <p>Busca de segurança através dos tratamentos médicos</p>	<p>“Me sinto bem, mais confiante”</p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Não faria diferente
Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E. (sim/não)	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
Família de coping – Busca de Informação							
P13	Muito	5	<p>“Passo ela na endocrinologista e eles me informam tudo que eu devo fazer e que não devo”</p> <p>Ajuda profissional</p>	<p>“Como eu faço com a alimentação dela, o que eu devo parar de dar”</p> <p>Busca de segurança através das orientações médicas</p>	<p>“ Me sinto bem, eles me passam confiança”</p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Não faria diferente
P14	Bastante	4	<p>“Geralmente eu passo na pediatria, daí vão me dando orientações”</p> <p>Ajuda profissional</p>	<p>“Porque sozinha eu não consigo né fazer”</p> <p>Busca de segurança através das orientações médicas</p>	<p>“Me sinto confiante ”</p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Não faria diferente

P15	Mais ou menos	3	<p><i>“Único apoio que eu tenho mesmo é dos médicos”</i></p> <p>Ajuda profissional</p>	<p><i>“Ele faz acompanhamento com nutricionista e eu tenho feito o máximo possível seguir orientações, ele já passou por endócrino devido eu e o pai dele ter diabetes”</i></p> <p>Busca de segurança através das orientações médicas</p>	<p><i>“Me sinto péssima, ultimamente eu nunca procurei entender os exames dele”</i></p> <p>Sofrimento</p>	Não	Faria
P16	Muito	5	<p><i>“Ah só os médicos da PUC né e minha esposa que me ajuda também”</i></p> <p>Ajuda profissional e familiar</p>	<p><i>“Porque em casa é a família né e aqui os médicos que dão o tratamento certo então é por isso que a gente procura”</i></p> <p>Busca de segurança através dos tratamentos médicos e apoio familiar</p>	<p><i>“Bem”</i></p> <p>Se sente seguro</p>	Sim	Não faria diferente
P17	Muito	5	<p><i>“ Eu e o pai dele”</i></p> <p>Rede de apoio familiar</p>	<p><i>“Ué, porque sozinha não”</i></p> <p>Busca de segurança através de apoio familiar</p>	<p><i>“É normal”</i></p> <p>Não especifica uma emoção</p>	Sim	Não faria diferente
P18	Muito	5	<p><i>“Da minha mãe e do Bruno, irmão dele, nessa parte de alimentação ...”</i></p> <p>Rede de apoio familiar</p>	<p><i>“Porque ela respeita mais, tem mais medo deles do que de mim”</i></p> <p>Dificuldade de lidar com a situação, dando lugar aos demais familiares para exercer papel de cuidadores</p>	<p><i>“Eu não queria entendeu, mas se é eles que me ajudam, então tenho que aceitar”</i></p> <p>Não especifica uma emoção, mas gera incomodo</p>	Sim	Faria
P19	Muito	5	<p><i>“Ajuda de ninguém, só dos médicos”</i></p> <p>Ajuda profissional</p>	<p><i>“Porque neles eu confio”</i></p> <p>Busca de segurança através dos tratamentos médicos</p>	<p><i>“Mais aliviada”</i></p> <p>Se sente segura</p>	Sim	Não faria diferente

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Acomodação							
P1	Sim	3	<p><i>“Aceito mas não tem como mudar... a gente tem um plano de ir para academia para emagrecer, mas infelizmente, financeiramente não consigo”</i></p> <p>Aceita mas aponta dificuldade financeira para o filho fazer atividades físicas</p>	<p><i>“Não tem como reagir, eu fico neutra, não consigo ajuda nem do pai dele”</i></p> <p>Não tem apoio do ex marido para recursos financeiros direcionados aos cuidados do filho</p>	---	Sim	Faria
P2	Nem um pouco	1	<p><i>“ Não aceito não, acho que fiquei muito chata ... porque antigamente se eu pedisse um brigadeiro eu dava, agora de jeito algum”</i></p> <p>Não aceitação devido ao desconforto por assumir responsabilidade no controle alimentar do filho</p>	<p><i>“Acho que mudei pelo motivo de que não querer que ele sofra mais tarde”</i></p> <p>Evitar sofrimento do filho</p>	----	Não	Faria

P3	Mais ou menos	3	<p><i>“Aceitar eu aceito, só que não é fácil...acho que não sou boa mãe, acho que eu trabalho muito”</i></p> <p>Falta de tempo disponível para cumprir papel de mãe</p>	<p><i>“A gente se sente impotente ...queria fazer tudo o que o filho da gente precisa, só que infelizmente a gente não pode fazer tudo”</i></p> <p>Dificuldade no empenho em resolver a situação</p>	<p><i>“Ah eu me sinto mal ... acho que tinha que ser diferente, só que eu faço o que eu posso dentro das minhas possibilidades”</i></p> <p>Cumpri o seu papel de mãe, mas não se sente totalmente confortável</p>	Sim	--
P4	Nem um pouco	1	<p><i>“Não, a situação de sobrepeso não, mas espero que ele emagreça”</i></p> <p>Não aceitação mas cria expectativas para a perda de peso do filho</p>	<p><i>“Por causa da saúde dele, e eu por causa do sobrepeso e já to com diabetes, não quero que nada disso aconteça com ele”</i></p> <p>Bem estar do filho</p>	<p><i>“Espero que ele emagreça, me sinto confiante em lutar”</i></p> <p>Confiança Bem estar do filho</p>	Sim	Não faria diferente
P5	Bastante	4	<p><i>“Aceito, eu acho que é normal para a idade dele e para uma criança que gosta de comer de tudo ... os pais que devem ficar atentos em relação a isso “</i></p> <p>Aceita sem acomodar</p>	<p><i>“Porque eu acho que não tem como vedar a criança, você trabalha fora não tem tempo de cuidar da alimentação”</i></p> <p>Rotina da mãe interfere no controle alimentar do filho</p>	<p><i>“Me sinto bem, me sinto responsável, acho que não sou uma mãe tão omissa assim”</i></p> <p>Cumprindo seu papel de mãe, se sente satisfeita</p>	Sim	Não faria diferente

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Acomodação							
P7	Mais ou menos	3	<p><i>“As vezes é difícil né, tem que regular muito, mas se é para o bem dele, normal”</i></p> <p>Bem estar do filho</p>	<p><i>“ Porque é para o bem dele né,,se eu deixar comer tudo, aí fica difícil”</i></p> <p>Bem estar do filho</p>	<p><i>“ Hoje sem culpa, já tive mais”</i></p> <p>Confortada</p>	Sim	Não faria diferente
P9	Bastante	4	<p>“Eu tenho que aceitar né”</p>	<p><i>“Procuo não passar isso para ele”</i></p>	--	--	--
P10	Muito	5	<p><i>“Eu tenho outras pessoas da família que passaram pela mesma dificuldade, então para mim não é tão difícil</i></p> <p>Histórico de doenças crônicas na família</p>	<p><i>“Medo da perda, ia ser constrangedor perder com a falta de cuidado”</i></p> <p>Dever de mãe</p>	----	Sim	Não faria diferente
P11	Nem um pouco	1	<p><i>“É difícil né para reagir ... para a gente controlar é um problema difícil por isso a gente tem que buscar ajuda”</i></p> <p>Não aceitação e delega a busca de apoio</p>	<p><i>“Ah porque se fosse diferente né, ter uma vida mais saudável, sem ter que ficar corrigindo, oprimindo a criança para não comer”</i></p>	<p><i>“Péssima, ah porque nenhuma mãe quer ter um filho para controlar, estar sempre resolvendo o que tem que comer e o que não tem”</i></p> <p>Não confortada</p>	Não	Faria.
P12	Muito	5	<p><i>“Eu aceito a condição dele, mas não aceito que ele fique assim para sempre”</i></p> <p>Aceitando mas cria expectativas para a perda de peso do filho</p>	<p><i>“Aceito ajudar ele”</i></p> <p>Dever de mãe</p>	<p><i>“Às vezes acho que a gente é um pouco maldosa né, porque aí você vai conversar, acha que não quer</i></p>	A mãe acha que agir assim tem ajudado	Não faria diferente

					deixar comer as coisas” Não confortada		
Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Acomodação							
P13	Muito	5	“Tem que enfrentar né’ Aceitando sem acomodar	“Porque é uma coisa que não é culpa nem minha nem dela, a gente tem que procurar o tratamento certo” Aceitação	“ Bem” Se sente segura	A mãe acha que agir assim tem ajudado	Não faria diferente
P14	Nem um pouco	1	“Porque ela sofre muito preconceito” Não aceitação pelo bullying que a filha sofre	“As crianças zoam muito dela né na escola, é difícil comprar roupa ... pela saúde dela mesmo” Bem estar da filha	“Tem horas que eu me sinto muito triste” Sofrimento	A mãe acha que agir assim tem ajudado pouco	A mãe não soube explicar
P15							
P16	Muito	5	“Sim aceito bem’ Aceitando sem acomodar	Porque eu sou o pai, tenho que cuidar do sobrepeso dela para ela se manter bem também” Cumprir o papel de pai Bem estar da filha	“ Bem” Se sente seguro	O pai acha que agir assim tem ajudado	Não faria diferente

P17	Mais ou menos	3	<p><i>“ Aceito, ah faz tempo que ele se trata ”</i></p> <p>Aceitando sem acomodar</p>	<p><i>“O problema não é emagrecer que me preocupa, é o problema que ele tem mesmo</i></p> <p>Outras doenças crônicas agravantes</p>	Não especifica uma emoção	A mãe acha que agir assim tem ajudado	Não faria diferente
P18	Muito	5	<p><i>“Não estou aceitando não”</i></p> <p>Não aceitação</p>	<p><i>“Porque eu acho que é muita privação para a criança nessa parte”</i></p>	<p><i>“Me sinto chateada né”</i></p> <p>Sofrimento</p>	A mãe não soube explicar	Faria
P19	Muito	5	<p><i>“Me esforçando”</i></p> <p>Aceitando sem acomodar</p>	<p><i>“Eu aceito porque tem que ir com calma e conforme vai indo, vai melhorando”</i></p> <p>Aceitação</p>	<p><i>“Mal pelo jeito que ela fica”</i></p> <p>Sofrimento</p>	A mãe acha que agir assim tem ajudado as vezes	Faria

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Negociação							
P1	Um pouco	2	<p><i>“Eu troco com a minha mãe, ela faz os legumes e ele acaba comendo coisas saudáveis quando está com ela”</i></p> <p>Faz acordos com a avó da criança para ter hábitos saudáveis</p>	<p><i>“Pelo menos de 30 dias no mês, 20 ele acaba comendo coisas saudáveis”</i></p> <p>Ajudar o filho para ter hábitos saudáveis</p>	---	Mãe acha que agindo assim não tem ajudado	Afirma que se pudesse faria diferente – <i>“Se eu tivesse outro meio mais fácil de fazer eu fazia, mas sem tempo, sem nada, é complicado”</i>
P2	Muito	5	<p><i>“Ah sim, fiz uma planilha lá que a gente vai fazer na semana inteira o que vai ser na parte culinária e da atividade física”</i></p> <p>Faz planejamentos da alimentação e exercícios físicos</p>	<p><i>“Um pouco para mim, para eu poder controlar o que eu vou fazer, não fazer nada correndo para evitar um pouco de frituras também”</i></p> <p>Reorganizando as tarefas, evita consumo de alimentos não saudáveis</p>	<p><i>“Ah bem”</i></p> <p>Confortada</p>	Sim	Não faria diferente

P3	Mais ou menos	3	<p>A mãe costuma dizer a filha: “ se você perder tantos kg eu te dou (algo que ela quer muito) “ Só que ela nunca perde, pelo ao contrário ela está sempre ganhando peso”</p> <p>Negocia a perda de peso da filha com recompensas</p>	<p>“Porque eu quero que ela emagreça”</p> <p>Bem estar da filha Preocupação com o peso</p>	<p>“Quando a gente tá planejando, que ela fala que vai fazer eu me sinto bem, mas aí a hora que não dá certo, aí eu me sinto mal”</p> <p>Frustrada quando não tem êxito no planejamento e confortada quando consegue</p>	<p>“A gente vai sobrevivendo”</p>	Faria
P4	Nem um pouco	1	<p>“Não, não tem muito acordo ... meu marido em relação a refrigerante conversa com ele no final de semana, aí ele concorda, mas eu não faço”</p> <p>Não faz planejamento</p>	<p>“Porque senão ele só vai fazer só se tiver acordo”</p> <p>Afirma que não tem êxito se tiver acordos</p>	---	Sim	Não faria diferente
P5	Nem um pouco	1	<p>“Não, não tem acordo”</p> <p>Não faz planejamento</p>	<p>“Porque eu deixo eles bem conscientes né do que pode, o que não pode, o que vai gerar aquilo, então eles aceitam bem”</p> <p>Resolve o que surge sem planejamento</p>	<p>“Eu acho que eu estou certa”</p> <p>Satisfação</p>	<p>Mãe acha que agindo assim tem ajudado –</p> <p>“Tem me ajudado, porque eu tenho menos dificuldade”</p>	Não faria diferente

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Negociação							
P7	Bastante	4	<p>“Sim ... troco de alimentos, dá para negociar”</p> <p>Assume troca de alimentos</p>	<p>“Troco por algo que não faria tanta diferença”</p>	<p>“Hoje em dia é tão normal, que já é automático, já não faz diferença”</p>	<p>Mãe acha que agindo assim tem ajudado –</p> <p>“Sim, de certa forma alivia um pouco”</p>	<p>Afirma que se pudesse faria diferente –</p> <p>“Se eu pudesse, faria mas não tem como, se ele compreendesse um pouco mais, mas é ainda uma criança”</p>
P9	Nem um pouco	1	<p>“Não tenho tempo para planejar”</p> <p>Não faz planejamento</p>	<p>“Por conta do serviço, da situação”</p>	---	---	<p>Afirma que se pudesse faria diferente –</p> <p>“Com certeza”</p>
P10	Um pouco	2	<p>“Troco alimentos que não pode ... o que não pode beber e o que não pode comer, não pode mesmo”</p> <p>Assume troca de alimentos</p>	<p>“Uma vez por semana pediatra liberou, 1 vez por semana é assim que está sendo feito ... mas não faço acordos”</p> <p>Segue orientações médicas de hábitos saudáveis</p>	<p>“Agora a alimentação em casa é só referente ao que ele pode e ao que ele não pode então eu me sinto tranquila”</p> <p>Se sente segura</p>	<p>Mãe acha que agindo assim tem ajudado</p> <p>“Não sinto dificuldade”</p>	<p>Não faria diferente</p>
P11	Muito	5	<p>“Os dias que estou em casa, estou ali para controlar entendeu. Devo lembrar que ela deve comer frutas, verduras, estas coisas”</p>	<p>“Para garantir um futuro melhor, uma saúde, saudável”</p>	<p>“Pressionada né, difícil”</p> <p>Não confortada</p>	<p>Mãe acha que agindo assim tem ajudado</p>	<p>Não faria diferente -</p> <p>“Não, eu faria exatamente o que eu to fazendo,</p>

			Assume a responsabilidade	Bem estar da filha		“Ah sim, com certeza”	<i>porque é a necessidade, tem que ter planejamento”</i>
P12	Nem um pouco	1	“ <i>Eu sempre peço para ele é assim, vai ser assim, não vou te dar alguma coisa para você não comer isso</i> ” Não faz planejamento	“ <i>Não tem acordo, tem que aprender que é desse jeito, é o melhor para ele</i> ” “ <i>A vida não é só de troca</i> ” Resolve o que surge sem planejamento	“ <i>Me sinto bem, a gente foi criado assim, não tinha essas coisas de gambelada</i> ” Baseado na educação que a mãe teve	A mãe acha que agir assim tem ajudado	Não faria diferente
Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
Família de coping – Negociação							
P13	Mais ou menos	3	“ <i>Às vezes eu troco um doce e troco por uma fruta, as vezes dá certo</i> ” Assume troca de alimentos	“ <i>Para evitar mais peso</i> ” Bem estar da filha Preocupação com o peso	“ <i>Às vezes é chato, as vezes até a gente quer comer e não pode</i> ” Não confortada	A mãe acha que agir assim tem ajudado	Afirma que se pudesse faria diferente – “ <i>Acho que esforçaria um pouquinho mais</i> ”
P14	Bastante	4	“ <i>Eu faço, eu tento fazer, mas ela não cumpre.. eu falo para ela que se ela melhorar, não vai para tal lugar, não vai ganhar isso, não vai ganhar aquilo</i> ” Faz acordos, mas não tem êxito	“ <i>Para ver se ela põe na cabeça dela né assim para ver se eu convengo ela de emagrecer um pouco né</i> ” Bem estar da filha	“ <i>Tem hora que eu me sinto mal né porque eu tenho que negociar uma coisa que não tem explicação</i> ”	--	Afirma que se pudesse faria diferente – “ <i>Faziria</i> ” muita coisa, porque né ... não tentar

				Preocupação com o peso	Não confortada		fazer o acordo né”
P15	Mais ou menos	3	<p>“Acho que as vezes sim, as vezes eu falo para ele, se ele se comportar, as vezes tem uma festa para ir e eu falo para ele ‘voce so vai na festa se você se policiar durante a semana, acredito que seja um acordo”</p> <p>Faz acordos com o filho, mas sem muita frequência</p>	<p>“Eu tenho na medida do possível (...) porque é uma criança né, imagina uma criança crescendo e tudo ‘não’, ‘não pode’ (..) é uma forma de tentar negociar com ele, eu tentar passar para ele a importância da reeducação alimentar”</p> <p>Foco nas mudanças de hábitos alimentares do filho</p>	<p>“Acho que a gente ‘ta’ se enganando a si mesmo né, porque não tem negociação, acho que tem que ter pulso firme e o que é não é não, acho que não teria que ter mais um acordo”</p> <p>Desaprova as estratégias de negociação</p>	<p>“Não, acho que não, as vezes a gente acha que a criança é boba, mas elas sabem dar a volta por cima e conseguir o que eles querem”</p>	Faria diferente “Eu faria sim, acho que quando a gente estipula uma meta a gente tem que seguir até o fim, eu acho que eu teria que abolir o acordo”
P16	Nem um pouco	1	<p>“Não precisa de acordo”</p> <p>Não faz planejamento</p>	<p>Ela sabe o que tem que fazer, tem que fazer o tratamento de acordo, A gente só conversa ”</p>	<p>“Bem”</p> <p>Se sente seguro</p>	O pai acha que agir assim tem ajudado	Não faria diferente
P17	Mais ou menos	3	<p>“ Então eu faço, mas ele não come ... eu falo para ele não comer que o que faz mal, aí vou dar não sei o que para ele e ele não come”</p> <p>Faz tentativas de negociação, mas sem êxito</p>	<p>“Para ele emagrecer né”</p> <p>Bem estar do filho Preocupação com o peso</p>	<p>“Vira nada”</p> <p>Não especifica uma emoção</p>	“Normal”	Não faria diferente
P18	Nem um pouco	1	<p>“Não faço”</p> <p>Não faz negociação</p>	<p>“Porque eu vejo isso como chantagem”</p> <p>Afirma que não tem êxito se tiver trocas</p>	<p>“Bem”</p> <p>Se sente segura</p>	<p>“Acho que não ajuda, mas também não atrapalhou”</p>	Não faria diferente

P19	Nem um pouco	1	<p><i>“Não, uma porque não pode comer ao compro, então não troco”</i></p> <p>Não faz negociação</p>	<p><i>“Porque acho que isso não é certo”</i></p> <p>Afirma que não tem êxito se tiver trocas</p>	<p><i>“Sinto bem, porque tenho certeza que ela tem que aprender que não é negociando que vai ajudar em nada”</i></p> <p>Confortada</p>	<p>A mãe acha que agir assim tem ajudado</p>	Não faria diferente
-----	--------------	---	---	--	--	--	---------------------

Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Delegação							
P1	Nem um pouco	1	<p><i>“Sou sempre eu, limpo cuidado, to vigiando, bem galinha em cima dos pintos ...”</i></p> <p>Assumir o papel como mãe</p>	<p><i>“Para não ter comentários da minha família”</i></p> <p>Preocupação com o julgamento da família</p>	<p><i>“Sinto bem, mas se tivesse o pai dele por perto, seria melhor”</i></p> <p>Sente falta de apoio do pai da criança</p>	--	--
P2	Nem um pouco	1	<p><i>“eu que preparo a comida, deixo tudo preparado, arrumado”</i></p> <p>Não delega os cuidados aos outros</p>	<p><i>“Porque minha mãe vai deixar fazer o que ele quiser, comer o que ele quiser”</i></p> <p>Não aceita ajuda de outro familiar para delegar responsabilidades, porque pode interferir</p>	<p><i>“As vezes, estressada demais, mas é meu filho né, então tem que fazer por onde”</i></p> <p>Reconhece a sobrecarga, mas prefere continuar agindo dessa maneira,</p>	<i>“Acho que as vezes”</i>	Faria
P3	Nem um pouco	1	<p><i>“eu cuido por conta própria tentando seguir a regra da médica né”</i></p> <p>Não delega os cuidados aos outros e se baseia em orientações médicas</p>	<p><i>“Porque eu sou mãe, eu junto com a médica dela acho que sei o que é melhor”</i></p> <p>Reconhece o papel de mãe e se fortalece com a ajuda de orientação médica</p>	<p><i>“as vezes eu me sinto mal (...) ela fala: eu queria minha avó aqui, mas não tem para onde correr, é ela e eu e Deus”</i></p> <p>Incomodada pelo fato da filha preferir a avó,</p>	Sim	Afirma que se pudesse faria diferente <i>“na verdade, eu gostaria de ter ajuda, nesses</i>

					Usa recurso da fé para lidar com a situação		<i>casos tinha que ser família</i>
P4	Mais ou menos	3	<p><i>“Somos nós dois (eu e o pai dele), ele cozinha, então nessa parte eu que controlo a quantidade, sobre o que ele (filho) vai comer”</i></p> <p>Delega funções a outras pessoas</p>	<p><i>“Porque é mais fácil, fazer juntos”</i></p> <p>Reconhece a importância de aceitar a ajuda do outro</p>	<p><i>“Acho que assim é mais fácil, cuidar junto, se um cuida e outro não cuida, não adianta</i></p> <p>Confortada com a ajuda do outro</p>	Sim	Não faria diferente
P5	Um pouco	2	<p><i>“eu controlo tudo, eu deixo geralmente comida pronta e eu peço para meu marido “olha eu não quero que eles comam isso” ... na escola procuro saber o cardápio”</i></p>	<p><i>“porque eu acho melhor você ter controle da situação ... não ficar confiando nos outros”</i></p> <p>Não delega funções para os outros, pelo fato de não ter confiança nas pessoas</p>	<p><i>“Eu me sinto bem”</i></p> <p>Satisfação</p>	Sim	Não faria diferente

Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
Família de coping – Delegação							

P7	Nem um pouco	1	<p><i>“Quem faz tudo sou eu, moramos eu, ele e a irmã então nem o pai se intromete muito, porque não convive, então tudo que tem que resolver sou eu mesmo”</i></p> <p>Não delega decisões e cuidados aos outros</p>	<p><i>“ Porque quem convive sou eu, quem tem acompanhamento nos médicos sou eu, então eu acho que eu entendo melhor do que os outros”</i></p> <p>Por ser a única pessoa que acompanha e conhece a criança.</p>	<p><i>“ Sobrecarregada às vezes, mas acostuma”</i></p> <p>Sobrecarregada</p>	Sim	Não faria diferente
P9	Nem um pouco	1	<p><i>“Eu mesma faço”</i></p> <p>Não delega decisões e cuidados aos outros</p>	<p><i>“Não tem outra saída”</i></p> <p>Por ser a única pessoa que acompanha e conhece a criança.</p>	---	--	--
P10	Nem um pouco	1	<p><i>“Sou eu que cuido, eu que tenho responsabilidade total e mesmo que eu trabalhe e é minha mãe que fica com ele, mas as regras da alimentação dele sou eu que faço”</i></p> <p>Por assumir papel de mãe</p>	<p><i>“ Minha mãe já está com ele, para eu poder sair de casa trabalhar...então não é justo por a responsabilidade do meu filho nas costas dela”</i></p> <p>Por assumir papel de mãe</p>	“Normal”	Sim <i>“eu tenho meu esposo, a gente conversa bastante, isso mantém a gente atualizado com tudo”</i>	Não faria diferente
P11	Nem um pouco	1	<p><i>“Faço por mim, não dá para deixar nas mãos dos outros né, tem que tá ali sempre ajudando”</i></p> <p>Não delega decisões e cuidados aos outros</p>	<p><i>“Porque é a forma que eu to ajudando ela a ser uma pessoa boa, ter autoestima legal. Pensando mesmo no futuro”</i></p> <p>Bem estar da filha</p>	<p><i>“Às vezes meio incapaz né .. você quer fazer o melhor e as vezes nem sempre sai da melhor forma”</i></p> <p>Desconforto</p>	Não	Faria.

P12	Nem um pouco	1	<p><i>“é só eu mesmo, faço o que eu posso e as vezes até o que eu não posso”</i></p> <p>Não delega decisões e cuidados aos outros</p>	<p><i>“Eu prefiro eu ta sempre perto de tudo”</i></p> <p>Se sente segura em não delegar aos outros</p>	<p><i>“Me sinto bem, realizada porque eu estou por perto sempre”</i></p> <p>Se sente confiante no que faz</p>	Sim	Não faria diferente
Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
Família de coping – Delegação							
P13	Nem um pouco	1	<p><i>“Eu que cuido de tudo, tanto de alimentação como o que precisar, sou eu que cuido”</i></p> <p>Não delega decisões e cuidados aos outros</p>	<p><i>“Eu acho que a obrigação mesmo é da mãe né de tratar”</i></p> <p>Por assumir como papel de mãe</p>	<p><i>“ Bem”</i></p> <p>Se sente confortável</p>	Sim	Não faria diferente
P14	Nem um pouco	1	<p><i>“Eu que controlo a alimentação”</i></p> <p>Não delega decisões e cuidados aos outros</p>	<p><i>“Ah sei lá, porque eu acho que é mais comigo, porque com pai tem que ser eu mesma”</i></p> <p>Por ser a única pessoa que acompanha e conhece a criança.</p>	<p><i>“tem horas que eu me sinto bem”</i></p> <p>Se sente confortável mas não completamente</p>	Sim	Não faria diferente
P15	Nem um pouco	1	<p><i>“Hoje a principio sou eu que faço tudo sozinha, entende ... é difícil você encontrar alguém que vai ser pulso firme com ele... então não deixo os outros decidir não”</i></p>	<p><i>“ Vai fazer dois anos que parei de trabalhar por causa dele. Abandonei tudo, profissão para ser dona de casa e mãe, para ta mais perto para acompanhar ele de perto”</i></p>	-	<i>“eu só queria mais apoio do meu esposo né, eu</i>	---

			<p>Não delega decisões e cuidados aos outros</p>	<p>Assumir papel de mãe</p>		<p><i>acho que é crucial, acho que ele peca muito no apoio</i></p>	
P16	Nem um pouco	1	<p>“Eu decido ... <i>ah controlando a alimentação dela</i>”</p> <p>Não delega decisões e cuidados aos outros</p>	<p>“<i>Porque é o que tem que ser feito né, a gente que tem que fazer as coisas né</i>”</p> <p>Prefere não delegar a ninguém</p>	<p>“Bem”</p> <p>Se sente seguro</p>	<p>Sim</p>	<p>Não faria diferente</p>
P17	Nem um pouco	1	<p>“<i>eu que faço tudo, não tem opção, ninguém dá apoio, só eu e o pai dele</i>”</p> <p>Não delega decisões e cuidados aos outros</p>	<p>“<i>porque eu sou a mãe dele</i>”</p> <p>Assumir papel de mãe</p>	<p>“Normal”</p> <p>Não especifica uma emoção</p>	<p>Sim</p>	<p>Não faria diferente</p>
P18	Mais ou menos	3	<p>“<i>Porque eu acho que eu não divido sozinha, por mais que eu queira né, estou no meio termo</i>”</p> <p>Delega cuidados a outros familiares</p>	<p>“<i>Não é que eu prefiro, que eu também faço muita coisa né, então eu acho que com a ajuda nunca é demais</i>”</p> <p><i>Aceita ajuda de outras pessoas devido a rotina</i></p>	<p>“Bem”</p>	<p>--</p>	<p>Não Faria diferente</p>
P19	Nem um pouco	1	<p>“Faço por mim ... comprando as coisas que ela pode comer e só tem o meu apoio”</p> <p>Não delega cuidados a outros</p>	<p>“<i>Porque só tem a mim, não tem mais ninguém</i>”</p> <p>Não tem apoio de outras pessoas</p>	<p>“<i>Um pouco triste, fazer tudo sozinha</i>”</p> <p>Sofrimento</p>	<p>Sim</p>	<p>“ Não, deixaria do mesmo jeito”</p>

Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Isolamento							
P1	Mais ou menos	3	<p><i>“Eu me afastei um pouco, mas para ficar com ele”</i></p> <p>Evita sair para se aproximar do filho</p>	<p><i>“Eu tenho um ciclo de amizades que aonde eu to tão comigo (..) agora é raramente eu ver as pessoas, eu fico mais em casa com ele”</i></p> <p>Desejo de ficar com o filho</p>	---	<i>“Eu não sinto falta, porque são pessoas que eu não sinto falta, então para mim é indiferente”</i>	---
P2	Nem um pouco	1	---	<p><i>“Porque eu não lido com isso como se fosse uma doença, uma pessoa que tem que se afastar de todo mundo, do ambiente, da família, dos amigos, dos locais que a gente frequenta ... eu ajo como ele fosse uma criança normal, porem com limitações”</i></p> <p><i>Acredita que não precisa se afastar para lidar com a situação do filho</i></p>	---	---	Não faria diferente

P3	Nem um pouco	1	--	<p><i>“A gente quase não sai de casa, não tem vida social. Eu quase não conheço muita gente, então eu não me afastei de ninguém por isso”</i></p> <p>Não precisa se afastar para lidar com a situação Apresenta pouco convívio social devido a rotina e poucas amizades</p>	<p><i>“Me sinto em paz, porque não tem de quem se afastar, porque minha família mora toda no Ceará, só tem eu aqui (...) Mais perto que tem é o irmão dela, que é o mais velho que mora em São João da boa vista”</i></p> <p>Se sente confortável</p>	--	Afirma que se pudesse faria diferente <i>“Sim com certeza faria diferente”</i>
P4	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Porque senão ele vai se sentir excluído né, não me afasto de ninguém não”</i></p> <p>Evita isolamento para o bem estar do filho</p>	<p><i>“Acho melhor para ele né, me sinto bem”</i></p> <p>Bem estar do filho</p>	Sim	Não faria diferente
P5	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Porque não acho que é ideal você se afastar das pessoas nesse momento, acho que você tem que tá junto e se por acaso transparecer um problema é conversar, explicar que tá trabalhando para isso reverter”</i></p> <p>Acredita que não precisa se afastar para lidar com a situação.</p>	<p><i>“Me sinto bem”</i></p> <p>Satisfação</p>	“Tem”	Não faria diferente

Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Isolamento							
P7	Nem um pouco	1	--	<p><i>“ Porque ter apoio da família, das pessoas é importante né”</i></p> <p>Possui redes de apoio, não necessitando isolamento</p>	<p><i>“Ah eu prefiro, porque isso me ajuda, ajuda ele né, porque para quem tem convívio social para quem tem essa síndrome é importante”</i></p> <p>Satisfação por estar com outras pessoas</p>	<i>“Muito, tem muitas pessoas que me ajudam, minhas irmãs, minha mãe”</i>	Não faria diferente
P9	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Nunca precisei me afastar”</i></p> <p>Acredita que não precisa se afastar para lidar com a situação</p>	---	--	--
P10	Nem um pouco	1	--	<p><i>“ A gente não se afastou de ninguém, nem compromisso religioso, familiar, a gente está sempre junto, contanto que eu consigo fazer ele comer o que é certo para ele”</i></p> <p>Acredita que não precisa se afastar para lidar com a situação</p>	--	--	--

P11	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Não há necessidade”</i></p> <p>Acredita que não precisa se afastar para lidar com a situação</p>	<p><i>“Mostrando para as pessoas que a gente tem que lidar com os problemas dos filhos né, a gente não pode se afastar”</i></p> <p>Se sente confortável</p>	--	--
P12	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Não acho que tem necessidade de se afastar das pessoas, as pessoas é até bom, porque até mesmo ta me ajudando”</i></p> <p>Acredita que não precisa se afastar para lidar com a situação</p>	<p><i>“Me sinto bem”</i></p> <p>Satisfação por estar com outras pessoas</p>	“Muito”	Não faria diferente
Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Isolamento							
P13	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Acho que tem que ter uma convivência com outras pessoas mesmo e mostrar o certo e o errado para ela”</i></p> <p>Acredita que não precisa se afastar para lidar com a situação</p>	<p><i>“ Me sinto bem”</i></p> <p>Se sente confortável por estar com outras pessoas</p>	“Tem”	--

P14	Nem um pouco	1	---	<p><i>“Porque não tem o porque de afastar”</i></p> <p>Acredita que não precisa se afastar</p>	<p><i>“Me sinto bem”</i></p> <p>Se sente confortável</p>	<p><i>“Tem, tem me ajudado”</i></p>	Não faria diferente
P15	Bastante	4	<p><i>“eu deixo de frequentar a casa das pessoas, porque se ele chega lá, se tem refrigerante e uma pizza ele vai querer (...)</i></p> <p><i>“eu deixo de ir em muitas festas, deixo de sair, virei uma pessoa mais caseira para conseguir controlar essa situação”</i></p> <p>(..)</p> <p>Isolamento</p>	<p><i>“ porque eu acredito que o ponto crucial é você não vê é difícil levar seu filho numa festa, ele vai ver bolo, refrigerante, salgado e você vai falar não pode comer, então acho melhor não levar ele e não ver, que assim também eu não vou judiar dele que apesar de tudo é uma criança”</i></p> <p>Evitar sair para controlar melhor os hábitos alimentares do filho</p>	<p><i>“Muito péssima, eu sei que eu sou responsável, que eu preciso cuidar dele (...), mas as vezes eu me pego naquele ponto me perguntando porque eu tenho que pagar o preço, eu tenho que ficar trancada, não posso sair”</i></p> <p>Sofrimento</p>	---	<p>Afirma que se pudesse faria diferente</p> <p><i>“se eu tivesse uma alternativa, acho que eu faria diferente, mas hoje não vejo outra alternativa”</i></p>
P16	Nem um pouco	1	---	<p><i>“Porque não precisa”</i></p> <p>Acredita que não precisa se afastar</p>	<p><i>“Bem”</i></p> <p>Se sente seguro</p>	<p><i>“Tem”</i></p>	Não faria diferente

P17	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Porque não precisa”</i></p> <p>Acredita que não precisa se afastar</p>	<p>“Normal”</p> <p>Não especifica uma emoção</p>	--	--
P18	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Porque não tem necessidade de se afastar”</i></p> <p>Acredita que não precisa se afastar</p>	<p><i>“Ah normal”</i></p> <p>Não especifica uma emoção</p>	--	--
P19	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Porque não vai ajudar em nada”</i></p> <p>Acredita que o afastamento não vai melhorar a situação</p>	<p><i>“Bem”</i></p> <p>Confortável</p>	“Tem”	Não faria diferente

Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E. (sim/não)	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Desamparo							
P1	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Eu acredito que eu posso sim fazer, se eu tiver ajuda de um profissional, ta ali me orientando eu consigo sim”</i></p> <p>Acredita poder fazer algo e com ajuda de profissionais</p>	---	--	--
P2	Nem um pouco	1	<p><i>“Acho que tem muito o que fazer”</i></p> <p>Acredita poder fazer algo</p>	<p><i>“Porque querendo ou não, ele depende de mim”</i></p> <p>Cumprindo o papel de mãe</p>	----	--	Afirma que faria diferente <i>“As vezes em parte sim... as vezes eu deixaria um pouco mais livre, mas eu não faço “</i>
P3	Nem um pouco	1	<p><i>“Eu acredito que eu posso sim, acredito se eu empenhar mais, acredito que tem muita coisa para ser feita”</i></p> <p>Acredita poder fazer algo</p>	<p><i>“Porque assim tem várias formas né (...) por na natação de volta, andar de bicicleta, passear no parque, eu tenho nos programas para ser feito</i></p>	<i>“Ah me sinto mal, porque eu sei que tem a solução, mas eu não tenho tempo para fazer entendeu, então fica difícil para mim”</i>	<i>“Não, nesse caso é difícil”</i>	Afirma que faria diferente <i>“Sim, faria tudo diferente”</i>

				<p><i>para ajudar no sobrepeso dela, mas falta de tempo na verdade</i></p> <p>Acredita que pode fazer algo, porém usufrui de pouco tempo para ajudar a filha a perder peso</p>	Desconforto por não ter tempo suficiente com a filha	Afirma não ajudar	
P4	Nem um pouco	1	<p><i>"Acredito no que posso fazer, tento ajudar ele"</i></p> <p>Acredita poder fazer algo</p>	<p><i>"eu quero o melhor para ele, quero que ele emagreça, seja satisfeito"</i></p> <p>Bem estar do filho</p>	<p><i>"Me sinto bem, confiante"</i></p> <p>Confiante</p>	<p><i>"Tem sim"</i></p> <p>Afirma que ajuda</p>	Não faria diferente
P5	Nem um pouco	1	<p><i>"Não, eu acho que eu estou tranquila"</i></p> <p>A mãe se mostra segura no processo</p>	<p><i>"Porque eu sei que eu tenho controle, eu preciso tirar poucas coisas, ele já diminuiu bastante, to bem, é só controlar mesmo"</i></p> <p>Busca de soluções</p>	<p><i>"Bem"</i></p> <p>Segura</p>	Sim	Não faria diferente

Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Desamparo							
P7	Mais ou menos	3	<p>“ (...) eu passei muito sufoco no 1º ano, porque não entendia muito, não tinha muita paciência, não tava muito acostumada a ficar muito tempo fora de casa e o tratamento era mais intensivo, agora ta mais tranquilo”</p> <p>Acredita estar mais adaptada atualmente a situação --</p>	<p>“porque acaba cansando no quesito assim, é tudo atrás dele, não tenho tempo para vida social, para trabalhar, então acaba sobrecarregando um pouco”</p> <p>Se sente sobrecarregada e privada de contato social devido à dedicação ao tratamento do filho</p>	<p>“ Bem, não tenho problemas maiores não”</p> <p>Se sente segura</p>	<p>Afirma que ajuda</p> <p>“Tem, é porque senão lidar, eu acho que o psicológico não aguenta, você tem que enfrentar”</p>	<p>Não faria diferente</p>
P9	Muito	5	<p>“Fazer a gente pode, mas quando tem condições”</p>	--	--	--	--
P10	Nem um pouco	1	<p>“Não ... posso fazer, tenho feito né ... conseguimos fazer ele perder 3kg”</p> <p>A mãe se mostra empenhada na perda de peso do filho</p>	--	----	<p>Afirma que ajuda</p> <p>“Tem sim”</p>	<p>Não faria diferente</p>
P11	Nem um pouco	1	<p>“Não ... não acredito”</p> <p>Acredita poder fazer algo</p>	<p>“A gente tem que acreditar né, fazer as coisas acreditando que vai melhorar”</p> <p>Esperança de que a situação vai melhorar</p>	<p>“Me sinto bem, também querendo faze-la que ela esteja bem”</p> <p>Se sente bem pelo bem estar da filha</p>	<p>Afirma que ajuda</p> <p>“Ahan, com certeza”</p>	<p>Afirma que faria diferente</p> <p>“Se pudesse faria sim, mas no momento não há como fazer</p>

							<i>diferente, o problema já ta ai ne, então a gente tem que encarar</i>
P12	Nem um pouco	1	<i>"Não .. não ta nem no começo, para a mãe não tem limite não"</i> Amor maternal	<i>"Porque não tem limite, filho é sempre para ajudar"</i> Amor maternal	"Bem" Satisfação	Afirma que ajuda <i>"Bastante me dá forças"</i>	Não faria diferente
Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E. (sim/não)	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Desamparo							
P13	Nem um pouco	1	<i>"Não, não to no meu limite"</i> <i>"eu acho que eu to agindo bem, não tenho nada para reclamar, nem trocar não, tá tudo certo"</i> A mãe se mostra positiva no processo	<i>"Porque eu tento fazer o máximo possível, o que a gente consegue fazer e eu acho que to evoluindo bem"</i> Busca fazer o melhor para a filha	"Bem" Se sente segura	A mãe acha que agir assim tem ajudado	Não faria diferente
P14	Nem um pouco	1	--	<i>"Ah sei lá ... não sei ... eu to tendo paciência"</i> Acredita que a paciência a auxilia no processo	<i>"Ah calma né"</i>	A mãe acha que agir assim tem ajudado pouco	Faria diferente

P15	Bastante	4	<p><i>“ Porque eu já tive muita crise de ansiedade, entende, eu fico nervosa, estressada, nem sempre sei lidar com a situação”</i></p> <p>Reconhece sua dificuldade em lidar com a situação</p>	<p><i>“ Porque eu acabo me tornando uma pessoa chata (...) eu falo que é desgastante porque as vezes eu perco as estribeiras, falo coisas que não é para falar ...”</i></p> <p>Se sente incomodada pela atitude que exerce diante da situação</p>	<p><i>“Me sinto péssima né, porque eu gostaria de dar o meu melhor (...)”</i></p> <p>Se sente culpada por não fazer o melhor para o filho</p>	--	<p>Afirma que faria diferente</p> <p><i>“Eu acho que eu faria né, sei lá, de repente procurar tratamento psicológico não sei para ter alternativas de fugas, de escape para conseguir administrar melhor a situação”</i></p>
P16	Nem um pouco	1	<p><i>“ (...) tá no limite quando não aguenta mais, não, tranquilo ... eu reajo bem né”</i></p> <p>Acredita poder fazer algo</p>	<p><i>“Porque não, é tranquilo cuidar do sobrepeso dele”</i></p> <p>Não apresenta dificuldades em lidar com a situação da filha</p>	<p><i>“Bem”</i></p> <p>Se sente seguro</p>	O pai acha que agir assim tem ajudado	Não faria diferente
P17	Nem um pouco	1	<p><i>“Ah porque é assim o que tiver que ser vai ser “</i></p> <p>Aceitação</p>	<p><i>“Porque sim ... eu não acho que não tenho que trazer, nem cuidar ... para mim é normal”</i></p> <p>Aceitação</p>	--	--	--
P18	Nem um pouco	1	--	<p><i>“eu não to no meu limite porque não tenho conhecimento, então por</i></p>	--	--	--

				<i>enquanto eu não tomei nenhuma atitude</i>			
P19	Mais ou menos	3	<p><i>“Porque cansa de ficar falando, fazer as coisas e não ter resultado”</i></p> <p>Reconhece sua dificuldade em lidar com a situação</p>	<p><i>“Por causa disso, porque não vê resultados”</i></p> <p>Frustração pelo fato de não obter soluções adequadas</p>	<p><i>“Desapontada”</i></p> <p>Frustração</p>	<p>A mãe acha que agir assim tem ajudado</p>	<p>Não faria diferente</p>

Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Fuga							
P1	Muito	5	“Sempre”	“Quando ele precisa de mim, pede algumas coisas e eu infelizmente tento falar não, e ele me olha com uma cara de cachorro que caiu da mudança” Momentos críticos	“Incapaz porque eu não posso” Frustração	--	Não faria diferente “Não ... porque não tem para onde fugir, não tem o que fazer”
P2	Nem um pouco	1	--	“Eu acho que eu encarando junto com ele, não sei te dizer...não tem nada demais” Não evita a situação	--	--	--
P3	Nem um pouco	1	--	“To sempre querendo ajudar e cada vez mais, o que eu quero é o melhor para ela” Bem estar da filha	“É difícil, a gente se sente sempre impotente, você quer e não pode por n motivos, por falta de dinheiro, por falta de tempo (...)” Momento crítico	--	--
P4	Nem um pouco	1	--	“Porque eu quero o bem dele, quero ver resultado, quero que ele emagreça” Bem estar do filho	“Me sinto bem, feliz, quero ver resultado” Confiante	Mae afirma ter ajudado Afirma que ajuda	Não faria diferente

P5	Nem um pouco	1	--	<i>“Porque eu acho que a gente não ta assim numa questão assim desesperadora, eu acho que é controlável”</i> Não evita a situação	“Me sinto bem” Segura	Sim	Não faria diferente
----	--------------	---	----	--	------------------------------	-----	---------------------

Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
Família de coping – Fuga							
P7	Nem um pouco	1	<i>“ Não sou de reclamar, não sou de ficar questionando, cuido e acabou, alguém tem que cuidar”</i> Não evita a situação	<i>“Porque ele depende de mim né, não sabe fazer nada sozinho ainda, então tem que ter paciência, tem que cuidar”</i> Cumprir o dever de mãe	<i>“ Me sinto forte, porque eu não tenho medo de nada”</i> Se sente segura	Afirma que ajuda <i>“Claro, fugir seria pior, maquiagem uma coisa que não tem jeito”</i>	Não faria diferente
P9	Nem um pouco	1	<i>“Não, nunca”</i>	--	--	--	--
P10	Nem um pouco	1	<i>“Nunca”</i> Não evita a situação	<i>“Porque por eles eu faço tudo, eu cancelo meu trabalho, eu faço o que eu precisar para cuidar deles”</i> Bem estar do filho	----	”	
P11	Muito	5	<i>“No momento de festa, a gente tem que fazer as coisas em casa, na organização que as vezes quando ta perto fica ali controlando (...)”</i> Evita em contextos sociais	<i>“Para poder não magoar ne, não poder ficar medindo comer as coisas que ela gosta”</i> Bem estar da filha	<i>“Me sinto mal né, muito chateada”</i> Frustração	Afirma que não tem ajudado Não, <i>infelizmente não”</i>	Faria diferente <i>“Sim, teria mais capacidade né para falar não”</i>

P12	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Porque mãe não tem limite, mãe é sempre para ajudar”</i></p> <p>Amor maternal</p>	<p><i>“Me sinto bem”</i></p> <p>Satisfação</p>	--	--
Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
P13	Nem um pouco	1	<p><i>Não, nenhum momento”</i></p> <p>Não evita a situação</p>	<p><i>“Porque eu sou mãe, eu tenho que ficar junto dela”</i></p> <p>Por cumprir o dever de mãe</p>	<p><i>“Bem, eu tenho que ser o porto seguro dela (...)”</i></p> <p>Se sente segura</p>	<p>Afirma que tem ajudado</p> <p><i>“Ajuda né, a gente precisa ser confiante, ajuda”</i></p>	<p>Não faria diferente</p>
P14	Bastante	4	<p><i>“Quando a gente ta falando e ela não ta escutando, daí dá vontade de deixar tudo, abandonar tudo”</i></p> <p>Momento critico</p>	<p><i>“Ah você ta falando, falando e ela na dá crédito, então tem hora que dá vontade de largar tudo”</i></p> <p>Desejo de desistir pelo fato da filha não cooperar no tratamento</p>	<p><i>“De tristeza né”</i></p> <p>Tristeza</p>	<p>A mãe acha que agir assim não tem ajudado</p>	<p>Faria diferente</p>
P15	Mais ou menos	3	<p><i>“ (...) por diversas vezes já pensei em desistir, falar que vou deixar ele comer tudo (..)</i></p> <p><i>Mas sempre eu penso uma criança obesa, a probabilidade de ser um adulto obeso é muito grande (..)</i></p> <p>Momentos críticos</p>	<p><i>“Acho que pela dificuldade mesmo, o mal do ser humano, é mais fácil desistir do que lutar”</i></p> <p>Apresenta dificuldade para lidar com a situação</p>	--	<p><i>“Não, pelo contrário, só atrapalha ao chegar no meu objetivo”</i></p>	<p>Afirma que faria diferente</p> <p><i>“ Com certeza, eu acho que eu preciso ter um</i></p>

							<i>psicológico mais forte</i>
P16	Nem um pouco	1	--	<p><i>"Porque ta tudo tranquilo, tudo controlado"</i></p> <p>Acredita estar fazendo o melhor para o filho</p>	<p><i>"Bem"</i></p> <p>Se sente seguro</p>	O pai acha que agir assim tem ajudado	Não faria diferente
P17	Nem um pouco	1	--	<p><i>"Porque eu sou mãe dele, gosto dele"</i></p> <p>Amor maternal</p>	<p><i>"Nada, nenhuma"</i></p> <p>Não especifica uma emoção</p>	A mãe acha que agir assim tem ajudado	Não faria diferente
P18	Nem um pouco	1	"Não, ainda não"	<p><i>"Porque ainda não sei como tá a situação dela né"</i></p> <p>Não tem informações sobre a situação devido ao inicio do tratamento</p>	<p><i>"Normal"</i></p> <p>Não especifica uma emoção, mas se sente normal</p>	--	--
P19	Nem um pouco	1	<p><i>"Normal, penso nada"</i></p> <p>Não evita a situação</p>	<p><i>"Porque eu preciso cuidar dela"</i></p> <p>Bem-estar da filha</p>	<p><i>"Me sinto bem"</i></p> <p>Se sente bem por acreditar não precisar evitar a situação</p>	A mãe acha que agir assim tem ajudado	Não faria diferente

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – submissão							
P1	Nem um pouco	1	<p><i>“Não, eu ignoro”</i></p> <p>Evitação de pensamentos</p>	<p><i>“Acho que é melhor ignorar, porque eu sei que eu não vou poder fazer”</i></p> <p>Reconhece o seu limite</p>	---	<i>“Mais ou menos, não fica 100%, mas pelo menos não fica pensando o tempo todo”</i>	--
P2	Bastante	4	<p><i>“Quando vou fazer comigo ou quando vou fazer alguma coisa diferente”</i></p> <p><i>“De fazer algo que não seja muito ruim para ele”</i></p> <p>Pensamentos voltados aos hábitos alimentares saudáveis e bem estar do filho</p>	<p><i>“Pela situação né, do momento”</i></p>	<p><i>“Ah sei lá, tem hora que eu não sinto nada, tem hora que sinto raiva de mim mesmo”</i></p> <p>Oscilação de sentimentos</p>	--	Afirma que faria diferente <i>“Sim, acredito que sim”</i>
P3	Bastante	4	<p><i>“Sim é quase 100% do meu pensamento, se eu to em casa eu fico pensando, se eu to no trabalho, eu fico pensando, principalmente a hora que vai fazer a janta”</i></p> <p>Pensamentos voltados aos hábitos alimentares</p>	<p><i>“Porque ela tá ali na minha frente e eu to sempre vendo, então eu não posso fugir, eu tenho que abraçar a causa”</i></p> <p>Evita fugir da situação</p>	<p><i>“Ah eu fico triste né, porque daí ela gosta de n comida mas não pode, tem que ser uma vez ou outra na vida”</i></p> <p>Angustia por ver a filha privada de</p>	Afirma ter ajudado <i>“Sim, porque to sempre ali ligada no que ela precisa, não posso</i>	Afirma que faria diferente <i>“Sim, me distrari né, para parar mais de pensar”</i>

					alimentos que não são saudáveis	<i>fugir de jeito nenhum</i>	
P4	Mais ou menos	3	<p><i>“Não o tempo todo”</i></p> <p><i>“Em relação quando eu vou comprar alguma coisa para ele, uma roupa, compra maior aquela não vai servir (...)</i></p> <p><i>“Em relação a comer, penso em comprar uma coisa gostosinha, mas ele não pode comer”</i></p> <p>Pensamentos voltados aos hábitos alimentares saudáveis e dificuldades em comprar vestimentas para o filho</p>	<p><i>“(…) é porque eu quero que ele emagreça, quero ver resultados”</i></p> <p>Na busca de soluções adequadas</p>	<p><i>“Fico ansiosa, pensando se vai emagrecer se não vai, se to fazendo certo, se não to”</i></p> <p>Ansiedade em relação aos resultados do tratamento do filho e da sua própria conduta</p>	<p><i>“Às vezes não, fico ansiosa, quero que aconteça algo logo, não acontece, não ajuda muito”</i></p>	<p>Faria diferente</p> <p><i>“Ah não queria ficar tão ansiosa, ficar pensando muito”</i></p>
P5	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Porque já está na minha cabeça o que eu preciso fazer, então não fico me martirizando para isso”</i></p> <p>Busca de soluções adequadas</p>	<p><i>“Bem”</i></p> <p>Segura</p>	<p>Afirma ter ajudado</p>	<p>Não faria diferente</p>

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – submissão							
P7	Um pouco	2	<p><i>“ Porque em casa entre família, na escola ele é tratado como uma criança normal. A única deficiência mais visível dele é a fala, que é a dificuldade maior, mas tirando isso tranquilo”</i></p> <p>Evita pensamentos relacionados a síndrome que o filho possui</p>	<p><i>“Porque se eu tratar ele como criança com limitações, eu acho que vai ficar muito só em cima dele entendeu. Então até para o desenvolvimento dele é melhor que seja assim”</i></p> <p>Bem estar do filho</p>	<p><i>“Bem”</i></p> <p>Segura</p>	--	Não faria diferente
P9	Nem um pouco	1	--	--	--	--	--
P10	Nem um pouco	1	<p><i>“Não, não fico”</i></p>	<p><i>“Porque eu já sei qual as decisões que a gente precisou tomar, as regras que a gente teve que mudar para que ele fique mais saudável”</i></p> <p>Na busca de soluções adequadas</p>	----	--	--
P11	Muito	5	<p><i>“Para que ela cresça uma pessoa normal, não tenha nenhum problema, para que ela esteja bem consigo mesma”</i></p> <p>Pensamentos voltados para busca de soluções</p>	<p><i>Porque eu já passei por isso. Eu também tenho cirurgia de obesidade, fiz redução de estomago. Por eu ter passado por isso não quero que ela passe a mesma coisa”</i></p>	<p><i>“Preocupada né, como já falei ,pela autoestima dela (..)”</i></p> <p>Bem estar da filha</p>	<p>Afirma que não tem ajudado</p> <p><i>“Não,né porque é difícil ficar pensando no que</i></p>	<p>Afirma que faria diferente</p> <p><i>“Sim, faria com certeza”</i></p>

				Evitação do que viveu, se depara com situação semelhante		<i>pode acontecer, a gente não quer o pior para o filho</i>	
P12	Muito	5	<p><i>“Penso muito na cirurgia dele que vai ser uma cirurgia bem drástica, eu vou ter que ter bastante paciência”</i></p> <p>Pensamentos voltados para o processo cirúrgico do filho</p>	<p><i>“Medo né”</i></p> <p>Insegurança</p>	<p><i>“Bastante preocupada”</i></p> <p>Preocupação com a cirurgia que o filho será submetido</p>	Afirma que ajuda	<p>Faria diferente</p> <p><i>“Se não fosse esse problema, seria diferente, mas como ele precisa da cirurgia”</i></p>
Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
Família de coping – submissão							
P13	Mais ou menos	3	<p><i>“Às vezes sim”</i></p> <p><i>“Na hora de ir para uma festa (...), alguma coisa que possa piorar o sobrepeso dela”</i></p> <p>Pensamentos relacionados ao controle alimentar</p>	<p><i>“Porque toda criança gosta de se divertir, ir lá e comer o doce sem ninguém em cima (...)</i></p> <p><i>“Às vezes fico meio chato falar no pé da criança pedir para não comer ou já comeu demais, parar”</i></p> <p>Preocupação com hábitos alimentares</p>	<i>“Chateada”</i>	A mãe acha que agir assim tem ajudado	Faria diferente
P14	Um pouco	2	<i>“Na hora de fazer a comida né, que não é tudo que pode comer, pode dar, então preocupa”</i>	<i>“Ah porque todo dia tem que fazer uma comida diferente”</i>	<i>“Pensativa”</i>	A mãe acha que agir assim	Não faria diferente

			Pensamentos relacionados ao controle alimentar	Preocupação com hábitos alimentares		tem ajudado pouco	
P15	Muito	5	<p><i>“Ele tem dificuldade em se virar sozinho no banheiro, na escola, não é toda atividade que ele consegue participar</i></p> <p><i>“É o tempo todo vivenciando, ajudar a se vestir enfim”</i></p> <p>Pensamentos voltados a falta de autonomia da criança</p>	<p><i>“Eu acho que é meio um aspecto de culpa por falta de postura minha e de negligencia da família”</i></p> <p>Se sente culpada</p>	<p><i>“Ah péssima”</i></p> <p>Se sente culpada por não fazer o melhor para o filho</p>	<p>Afirma que ajuda</p> <p><i>“De certa forma, acho que ajuda, que eu me lembro que não posso desistir”</i></p>	<p>Afirma que faria diferente</p> <p><i>“ Ah sim, eu faria sim, eu acho que me esforçaria mais”</i></p>
P16	Um pouco	2	<p>“Às vezes “</p>	<p><i>“Ah as vezes quando tem que vir para o médico, pensa se ganhou peso, ou não, então fico pensando na situação”</i></p> <p>Preocupação com a perda de peso da filha</p>	<p><i>“Um pouco preocupado né”</i></p> <p>Preocupação</p>	--	<p>Não faria diferente</p> <p><i>“Acho que não”</i></p>
P17	Nem um pouco	1	<p>“Não, normal”</p>	<p><i>“Não é porque ... bobagem”</i></p> <p>Pensamentos não são presentes</p>	--	--	--
P18	Nem um pouco	1	<p><i>“Então eu queria que a L. e meu outro filho se alimentassem melhor, porque lá em casa tem frutas, legumes, verduras, essas coisas não faltam, mas eles não tem interesse nessas coisas”</i></p> <p>Pensamentos voltados para hábitos alimentares saudáveis</p>	<p><i>“Porque desde o dia de bebê eu sempre ensinei a comer de tudo para chegar na altura do campeonato e eles não comerem nada do que eu quero”</i></p> <p>Decepção por não ter êxito no controle alimentar dos filhos</p>	<p><i>“Eu fico chateada, eu falo para eles que eu não vou mais cozinhar para eles”</i></p> <p>Frustração</p>	<p>Agir assim não tem ajudado</p> <p><i>“Não, não adianta nada”</i></p>	<p>Não faria diferente</p> <p><i>“Não, não tem mais como”</i></p>

P19	Muito	5	<p><i>“Sim, quando eu vou fazer comida, é pouco óleo, daí tenho que pensar nela”</i></p> <p>Pensamentos voltados para hábitos alimentares saudáveis</p>	<p><i>“Para melhorar a vida dela”</i></p> <p>Bem estar da filha</p>	<p><i>“Bem”</i> Satisfação</p>	<p>A mãe acha que agir assim tem ajudado <i>“Ajuda, sei que mais pra frente terá resultados”</i></p>	Não faria diferente
-----	-------	---	---	---	------------------------------------	--	---------------------

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Oposição							
P1	Muito	5	<p><i>“Sim, sempre eu ... a favor ou contra, sempre sou eu”</i></p> <p>Tem sua parcela de responsabilidade</p>	<p><i>“Porque todas as coisas que ele come, mas como é criança, não vou proibir .. ele não come de excessivo, mas o pouco que ele comigo, eu não obtive resultado”</i></p> <p>Frustração pela busca de soluções sem êxito</p>	---	<p>Não tem ajudado</p> <p><i>“Nunca, piora, porque sou depressiva, aí esse negocio aí deixa mais triste ainda”</i></p>	<p>Faria diferente</p> <p><i>“ O pai dele”</i></p>
P2	Muito	5	--	<p><i>“Acho que sou eu mesma”</i></p> <p>Reconhece sua parcela de responsabilidade</p>	---	--	--
P3	Bastante	4	<p><i>“Só eu mesmo, eu que sou a pessoa responsável ... é complicado porque ela só tem a mim “</i></p> <p>Acredita que tem sua parcela de responsabilidade</p>	<p><i>“Porque eu sou a única pessoa que pode fazer alguma coisa por ela, acho que mais ninguém”</i></p> <p>Situação que ela precisa estar sob o controle pela falta de redes de apoio</p>	<p><i>“Ah fica difícil ... tem horas que você se sente mal e se eu faltar, quem vai cuidar dela?”</i></p> <p>Sofrimento</p>	<p>Afirma ter ajudado</p> <p><i>“Sim, tem me ajudado a levantar de manhã com mais garra, com mais coragem, mais vontade de viver mais para cuidar dela”</i></p>	<p>Afirma que faria diferente</p> <p><i>“Sim, se eu tivesse com quem dividir a responsabilidade, com certeza eu dividiria, só que eu não tenho com quem dividir”</i></p>

P4	Muito	5	<p>“Posso falar que é minha sogra?!, agora ela parou, mas antes ela mandava tanta besteira para ele (..), ela mandava refrigerante para a semana inteira, salgadinho para a semana inteira, bala de goma, tudo”</p> <p>“Agora ela parou porque eu pedi para ela parar”</p> <p>Responsabiliza grande parte um familiar pela situação</p>	<p>“Ela mandava e a gente deixava também, é culpa não é só dela, é nossa também”</p> <p>Consciente de que ela e o marido apresentam uma parcela de responsabilidade</p>	<p>“Me sinto mal né, porque deixar ficar com dó, tadinho, deixar comer, deixar beber”</p> <p>Arrependida</p>	<p>Afirma que ajuda</p> <p>“Tem me ajudado né, porque a gente tem que resolver”</p>	<p>Faria diferente</p> <p>“Sim, faria diferente, não deixaria né comer um monte de besteira”</p>
P5	Nem um pouco	1	--	<p>“É uma coisa que pode acontecer em qualquer lugar com qualquer pessoa, que você não pode deixar se abater por isso”</p> <p>Confortada</p>	--	--	--

Estratégias de enfrentamento							
Participantes	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de <i>coping</i>	Justificativas	Emoção associada ao <i>coping</i>	Avaliação da eficácia do <i>coping</i>	Avaliação pós <i>coping</i>
Família de <i>coping</i> – Oposição							
P7	Nem um pouco	1	<p>“Então na verdade não responsabilizo não, porque o que ele tem é da síndrome, a única coisa é que é paterna, vem do pai, mas eu nunca responsabilizei, nunca, acho que poderia ter acontecido com qualquer um”</p> <p>Situação justificada pela síndrome que a criança possui</p>	<p>“Só por causa mesmo de laudos que comprovam isso, mas por responsabilidade não”</p> <p>Situação justificada pela síndrome que a criança possui</p>	<p>“ Bem melhor, bem confortante porque se eu fosse pensar de outra forma, eu acho que seria pior”</p> <p>Se sente segura</p>	<p>Afirma que ajuda</p> <p>“Ajuda, claro”</p>	<p>Não faria diferente</p>

P9	Muito	5	“O pai dele’ Responsabiliza o pai da criança pela situação	“Tudo sobra para a gente” Mae encontra-se sozinha em relação aos cuidados do filho	--	--	--
P10	Bastante	4	“A culpa é dele mesmo, por ter sido desobediente” Responsabiliza o filho pela situação	--	----	--	--
P11	Muito	5	“Esse alguém sou eu na verdade, eu que tenho que ‘ta’ sempre acompanhando, buscando ajuda” Tem sua parcela de responsabilidade Acredita poder fazer algo	“Penso que minha participação é fundamental, que como mãe, a mãe tem que ‘ta’ de toda a situação’ Papel de mãe Esperança de que a situação vai melhorar	“Bem, porque eu sei que pus no mundo, eu que tenho que cuidar, tem que amar né” Amor maternal Se sente bem pelo bem estar da filha	Afirma que ajuda Sim, tem que estar bem disposta para poder ‘ta’ na frente disso tudo aí”	Afirma que não faria diferente
P12	Nem um pouco	1	“Eu penso que tinha que ser, ele nasceu assim”	“Porque eu acho que foi da natureza, aconteceu”	“Me sinto bem, ninguém é culpado disso” Satisfação	Afirma que ajuda	Não faria diferente
Estratégias de enfrentamento							
Participante	E.E.	Frequência	Topografia de resposta de coping	Justificativas	Emoção associada ao coping	Avaliação da eficácia do coping	Avaliação pós coping
Família de coping – Oposição							

P13	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Porque realmente é um problema hormonal, não é uma coisa que a gente pode influenciar”</i></p> <p>Responsabiliza a situação de obesidade da criança por razões hormonais</p>	--	A mãe acha que agir assim tem ajudada	Não faria diferente
P14	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Ah não sei”</i></p> <p>Não esclareceu o motivo</p>	--	--	--
P15	Bastante	4	<p><i>“Eu acho que de certa forma eu responsabilizo a pediatra que acompanhava ele quando bebê, por causa que é meu primeiro filho, não tive experiência nenhuma, ela dizia que era normal uma criança comer ate vomitar”</i></p> <p>Responsabiliza a médica</p>	<p><i>“Porque eu responsabilizo ela (médica), que antes os exames dele já estavam no limite e ela não disse nada”</i></p> <p>Culpa a médica pela situação</p>	<p><i>“Me sinto enganada, porque hoje em dia há muita negligência da parte médica”</i></p> <p>Frustração com a médica</p>	<p><i>“Em princípio, acho que a culpa seja minha, por falta de informação, mas ela (médica) não é a única culpada”</i></p>	Afirma que faria diferente <i>“Faria diferente, como eu já disse, a gente tem que se esforçar para fazer o melhor né”</i>
P16	Nem um pouco	1	--	<p><i>“Acho que é um problema normal da saúde dela”</i></p> <p>Aceitação da situação de saúde da filha</p>	<i>“Pouco preocupado”</i> Se sente seguro	O pai acha que agir assim tem ajudado	Não faria diferente
P17	Nem um pouco	1	--	<p><i>“O problema dele que ele é “comilão”, ele come errado, não gosta de comer carne”</i></p>	--	--	--

				Ela responsabiliza os maus hábitos alimentares da criança			
P18	Nem um pouco	1	--	<i>"L. começou a comer agora, só que eu não achei que fosse exagerar tanto, surgindo esses problemas"</i>	--	<i>"Chateada"</i>	--
P19	Muito	5	<i>"Sim, minha mãe"</i> Responsabiliza grande parte um familiar pela situação	<i>"Porque ela comprava tudo que A. não podia, tudo que era gorduroso, que engordava ... agora ela sofre"</i>	<i>"Triste"</i> Tristeza	A mãe acha que agir assim tem ajudado pouco	Faria diferente <i>"Não tinha deixado minha mãe ficar com ela daí ela não tinha feito tudo isso"</i>

Emoção – Tristeza			
Participantes		Frequência	Justificativa
P1	Muito	5	<p><i>“100%, porque eu sou sozinha né “</i></p> <p>Ausência de rede de apoio</p>
P2	Bastante	4	<p><i>“Pelo aquilo que te falei, não pelo convívio familiar, de amigos, essas coisas, mas no convívio dele social só, só ele mesmo se virando sozinho. Porque eu percebi que ele era uma criança mais alegre, extrovertida, agora tá mais fechado, mais calado”</i></p> <p>Preocupação com o filho – isolamento social</p>
P3	Mais ou menos	3	<p><i>“Porque tipo assim, quando ele perde peso, a gente fica feliz e a hora que ela engordou 1k, ½ kg ou 2kg a gente fica triste, porque na verdade a gente quer que ela perca peso, não que ela ganhe nenhuma grama”</i></p> <p>Preocupação com a eficácia do tratamento</p>
P4	Muito	5	<p><i>“Sinto, às vezes ele chora e reclama dizendo que chamaram ele de gordo, fico triste”</i></p> <p>Preocupação com o sofrimento do filho - bullying</p>
P5	Nem um pouco	1	<p><i>“Não, não sinto” é uma coisa que pode acontecer em qualquer lugar com qualquer pessoa, que você não pode deixar se abater por isso”</i></p> <p>Situação como obra do acaso</p>
P7	Mais ou menos	3	<p><i>“Triste porque ele sofre com isso, as vezes é na parte respiratória, ele sente muitas dores, mas se não fosse isso, é conforme ele vai crescendo, vai diminuindo, mas o problema maior é isso, minha tristeza é essa, ver ele sofrer”</i></p> <p>Preocupação com o sofrimento do filho – agravos à saúde</p>

P9	Muito	5	<i>“Bullyng na escola”</i> Preocupação com o sofrimento do filho – bullying
P10	Nem um pouco	1	<i>“Não fico triste, só preocupada”</i>
P11	Muito	5	<i>“Dá tristeza em ter que ficar controlando, ficar lembrando ... porque isso também magoa ela”</i> Não confortável com a situação
P12	Nem um pouco	1	<i>“Não me sinto triste não, ah porque tem criança muito mais pior”</i> Não se abate porque reconhece que a situação de outras crianças é mais agravante que a do seu filho
P13	Muito	5	<i>“É chato em relação a roupa, às vezes ela quer as coisas e não tem para o tamanho dela, então dificulta um pouco né”</i> Dificuldade de achar vestimenta para a filha
P14	Bastante	4	<i>“Ela chorando, reclamando, a gente se sente triste né”</i> Preocupação com o sofrimento do filho
P15	Bastante	4	<i>“(...) eu acho um absurdo uma criança de seis anos sofrer bullying na creche, porque já teve vezes de meu filho chegar chorando, querer fazer greve de fome, que ele fala que não tem amigos, que ninguém quer ser amigo dele, porque ele ta acima do peso (...)”</i> Preocupação com o filho – bullying
P16	Nem um pouco	3	<i>“ Sim, porque a gente queria que ela tivesse em forma, sem problema de saúde”</i> Preocupação com a saúde do filho
P17	Nem um pouco	1	<i>“ Não, porque eu tenho que cuidar, eu sou a mãe dele”</i> Cumprir o papel de mãe
P18	Nem um pouco	1	<i>“Vou saber isso agora”</i> Mãe está no início do tratamento
P19	Nem um pouco	1	<i>“Não, porque vou tentar me esforçar mais, vou conseguir”</i> Aceita a responsabilidade

Emoção – Medo			
Participante		Frequência	Justificativa
P1	Muito	5	<p><i>“Porque quase perdi ele e não quero nem imaginar essa sensação de perder ele”</i></p> <p>Preocupação com a morte</p>
P2	Muito	5	<p><i>“Tenho medo de não dar conta, fazer, fazer e fica na mesma”</i></p> <p>Preocupação com a eficácia do tratamento</p>
P3	Muito	5	<p><i>“Tenho medo dela ficar doente, tenho medo de eu faltar, medo porque também tem horas que você não sabe lidar, fica confusa (...)”</i></p> <p>Preocupação com a saúde da filha Receio de não cumprir sua responsabilidade</p>
P4	Nem um pouco	1	<p><i>“Não, não tenho medo não, porque eu vou conseguir que ele vai emagrecer”</i></p> <p>Determinação em auxiliar o filho a perda de peso</p>
P5	Nem um pouco	1	<p><i>“ Não tenho medo porque eu acho assim que se você tem a determinação para mudar isso, você não tem que ter medo, você tem que enfrentar o problema e não tem que pensar o que pode dar errado”</i></p> <p>Confiante com pensamentos positivos</p>
P7	Bastante	4	<p><i>“Depois que eu entrei aqui eu vi muitas coisas, crianças com síndrome que afetam muitos órgãos, tem crianças que morrem ... então o medo é grande”</i></p> <p>Preocupação com a morte</p>

P9	Nem um pouco	1	<i>"Não sinto medo"</i> Evita o sofrimento
P10	Nem um pouco	1	<i>"Não tenho medo não. Procuo ter mais cuidado agora, mas não por medo, por conscientização mesmo"</i> Prevenção
P11	Bastante	4	<i>"Da saúde ... o que o ser humano procura é ter saúde, ser saudável"</i> Preocupação com a saúde da filha
P12	Muito	5	<i>"Tenho muito medo da cirurgia"</i> Preocupação com a submissão do filho a cirurgia ortopédica
P13	Nem um pouco	1	<i>"Nenhum, porque eu to confiante no tratamento dela, que vai dar certo e pelo que os médicos indicam parece que está indo tudo bem"</i> Confiante
P14	Nem um pouco	1	<i>"Porque não, sei lá, porque não acho necessário"</i> Evita o sofrimento
P15	Muito	5	<i>"Medo de não conseguir ajudar, medo de falhar, medo dele não chegar no objetivo dele, medo de isso se tornar uma coisa pior"</i> Receio de que a situação de saúde do filho pode ser agravada
P16	Não	1	<i>"Porque não é uma coisa tão grave né"</i> Evita o sofrimento
P17	Mais ou menos	3	<i>"Ah, as vezes sim, tenho medo deles não achar o problema também"</i> Preocupação com o diagnóstico
P18	Muito	5	<i>"Ah tenho medo das alterações que deu"</i> Preocupação com a situação de saúde da filha
P19	Muito	5	<i>"Tenho medo dela engordar cada vez mais "</i> Preocupação com o aumento de peso da filha

Emoção – Raiva			
Participantes		Frequência	Justificativa
P1	Muito	5	<p><i>“100%, é raiva de mim, tentar fazer as coisas e não consigo, complicado”</i></p> <p>Frustração</p>
P2	Bastante	4	<p><i>“Às vezes fico com raiva de mim mesmo, pelo aquilo que falei, ele não chegou lá sozinho. Raiva de mim mesmo, não dele, mas o que eu poderia ter feito para não chegar onde ele chegou”</i></p> <p>Culpa pela situação que o filho se encontra</p>
P3	Muito	5	<p><i>“Raiva eu tenho de mim, não dela jamais, tenho raiva de ser impotente, gostaria que fosse diferente”</i></p> <p>Sente-se impotente perante a situação</p>
P4	Nem um pouco	1	<p><i>“Não sinto raiva, porque eu to fazendo alguma coisa, se eu não tivesse fazendo nada, só olhando vê ele engordar e sem fazer nada, mas eu to fazendo, to lutando junto com ele”</i></p> <p>Evita ter raiva, busca soluções adequadas</p>
P5	Nem um pouco	1	<p><i>“Não sinto raiva, porque eu acho normal, acho que é natural, é possível, a gente tem só que mudar, mudar hábitos, mudar o jeito, conversar bastante”</i></p> <p>Evita ter raiva, busca soluções adequadas</p>

P7	Mais ou menos	3	<p><i>“Dá raiva as vezes por causa das condições que a gente tem que ficar, tipo vem, fica muito tempo, e a criança cansa, então da assim”</i></p> <p>Preocupação com o sofrimento do filho</p>
P9	Muito	5	<p><i>“Raiva do pai, medo”</i></p> <p>Destina a raiva e medo ao ex companheiro</p>
P10	Nem um pouco	1	<p><i>“Não tenho nenhuma, porque eu acho assim a partir do momento que você foi orientada e pode fazer, é só você fazer”</i></p> <p>Evita ter raiva, busca soluções adequadas</p>
P11	Mais ou menos	3	<p><i>“Não, tranquilo ... porque eu vou buscar este sentimento? Como eu vou poder ajudar?”</i></p> <p>Evita ter raiva</p>
P12	Mais ou menos	3	<p><i>“Não, não tenho raiva ... às vezes sim, eu fico nervosa, porque nós não ‘consegue’ emagrecer ele, não sei o que ta acontecendo”</i></p> <p>Frustração</p>
P13	Nem um pouco	1	<p><i>“Porque eu ficaria com raiva se fosse alguma coisa que eu tivesse provocado, aí sentiria um pouco de raiva, mas não é, então não tem o porquê”</i></p> <p>Não se sente culpada da situação</p>
P14	Nem um pouco	1	<p><i>“Nem um pouco, porque isso não vai ajudar né, a gente ter raiva”</i></p> <p>Evita ter raiva</p>
P15	Nem um pouco	1	<p><i>“Raiva não tenho porque é meu filho, é minha responsabilidade, cuidar dele, cuido com muito carinho por mais que eu tenho problema com isso, mas raiva não”</i></p> <p>Cumprir o papel de mãe</p>
P16	Nem um pouco	1	<p><i>“Porque não tem motivo para ter raiva”</i></p> <p>Evita sofrimento</p>
P17	Nem um pouco	1	<p><i>“É bobagem, ter raiva para que? O filho é meu, eu tenho que cuidar”</i></p> <p>Cumprir o papel de mãe</p>
P18	Nem um pouco	1	<p><i>“Não, não vejo motivo para ter raiva”</i></p> <p>Evita ter raiva</p>
P19	Nem um pouco	1	<p><i>“É para o bem dela”</i></p> <p>Evita ter raiva para o bem estar da filha</p>

APÊNDICE E. Resultados individualizados do risco psicossocial familiar (PAT 2.0)

Tabela 13. Caracterização de cada família relacionada ao risco psicossocial

Participantes	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Número de filhos	Parentesco	Dificuldade Financeira	IMC cuidador	IMC criança	Risco psicossocial familiar
P1	F	28	EFI	Solteira	01	Mãe	Sim	37,7 (O)	22,99 (O)	C
P2	F	27	EM	Relação Estável	02	Mãe	Não	32,04 (O)	24,03 (O)	U
P3	F	41	EFI	Solteira	01	Mãe	Sim	35,76 (O)	24,88 (O)	C
P4	F	41	EM	Casada	--	Mãe	Sim	36,46 (O)	23,56 (O)	U
P5	F	43	ESI	Relação estável	02	Mãe	Não	29,07 (S)	22.5 (O)	U
P6	M	30	EF	Relação estável	02	Pai	Sim	31,54 (O)	21,83 (S)	A
P7	F	33	EM	Solteira	02	Mãe	Sim	31,16 (O)	36,28 (O)	A
P8	F	34	EFI	Casada	--	Irmã	Não	28,91 (S)	35,20 (O)	A
P9	F	45	EF	Separada	01	Mãe	Sim	35,20 (O)	28,36 (O)	C
P10	F	41	EF	Casada	03	Mãe	Sim	31,95 (O)	23,91 (O)	A
P11	F	41	EF	Solteira	03	Mãe	Sim	32,05 (O)	31,5 (O)	A
P12	F	38	EFI	Casada	02	Mãe	Sim	27,60 (S)	32,51 (O)	A
P13	F	38	EM	Relação estável	01	Mãe	Não	31,48 (O)	24,95 (O)	U
P14	F	34	EM	Casada	02	Mãe	Não	42,29 (O)	26,12 (O)	A
P15	F	27	EM	Casada	01	Mãe	Sim	29,16 (S)	30,38 (O)	A
P16	M	46	EM	Casado	02	Pai	Sim	26,35 (S)	26,71 (O)	U
P17	F	46	EFI	Casada	02	Mãe	Sim	23,63 (PN)	25,63 (O)	A
P18	F	37	EM	Solteira	02	Mãe	Sim	24,12 (PN)	27,17 (O)	A
P19	F	34	EMI	Solteira	02	Mãe	Sim	40,35 (O)	21,49 (S)	C

Nota. F= Feminino; M= Masculino; EFI= Ensino Fundamental Incompleto; EF= Ensino Fundamental; EMI= Ensino Médio Incompleto; EM= Ensino Médio;

ESI= Ensino Superior Incompleto; IMC= Índice de Massa Corporal; O= Obesidade; S= Sobrepeso PN= Peso Normal; A= Alvo; U= Universal; C= Clínico

Tabela 14. Classificação dos sete fatores do PAT 2.0

Participantes	Estrutura familiar e recursos	Suporte social	Problemas da criança	Problemas dos irmãos	Problemas da família	Reações de stress dos pais	Crenças familiares	Escore total
P1	0,43	1,00	0,39	0,00	0,70	0,40	0,42	3,33
P2	0,00	0,00	0,33	0,11	0,10	0,00	0,33	0,88
P3	0,43	1,00	0,22	0,00	0,20	0,20	0,25	2,30
P4	0,29	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,17	0,56
P5	0,00	0,00	0,22	0,17	0,10	0,20	0,17	0,86
P6	0,14	0,00	0,28	0,06	0,30	0,00	0,25	1,03
P7	0,43	0,00	0,17	0,33	0,1	0,00	0,25	1,28
P8	0,29	0,00	0,50	0,11	0,10	0,60	0,17	1,76
P9	0,29	1,00	0,50	0,00	0,10	0,00	0,17	2,05
P10	0,29	0,00	0,56	0,22	0,20	0,00	0,17	1,43
P11	0,43	0,25	0,44	0,17	0,20	0,20	0,25	1,94
P12	0,43	0,00	0,44	0,00	0,20	0,20	0,17	1,44
P13	0,14	0,00	0,28	0,00	0,10	0,20	0,08	0,80
P14	0,14	0,75	0,50	0,17	0,10	0,00	0,08	1,74
P15	0,14	0,50	0,22	0,00	0,10	0,40	0,17	1,53
P16	0,00	0,00	0,17	0,22	0,10	0,00	0,17	0,66
P17	0,43	0,00	0,33	0,00	0,20	0,00	0,25	1,21
P18	0,43	0,00	0,50	0,00	0,40	0,00	0,42	1,75
P19	0,29	0,75	0,44	0,25	0,40	0,20	0,17	2,50

10 ANEXOS

ANEXO A

Email de Autorização do Instrumento PAT

De: anitacb@uol.com.br

Enviada: Sábado, 3 de Outubro de 2015 18:05

Para: Jennifer.Christofferson@nemours.org

Assunto: PAT - Portuguese Brazil (generic use)

Dear Jennifer,

That is all right, we are going to ask caregiver of the child to answer PAT !

We filled out the PAT User Application and Agreement (International Users) for 2 researches (attached):

- 1) Anita Colletes Bellodi is the person responsible
- 2) Kainara da Silva Cunha is the person responsible

Our need is PAT portuguese (Brazil) version, generic version.

Please, let me know if need any other information !

We thank you so much for your attention !!!

Best Regards,

Anita Colletes Bellodi

MSc Psychology
Pontifical Catholic University of Campinas - Brazil

De: Jennifer.Christofferson@nemours.org

Enviada: Segunda-feira, 21 de Setembro de 2015 17:51

Para: anitacb@uol.com.br

Assunto: PAT

Hello Anita,

My name is Jen Christofferson and I work with Steve DiDonato on the PAT.

You can certainly use the PAT with your population! We have a generic version of the PAT that removed all the items/words dealing with cancer. The generic version has been used in many populations, including weight management.

Just to clarify, the PAT is a parent-report item on family psychosocial risk, so the caregiver of the child is the one who fills out the PAT, not the child.

I have attached a couple of documents for you. Attached you will find our international user agreement, a general description of the PAT, and our most recent paper published on the PAT.

Please take some time to review these documents and let me know if you have any questions!

Kind Regards,

Jen

Jennifer Christofferson, MS

Program Coordinator, Center for Pediatric Traumatic Stress
at the Nemours / Alfred I. duPont Hospital for Children
Nemours Biomedical Research

RC1- 167

1600 Rockland Road

Wilmington, DE 19803

Ph: [302-298-7876](tel:302-298-7876)

Fax: [302-298-8931](tel:302-298-8931)

Email: Jennifer.Christofferson@nemours.org

web: <http://www.psychosocialassessmenttool.org/>

web: <http://www.healthcaretoolbox.org>

Termo de Permissão para uso do instrumento PAT

PAT User Application

Name and mailing address of hospital/agency in which the PAT will be implemented at (please include department/division):

Agency: Pontifical Catholic University from Campinas, São Paulo, Brazil

Department: Master's Degree Program in Health Sciences

Mailing address: pgcs.ccv@puc-campinas.edu.br

Name, title and contact information of the person responsible for overseeing the use of the PAT and for providing quarterly and annual data to CHOP (please include phone, fax, email address)

Person Responsible: Kainara Silva da Cunha – Master's Degree Student in Health Sciences Program of Pontifical Catholic University from Campinas – São Paulo - Brazil.

Email address 1: kainaracunha@gmail.com

Email address 2: kainara.cunha@puc-campinas.edu.br

Phone 1: 55 19 32379017

Phone 2: 55 19 991924773

How will you use the PAT? Research study
 Clinical application

What language version will you need: English Other
 (specify) Portuguese/Brazil

(Note: if the PAT has not yet been translated into your needed language, you can request translation guidelines.)

With what patient group will you use the PAT? Pediatric Oncology
 Other Pediatric (please describe)

The patient group we will use PAT are parents of overweight and obese children, which are receiving medical clinical treatment.

Research Use: If the PAT will be implemented as part of a research study, please provide a brief summary of the proposed research, and attach a one to two page summary, including study questions, design, samples, and outcome measures. Please include information about how the research is funded. The description of the participants should include estimates for gender and ethnicity.

Research: Relations between parental control, family psychosocial risk and coping treatment of overweight or obesity

The research is part of a Master's Degree Project in the Health Sciences Program of Pontifical Catholic University from Campinas, São Paulo, Brazil.

The overweight and childhood obesity are growing significantly and studies show family participation as crucial to achieving an effective treatment, because of it, be the main source of children's influence.

The study goals are to identify, describe and analyze parental variables related to adherence to treatment of overweight/obesity of children aged between five and 11 years (both male and female, multiple ethnicity), considering the psychosocial risks of the family, the standard of food control, and the stressors and coping

strategies of outpatient treatment of Pediatrics and Endocrinology of the Hospital Celso Pierro of the Pontifical Catholic University from Campinas.

To achieve these goals, there will be a correlational cross-sectional study. The sample consists of 50 caregivers of children who are in outpatient clinical care presenting overweight or obesity.

Permission to use the PAT is granted to University Hospital Júlio Müller, Pediatric Ward, by the Center for Pediatric Traumatic Stress. Permission is non-transferable PAT_ALL LITERACY_ALL AGES version © 2012 Center for Pediatric Traumatic Stress. All Rights Reserved. 9/22/2015.

Outcome measures:

Children's Body mass index;

Caregiver's Body mass index

Children's Stressors to treatment;

Caregiver's Stressors to treatment;

Children coping strategies to treatment;

Caregiver's coping strategies to treatment;

Parental control of feeding in Caregiver's of clinical children;

Psychosocial risk in Caregiver's of clinical children;

Clinical children physical activity level;

Statistical analysis will be applied to verify the relationship between these measures, so that, the study question would be answered.

Clinical Use: If the PAT will be implemented for clinical use, please provide a brief description of the setting in which it will be used in, the patient population provided to, and the implementation plan and timetable. The description of the patient population should include estimates of gender and ethnicity.

(Not applicable)

What is the proposed timeline to begin using the PAT?

(Timeline above)

1. FOR RESEARCH USE: what is the proposed beginning / ending time frame for using the PAT as part of your study?

The proposed timeline to begin using PAT is in December 2015, and ending period would be on June 2016.

Permission to use the PAT is granted to University Hospital Júlio Müller, Pediatric Ward, by the Center for Pediatric Traumatic Stress. Permission is non-transferable PAT_ALL LITERACY_ALL AGES version © 2012 Center for Pediatric Traumatic Stress. All Rights Reserved. 9/22/2015.

The Psychosocial Assessment Tool (PAT)

Other Terms and Conditions

- 1. Warranty Disclaimer.** YOU WILL ACCEPT THE PAT "AS-IS." CPTS MAKES NO REPRESENTATIONS OR WARRANTIES, EXPRESS OR IMPLIED, WITH RESPECT TO THE PAT OR ANY ADAPTATIONS OR TRANSLATIONS DERIVED THEREFROM. BY WAY OF EXAMPLE BUT NOT LIMITATION, CPTS MAKES NO REPRESENTATIONS OF COMMERCIAL UTILITY, MERCANTABILITY, OR FITNESS FOR ANY PARTICULAR PURPOSE, OR THAT THE USE OF THE PAT WILL NOT INFRINGE ANY RIGHTS OF ANY THIRD PARTY. CPTS SHALL NOT BE HELD TO ANY LIABILITY WITH RESPECT TO ANY CLAIM FROM A THIRD PARTY ON ACCOUNT OF, OR ARISING FROM, THE USE OF THE PAT.
- 2. Indemnification.** To the extent permissible by law, Recipient Institution agrees to defend, indemnify, and hold harmless CPTS, the Children's Hospital of Philadelphia, and the Nemours Health System / A.I. duPont Hospital for Children for all claims, liabilities, and costs (including reasonable attorneys' fees) arising from the use of the PAT. The terms of this Section 2 shall survive the termination of this Agreement.
- 3. Liability.** Recipients assume all liability for any damages that may arise from the use, storage, or disposal of the Material. Neither the Provider nor the Providing Scientist will be liable for any loss, claim, or demand made by the Recipients or by any third party due to or arising from the use, storage, or disposal of the Material.
- 4. Term and Termination.** This agreement will remain in force for three years from the signing date below. Either party may terminate this agreement for any reason upon thirty days written notice to the other party. Upon termination, Recipient will cease use of the PAT and send to CPTS any outstanding reports.
- 5.** These terms and conditions shall survive termination of this Agreement.

I agree to the terms of using the PAT specified on pages 1-2.

Kainara Silva da Cunha

Signature

Kainara Silva da Cunha
Print Name

September 30, 2015
Date

Psychology
Title

Pontifical Catholic University from Campinas, São Paulo, Brazil
Institution

Please return the completed user agreement to: Psychosocialassessmenttool@nemours.org; one of our team members will follow up promptly after receipt.

ANEXO B

Email de Autorização do Instrumento CFPQ

De: anitacb@uol.com.br
Enviada: Quinta-feira, 24 de Setembro de 2015 16:43
Para: giovannasoutinho@gmail.com
Assunto: Outra pesquisa !

Olá, Giovanna !!
Tudo bem ?!

Mais ibope para sua pesquisa ! Realmente estávamos precisando de um instrumento completo como o CFPQ em português.

A aluna Kainara Cunha está no mestrado, também sob a orientação da profa. Sônia Enumo aqui na PUCC, e também vai trabalhar com crianças acima do peso. O foco dela será avaliação com os pais, o meu, pais e crianças.

Para podermos comparar e somar nossos dados ela também considerou muito relevante aplicar o CFPQ, obedecendo, é claro, o mesmo rigor ético de citar sua autoria e atualizar o instrumento assim que você modificá-lo.

É possível ?

Obrigada Giovanna,

Abços,
Att.
Anita C. Bellodi

De: giovannasoutinho@gmail.com
Enviada: Terça-feira, 29 de Setembro de 2015 14:50
Para: anitacb@uol.com.br
Assunto: Outra pesquisa !

Que bom, Anita :)

ANEXO C

Modelo fatorial final: CFPQ adaptado para a população brasileira

1. Controlo os doces (bala, sorvete, bolo, torta, docinhos e outros) que meu filho come.
2. Controlo os salgadinhos de pacote que meu filho come (Ruffles®, Doritos®, Cheetos®).
3. Controlo os alimentos com excesso de gordura (fritura, carnes gordas ou com pele, biscoito recheado e outros) que meu filho come.
4. Controlo a quantidade de bebidas açucaradas (refrigerante, suco em pó e de caixinha) que meu filho bebe.
5. Deixo meu filho comer o que ele quer.
6. Nas refeições, eu deixo meu filho escolher o que ele quer dentro daquilo que foi preparado.
7. Quando meu filho fica agitado, procuro dar-lhe algo para comer.
8. Dou a meu filho algo para comer ou beber caso ele esteja sem nada para fazer, mesmo achando que ele está sem fome.
9. Dou a meu filho algo para comer ou beber caso ele esteja triste, mesmo achando que ele está sem fome.
10. Se meu filho não gostar do que está sendo servido, preparo outra coisa
11. Deixo meu filho fazer lanches sempre que quer.
12. Permito que meu filho deixe a mesa quando está satisfeito, mesmo que sua família ainda esteja comendo.
13. Eu envolvo meu filho no planejamento das refeições da família.
14. Eu ofereço a meu filho seus alimentos preferidos em troca de um bom comportamento.
15. Eu deixo meu filho ajudar a preparar as refeições da família.
16. Eu ofereço doces (balas, sorvete, bolo, docinhos e outros) para o meu filho como recompensa por bom comportamento.
17. Eu incentivo meu filho a experimentar novos alimentos.
18. Eu converso com meu filho sobre a importância de se comer alimentos saudáveis
19. Digo a meu filho que alimentos saudáveis são gostosos.
20. Incentivo meu filho a comer menos para que não fique gordo.
21. Se eu não regulasse a alimentação do meu filho, ele comeria muita “besteira” (*junk food* - alimentos não saudáveis, como refrigerantes, doces e sanduíches).
22. Eu dou a meu filho porções pequenas nas refeições para controlar seu peso.
23. Se meu filho diz: “Não estou com fome”, tento fazer com que coma mesmo assim.
24. Eu converso com meu filho sobre o valor nutricional dos alimentos.
25. Eu estimulo meu filho a participar das compras de supermercado.
26. Se meu filho come mais do que o normal em uma refeição, tento restringir o que ele come na refeição seguinte.
27. Limito os alimentos que meu filho come e que podem fazê-lo engordar.
28. Proibido meu filho de comer certos alimentos, pois o deixarão gordo.
29. Eu proibido que meu filho coma doces ou seus alimentos preferidos em resposta a um mau comportamento.
30. Estimulo meu filho a comer uma variedade de alimentos saudáveis.
31. Se meu filho come apenas uma pequena porção, tento fazer com que ele coma mais.
32. Tento garantir que meu filho não coma uma quantidade excessiva de seus alimentos favoritos.
33. Não deixo meu filho beliscar entre as refeições porque não quero que ele engorde.
34. Eu como de forma saudável para servir de exemplo para meu filho.
35. Coloco meu filho de dieta com frequência para controlar seu peso
36. Eu como alimentos saudáveis na frente do meu filho, mesmo que não sejam os meus favoritos.
37. Eu tento demonstrar empolgação ao comer alimentos saudáveis.
38. Eu mostro a meu filho o quanto eu gosto de comer alimentos saudáveis.
39. Quando meu filho diz que já terminou de comer, procuro fazer com que ele coma mais colheradas de seu prato.

ANEXO D

Autorização para uso do Manual

Termo de Autorização

Por meio deste, na condição de orientadora do trabalho de Lana Cristina Cardoso de Oliveira Martins, na Universidade Federal do Pará, autorizo a utilização do Manual Informativo sobre obesidade e alimentação saudável, para uso em pesquisa, sob responsabilidade da Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo, nos projetos de pesquisa de Anita Colletes Bellodi (RG 35183121-6), Kainara Silva da Cunha (RG 54568210) e Maria Camila Buarraj Gomes (RG 26.643.803-9).

As pesquisadoras comprometem-se a fazer referência às autoras em todas as comunicações referentes à pesquisa.

Sem mais, firma o presente,



Profa. Dra. Eleonora Amaud Pereira Ferreira

Manaus, AM, -1A de 0A de 2016.

ANEXO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÕES ENTRE CONTROLE PARENTAL, RISCO PSICOSSOCIAL FAMILIAR E ENFRENTAMENTO DO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM SOBREPESO OU OBESIDADE

Pesquisador: Katherina Silva da Cunha

Área Temática:

Versão: 2

CAAAE: 51196615.6.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.436.612

Apreensão do Projeto:

O sobrepeso e a obesidade infantil vêm crescendo de forma significativa e estudos apontam a participação da família como crucial para atingir um tratamento eficaz, pelo fato de mesma, ser a principal fonte de influência da criança. Portanto, o presente estudo tem como objetivo geral identificar, descrever e analisar variáveis parentais relacionadas à adesão ao tratamento do sobrepeso/obesidade dos filhos com idade entre cinco e 11 anos, como os riscos psicossociais da família, o padrão de controle alimentar, além disso, os estressores e as estratégias de enfrentamento do tratamento ambulatorial de Pediatria e Endocrinologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas. Será realizado um estudo transversal correlacional. Os participantes irão compor uma amostra de conveniência constituída por 50 pais de crianças, que estão em atendimento clínico ambulatorial apresentando sobrepeso ou obesidade.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar, descrever e analisar variáveis parentais relacionadas à adesão ao tratamento do sobrepeso/obesidade dos filhos com idade entre cinco e 11 anos, como os riscos psicossociais da família, o padrão de controle alimentar, e os estressores e as estratégias de enfrentamento do tratamento ambulatorial de Pediatria e Endocrinologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro da

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 128
 Bairro: Parque das Universidades CEP: 13.026-910
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (13)224-3-8777 fax: (13)224-3-8777 e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Contato: (19) 3094-9000

PUC-Campinas

Avaliação do Risco e Benefícios:

Os instrumentos podem eventualmente gerar expectativas ou promover um risco mínimo de alguma expressão emocional, porém, a pesquisadora estará à disposição para intervenção psicológica necessária ao caso, orientando sobre qualquer dúvida ou expressão emocional que surgir durante o processo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de Apresentação obrigatória:

A proponente atendeu as solicitações de alterações no projeto exigidas no último parecer.

Recomendações:

Conclusão ou Pendências e Lista de Inadequações:

A proponente atendeu as solicitações de alterações no projeto exigidas no último parecer.

Considerações Finais e Critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 466/12, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emite-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado**.

Conforme a Resolução 466/12, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado a cada no documento cabal no relacionado:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_61593.pdf	06/02/2016 21:26:45		Azião
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta_Parecer.docx	06/02/2016 21:21:44	Kathara Silva da Cunha	Azião
TC-LE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TC-LE_modificados.docx	06/02/2016 21:20:59	Kathara Silva da Cunha	Azião

Endereço: Rodovia Dom Pedro II, Km 138
 Bairro: Parque das Universidades CEP: 13.082-900
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19) 3094-9000 Fax: (19) 3094-9000 E-mail: comite.etica@puc-campinas.edu.br



Contribuição Parecer: 1*36.62

Declaração de Intenção e Intenc futura	Outros_documentos_hospital.docx	05/03/2016 21:19:54	kahara sluz da cunha	Azelto
Declaração de Intenção e Intenc futura	Declaração_Modificada.docx	05/03/2016 21:12:31	kahara sluz da cunha	Azelto
Cronograma	Cronograma_Modificado.docx	05/03/2016 21:08:07	kahara sluz da cunha	Azelto
Projeto Detalhado / Brochura Ines ligador	Projeto_Modificado.docx	05/03/2016 21:04:08	kahara sluz da cunha	Azelto
Folha de Rosto	Folha_rosto.docx	16/11/2015 10:30:17	kahara sluz da cunha	Azelto

Bsituação do Parecer:

Aprovado

Necessária Apreciação da COMEP:

Não

CAMPINAS, 03 de Março de 2016

Assinado por:
David Bianchini
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Dom Pedro I Km 130
 Bairro: Parque das Universidades CEP: 13.026-900
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)224-9.8777 Fax: (19)224-9.8777 E-mail: comiteetica@puc-campinas.edu.br

ANEXO F

Autorizações do Hospital e Ambulatórios do HMCP



SOCIEDADE CAMPINEIRA DE EDUCAÇÃO E INSTRUÇÃO
HOSPITAL DA PUC-CAMPINAS

Campinas, 4 de novembro de 2015

Declaração de Ciência e Autorização da Instituição Co-participante

Título do Projeto

Relações entre controle parental, risco psicossocial familiar e enfrentamento do tratamento de crianças com sobrepeso ou obesidade

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, e em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem – estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem – estar.

Atenciosamente,

Dr. Antônio Celso de Moraes
Superintendente
Hospital e Maternidade Celso Pierro

INFORMAÇÕES E DESPACHOS

INFORMAÇÕES E DESPACHOS			
DOCUMENTO:	PROTOCOLO:	DATA:	FOLHA:
Projeto de Pesquisa "Relações entre controle parenteral, risco psicossocial familiar e enfrentamento do tratamento de crianças com sobrepeso ou obesidade". Kainara Silva da Cunha	CI-SAP 15/445	06/11/2015	1

À
Superintendência do HMCP
Dr. Antônio Celso de Moraes

Título: "Relações entre controle parenteral, risco psicossocial familiar e enfrentamento do tratamento de crianças com sobrepeso ou obesidade".

Pesquisador: Kainara Silva da Cunha
Registro no SAP: 278

Trata-se de um projeto de pesquisa onde o objetivo é "Identificar, descrever e analisar variáveis parentais relacionadas à adesão ao tratamento do sobrepeso/obesidade dos filhos com idade entre cinco e onze anos, como os riscos psicossociais da família o padrão de controle alimentar, e os estressores e as estratégias de enfrentamento do tratamento ambulatorial de Pediatria e Endocrinologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas".

O pesquisador informa na Carta de Declaração em anexo, que a pesquisa não onerará gastos à Instituição.

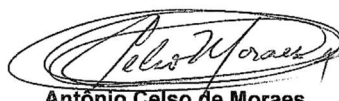
Assim solicita desta Superintendência, ciência e autorização para o desenvolvimento do estudo na Instituição e assinatura da declaração da instituição co-participante por se tratar de formalidade para análise e aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa-CEP da PUC-Campinas.

Diante do exposto, envio o expediente para análise e deliberações.

Atenciosamente,


Mara Fernandez
Serviço de Apoio à Pesquisa

Ciente e de Acordo.


Antônio Celso de Moraes
Superintendente
 06/11/15



SOCIEDADE CAMPINEIRA DE EDUCAÇÃO E INSTRUÇÃO
HOSPITAL DA PUC-CAMPINAS

Campinas, 4 de novembro de 2015.

Ilmo Prof. Dr. David Bianchini
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas


Prezado Senhor,

Venho por meio desta encaminhar para análise deste Comitê quanto aos aspectos éticos envolvidos conforme determinado pela Resolução 196/96 do CNS, a pesquisa intitulada "**Relações entre controle parental, risco psicossocial familiar e enfrentamento do tratamento de crianças com sobrepeso ou obesidade**".

Constam anexos os seguintes documentos:

- Declaração da ciência e autorização do Coordenador do local onde será conduzido o Estudo
- Carta solicitando permissão para condução do Estudo nas Instalações do HMCP
- Declaração de Infraestrutura
- Folha de Rosto do Sistema Plataforma Brasil
- Termo de compromisso de utilização de prontuário

Agradeço a colaboração e estou a disposição para maiores esclarecimentos.
Atenciosamente,


Kainara Silva da Cunha
Nome do Pesquisador
Pesquisador (a)

Declaração de Ciência e Autorização do Coordenador da Área**Título do Projeto**

Relações entre controle parental, risco psicossocial familiar e enfrentamento do tratamento de crianças com sobrepeso ou obesidade

Declaro ser do meu conhecimento o teor do projeto acima referido assim como autorizo o desenvolvimento das atividades descritas no projeto pertinentes a minha área de Coordenação/Gestão.

Mila P. R. Cunha.

Nome do Coordenador da área

Setor:

Data: 4.11.2025.

Cra. Mila Pontes Ramos Cunha

Endocrinologia

CRM/09.129

Mila P. R. Cunha

Assinatura

Carimbo (obrigatório)

Declaração de Ciência e Autorização do Coordenador da Área

Título do Projeto

Relações entre controle parental, risco psicossocial familiar e enfrentamento do tratamento de crianças com sobrepeso ou obesidade

Declaro ser do meu conhecimento o teor do projeto acima referido assim como autorizo o desenvolvimento das atividades descritas no projeto pertinentes a minha área de Coordenação/Gestão.

Nilton Vicente

Nome do Coordenador da área
Setor: *PEDIATRIA*
Data: *4. 11. 2015*

Dr. Nilton C. Vicente
Cirurgia Pediátrica
CRM-SP: 45.717

Assinatura
Carimbo (obrigatório)

Declaração de Custos e Recursos

Título do Projeto

Relações entre controle parental, risco psicossocial familiar e enfrentamento do tratamento de crianças com sobrepeso ou obesidade

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa acima referida não gerará custos a Instituição. Os instrumentos de avaliação utilizados não gerarão custos a Instituição, ao pesquisador ou mesmo a população estudada. Não haverá remuneração específica para o pesquisador e para a população estudada.

Campinas, 04 de novembro de 2015.

Kainara Silva da Cunha

Kainara Silva da Cunha

Nome do Pesquisador

Pesquisador (a)

Declaração de Infra-Estrutura

Título do Projeto

Relações entre controle parental, risco psicossocial familiar e enfrentamento do tratamento de crianças com sobrepeso ou obesidade

Declaro para os devidos fins, que a pesquisa acima referida não haverá exigência de espaços e de recursos adicionais ao Hospital e Maternidade Celso Pierro, assim como a não interferência com os serviços do mesmo.

Campinas, 04 de novembro de 2015.

Kainara Silva da Cunha
Kainara Silva da Cunha

Nome do Pesquisador
Pesquisador (a)

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

Relações entre controle parental, risco psicossocial familiar e enfrentamento do tratamento de crianças com sobrepeso ou obesidade

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital e Maternidade Celso Pierro. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Campinas, 26 de outubro de 2015

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Kainara Silva da Cunha	<i>Kainara Silva da Cunha</i>
Profª Drª. Sônia Regina Fiorim Enumo	<i>Sônia Regina Fiorim Enumo</i>