

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Efeitos de um programa de intervenção
cognitivo – comportamental em grupo para crianças obesas**

ANDREIA MARA ANGELO GONÇALVES LUIZ

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de
Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a
obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2010

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Efeitos de um programa de intervenção
cognitivo – comportamental em grupo para crianças obesas**

ANDREIA MARA ANGELO GONÇALVES LUIZ

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de
Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a
obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

RIBEIRÃO PRETO - SP
2010

FICHA CATOLOGRÁFICA

Luiz, Andreia Mara Angelo Gonçalves

Efeitos de um programa de intervenção cognitivo – comportamental em grupo para crianças obesas / Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz; orientador Ricardo Gorayeb. Ribeirão Preto, 2011.

111 f.: il.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP - Dep. de Psicologia e Educação.

1. Obesidade Infantil.
2. Terapia Cognitivo Comportamental.
3. Qualidade de Vida.
4. Depressão.
5. Ansiedade.
6. Comportamento Alimentar.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz

Título: Efeitos de um programa de intervenção cognitivo - comportamental em grupo para crianças obesas

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de
Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho ao meu filho Lucas, amor incondicional, que me ensinou o real motivo da vida e me trouxe alegria e paz no coração;

Ao meu marido Leandro, companheiro fiel de todos os momentos,

E a minha querida mãe Tita, que sem sua bondade e apoio não teria percorrido toda essa trajetória.

Agradeço imensamente a Deus por ter permitido a conclusão de mais uma etapa de minha vida profissional.

Ao Prof. Dr. Ricardo Gorayeb pelo modelo de ética e de ser humano. Agradeço imensamente a confiança, carinho e incentivo constantes. Muito obrigada por tudo!

Ao meu irmão Aguinaldo Angelo Gonçalves pelo auxílio e disponibilidade nos momentos em que precisei.

Ao Dr. Raphael Del’Roio Libertore Júnior pelo estímulo e apoio e a toda equipe do ambulatório de endocrinologia infantil do HB.

Às Dras. Neide Micelli Domingos e Maria Cristina Myiazaki, pelo exemplo de profissionais e constante apoio em todas as fases desta caminhada.

Ao Dr. Nelson Iguimar Valério pelas ricas contribuições durante a qualificação deste trabalho e apoio.

À prof. Kelly Renata Rizzo, responsável pelo serviço de psicologia do Hospital de Base (HB) e amiga de todas as ocasiões, pelo carinho e compreensão em vários momentos da realização deste trabalho.

Ao Randolpho dos Santos Júnior também responsável pelo serviço de psicologia do Hospital de Base pelo apoio e amizade.

À Daniela Gusman, psicóloga do ambulatório de obesidade infantil, pelo apoio, carinho, atenção e amizade.

À Elina Barros Ciribelli, ex aprimoranda do programa de psicologia da saúde do HB e fiel amiga, pelo auxílio na coleta de dados e constante dedicação e compreensão.

À Natália Fernandes pelo auxílio na coleta de dados e dedicação.

Ao Dr. Paulo Poiati pela viabilização deste trabalho.

À equipe de Psiquiatria do ambulatório do HB, em especial o Prof. Altino Bessa Marques Filho, pelo apoio e compreensão durante a realização deste estudo.

A todos os contratados e aprimorandos do HB pelo incentivo e amizade.

Às secretárias da biblioteca da FAMERP, Rosângela Kavanami e Zélia Régis pelo auxílio e atenção.

Às secretárias do Serviço de Psicologia e do Ambulatório de Pediatria do HB pelo apoio.

Às secretárias da FFCLRP-USP pela atenção.

À Nilmara Barbosa de Oliveira, secretária da FAMERP, pela disponibilidade.

À Victor Vianna pelos artigos científicos e confiança.

Em especial, todas as mães e crianças que participaram deste estudo, meu agradecimento e extremo respeito, muito obrigada!

LUIZ, A. M. A. G. **Efeitos de um programa de intervenção cognitivo – comportamental em grupo para crianças obesas.** 2010. 111 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

A obesidade infantil é considerada um grave problema de saúde pública, tem aumentado de forma significativa e resulta em complicações físicas e psicológicas. O presente trabalho teve como objetivo verificar efeitos de um programa de intervenção cognitivo-comportamental em grupo com crianças obesas sobre a qualidade de vida, depressão, ansiedade, comportamento alimentar e índice de massa corpórea, quando comparados com um grupo controle. Participaram do estudo 65 crianças e suas mães, divididas em grupo experimental (n=35) e grupo controle (n=30) que foram avaliadas em três momentos: avaliação inicial, reavaliação (após 10 semanas) e seguimento (após de seis meses). Nas avaliações as mães responderam ao Questionário do Comportamento Alimentar em Crianças (CEBQ) e nas crianças foram aplicados o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes (AUQEI), o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e a escala de ansiedade O Que Penso e Sinto (OQPS). O grupo experimental foi submetido a um programa de intervenção psicológica baseado no modelo da Terapia Cognitivo – Comportamental. Este programa constou de 10 sessões semanais com duas horas de duração cada. Durante o programa foram utilizadas as técnicas: formulação e psicoeducação, registro de pensamentos disfuncionais, balões de pensamento, reestruturação cognitiva, “role-play”, controle de estímulos, relaxamento, respiração, treino em habilidades sociais e em habilidades educativas parentais. O grupo controle recebeu atendimento padrão oferecido pela equipe do Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica (médico endocrinologista pediátrico, psicóloga e nutricionista) durante os dias de consultas agendados. Dentre os participantes deste estudo houve predominância do sexo feminino, idade entre sete e nove anos e escolaridade entre a 1ª e 4ª séries. Com relação aos dados sócios demográficos não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos. Foi verificada diminuição significativa entre os momentos de avaliação do percentil de obesidade no grupo experimental; dos sintomas depressivos e ansiosos e melhora da qualidade de vida, em comparação com o grupo controle. Os dados também indicam mudança significativa no comportamento alimentar das crianças do grupo experimental em relação ao grupo controle. Considera-se que o programa de intervenção cognitivo-comportamental apresentou resultados satisfatórios na melhora de aspectos emocionais e comportamentais de crianças obesas, bem como na diminuição da obesidade. Argumenta-se que programas como este deveriam ser amplamente utilizados em ambulatórios de obesidade infantil para melhorar a qualidade de vida das crianças.

Palavras-chave: obesidade infantil, terapia cognitivo – comportamental, qualidade de vida, depressão, ansiedade, comportamento alimentar.

LUIZ, A. M. A. G. **Effects of a group cognitive-behavioral intervention program for obese children.** 2010. 111 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Obesity in children is considered a serious public health problem that has been increasing significantly and resulting in physical and psychological complications. The objective of this paper is to verify the effects of a group cognitive-behavioral intervention with obese children on quality of life, depression, anxiety, eating behavior and body-mass index, when compared to a control group. Sixty-five children and their mothers participated in this study. The children were divided in two groups: an experimental group (n=35) and a control group (n=30) and were evaluated in three stages: initial evaluation, re-evaluation (after 10 weeks) and follow-up (after six months). In these assessments the mothers answered the Children's Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) and the Quality of Life Evaluation Scale (AUQEI), the Child Depression Inventory (CDI) and the anxiety scale What I Think and Feel (OQPS) were applied on the children. The experimental group was submitted to a psychological intervention program based on the Cognitive Behavioral Therapy model. This program constituted of 10 two-hour weekly sessions. During the program the following techniques were used: formulation and psychoeducation; recording of dysfunctional thoughts; thought balloons; cognitive restructuring; role-playing; stimulus control; relaxation; breathing; practice in social skills and parental education skills. The control group received standard assistance given by the Pediatric Endocrinology Outpatient team (pediatric endocrinologist, psychologist and nutritionist) on the days they had scheduled appointments. In this study there was a predominance of participants of the female sex, between the ages of 7 to 9 and education ranging from 1st to 4th grades. In regards to the socio-demographic data there was no significant difference between the groups. Considerable decrease in the percentage of obesity; in depression and anxiety symptoms and an increase in quality of life was observed in the experimental group between evaluation stages. The data also indicated a significant change in the eating behavior of the children of the experimental group in relation to the control group. We thus consider that the cognitive-behavioral intervention program presented satisfactory results in the emotional and behavioral aspects of obese children, in addition to a decrease in obesity. It has been discussed that programs such as this one should be widely used in out-patient clinics that treat obese children to improve the quality of life of these children.

Keywords: obesity in children, cognitive behavioral therapy, quality of life, depression, anxiety, eating behavior.

Tabela 1.	Variáveis sócio demográficas do Grupo Experimental e do Grupo Controle	65
Tabela 2.	Média do percentil de obesidade dos participantes do grupo experimental e controle nos três momentos de avaliação.....	66
Tabela 3.	Média obtida dos participantes no Inventário de Depressão Infantil – CDI, nos três momentos de avaliação	67
Tabela 4.	Distribuição dos participantes de acordo com as médias obtidas na Escala O Que Penso e Sinto (OQPS), nos três momentos da avaliação	69
Tabela 5.	Escore médios obtidos na Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQUEI) nos grupos estudados	70
Tabela 6.	Resultados médios das subescalas do CEBQ no Grupo Experimental e no Grupo Controle	72

Quadro 1.	Descrição da estrutura das sessões do programa de intervenção – grupo experimental	48
------------------	---	----

Apêndice A.	Ficha de identificação.....	95
Apêndice B.	Registro de pensamentos e comportamentos.....	96
Apêndice C.	Registro alimentar	97
Apêndice D.	Registro de exercícios físicos	98
Apêndice E.	Balões de pensamento	99

Anexo A.	Termo de Consentimento Livre e Pós-esclarecimento	103
Anexo B.	Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes (AUQUEI – “Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé”)	104
Anexo C.	Inventário de Depressão Infantil (C D I)	105
Anexo D.	O Que Penso e Sinto (OQPS)	107
Anexo E.	Questionário do Comportamento Alimentar de Crianças (CEBQ)...	108
Anexo F.	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	111

1. INTRODUÇÃO	27
1.1 Obesidade Infantil.....	27
1.2 Obesidade Infantil e Qualidade de Vida.....	28
1.3 Obesidade Infantil, Ansiedade e Depressão	30
1.4 Orientação de Pais e Obesidade Infantil.....	33
1.5 Terapia Cognitivo-Comportamental e Obesidade Infantil	35
1.6 Objetivos.....	38
1.6.1 Objetivo Geral	38
1.6.2 Objetivos Específicos	38
2. MÉTODO	41
2.1 Delineamento do Estudo.....	41
2.2 Participantes	41
2.2.1 Grupo Experimental	41
2.2.2 Grupo Controle	41
2.2.3 Critérios de Inclusão dos Participantes dos Dois Grupos.....	41
2.2.4 Critérios de Exclusão dos Participantes dos Dois Grupos.....	42
2.3 Materiais	42
2.4 Procedimento	45
2.4.1 Abordagem dos participantes	45
2.4.2 Avaliação inicial	46
2.4.3 Reavaliação.....	46
2.4.4 Seguimento	47
2.4.5 Grupo experimental	47
2.4.6 Grupo controle.....	52
3. ANÁLISE DE DADOS.....	57
4. ASPECTOS ÉTICOS.....	61
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
5.1 Descrição dos Participantes	65
5.2 Percentil de Obesidade	66
5.3 Inventário de Depressão Infantil (CDI).....	67

5.4 O Que Penso e Sinto (OQPS)	69
5.5 Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI)	70
5.6 Questionário do Comportamento Alimentar em Crianças (CEBQ).....	71
6. CONCLUSÃO	79
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
APÊNDICES	95
ANEXOS	103

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Obesidade Infantil

É consenso que a obesidade tem aumentado progressivamente em todo o mundo e atinge crianças, adolescentes e adultos de diferentes condições sociais, podendo determinar várias complicações na infância e na idade adulta. A obesidade infantil é um dos problemas de maior prevalência na área pediátrica e um dos transtornos nutricionais mais frequentes, tanto em nações ricas como naquelas em desenvolvimento, sendo por isso considerada um grave problema de saúde pública (LAMOUNIER, J. A.; LAMONIER, F. B.; WEFFORT, 2009; SCHWARTZ; PUHL, 2003; MELLO; LUFT; MEYER, 2004; PINHAS-HAMIEL et al., 2006; NONINO-BORGES; BORGES; DOS SANTOS, 2006). Strauss (1999) refere que a proporção de obesidade infantil que prevalece como obesidade moderada na vida adulta é de 15,0% a 20,0%, e que esses números aumentam quanto maior a idade da criança.

Nos países desenvolvidos, a obesidade infantil atinge proporções epidêmicas, sendo sua prevalência maior que desnutrição e doenças infecciosas. Esses países têm concentrado seus esforços na área de saúde pública na prevenção das doenças não transmissíveis, dando ênfase à redução da obesidade, pela modificação do padrão alimentar e diminuição do sedentarismo (BROWNELL; O'NEIL, 1999). A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2003) aponta dados preocupantes em relação à obesidade infantil. No mundo existem 17,6% de crianças menores de cinco anos com obesidade, nos Estados Unidos o número de crianças obesas dobrou e o de adolescentes triplicou desde 1980.

No Brasil, a prevalência de obesidade e sobrepeso tem aumentado e a projeção dos resultados de pesquisas feitas nas últimas três décadas é indicativa de um comportamento epidêmico (NOVAES; ROCHA; PEREIRA NETO, 2009). Um estudo realizado na Escola Paulista de Medicina, revelou que aproximadamente 4,0% a 5,0% das crianças menores de 12 anos, atendidas para triagem médica, apresentavam obesidade (FISBERG, 1995). Outra pesquisa com o objetivo de descrever a prevalência da obesidade em 13.715 adolescentes brasileiros, entre 10 e 19 anos de idade, apontou maior prevalência de obesidade no grupo dos adolescentes do sexo feminino, de nível socioeconômico mais alto e de regiões industrializadas (NEUTZLING et al., 2000). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004) a Pesquisa de Orçamentos Familiares em 2002 e 2003 mostrou a obesidade como sendo um grave problema, pois 38,8 milhões de brasileiros com 20 anos ou

mais estão acima do peso, sendo que, destes, 10,5 milhões são obesos; e 16,7% da população entre 10 e 19 anos possuem excesso de peso.

Com relação à presença da obesidade infantil em escolas particulares ou da rede pública, um levantamento realizado com alunos entre cinco e 10 anos de idade, matriculados em escolas da rede pública e particular da cidade de Salvador, BA, mostrou que a prevalência de obesidade encontrada foi de 15,8%. Na comparação dos resultados, a frequência de obesidade foi maior para alunos das escolas particulares do que para os das escolas públicas (LEÃO et al., 2003).

A obesidade pode ser classificada de duas maneiras, como endógena, decorrente de outras doenças, como as síndromes genéticas e as alterações endocrinológicas, ou exógena, resultante de ingestão excessiva de alimentos, quando comparada à necessidade energética do indivíduo. A obesidade endógena é responsável por apenas 1,0% dos casos de obesidade e os 99,0% restantes são considerados de causa exógena, ou seja, com predominância da influência de fatores ambientais (DAMIANI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2000).

Portanto, a obesidade infantil é um problema tanto da área da saúde como cultural, pois mudanças sociais têm levado a modificações no estilo de vida, como a alimentação rápida e inadequada e a redução da atividade física, o que colabora para o aumento do sobrepeso e obesidade, afetando assim a qualidade de vida desses indivíduos, associando-se a doenças, ainda na infância (STRAUSS, 1999; LIMA, 2004).

1.2 Obesidade Infantil e Qualidade de Vida

Qualidade de vida é definida pela divisão de Saúde Mental da Organização de Mundial de Saúde (WHOQOL GROUP) como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994). A avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de doenças crônicas tem auxiliado no estabelecimento de metas no tratamento, que visam atenuar as limitações físicas, psicológicas e sociais impostas pela própria doença e pelo seu tratamento (CANINI et al., 2004).

O estudo do impacto da obesidade sobre a qualidade de vida de uma criança é relevante em função dos agravantes clínicos da doença, da sua prevalência e do estigma associado. Para crianças e adolescentes, qualidade de vida pode estar relacionada à sua capacidade funcional e interação psicossocial, tanto quanto à de sua família. Relaciona-se também a uma sensação de bem-estar, manifestando o quanto seus desejos e esperanças se

aproximam do que realmente está acontecendo (BRASIL; FERRIANI; MACHADO, 2003; BARREIRE et al., 2003).

O conceito de qualidade de vida abrange vários domínios de funcionamento do indivíduo, tais como: condições físicas, capacidade funcional, condições psicológicas e bem estar, interações sociais, condições ou fatores econômicos e/ou vocacionais e condições religiosas e/ou espirituais. A avaliação da qualidade de vida geralmente é realizada com base na percepção que o indivíduo tem em relação a cada uma destas áreas (FLECK, 2000; BARREIRE et al., 2003; BRASIL; FERRIANI; MACHADO, 2003).

O Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes (AUQEI) é um instrumento bastante utilizado para avaliar sentimentos e sensação de bem-estar em relação ao estado atual. Considera-se que há uma diferença terminante entre o que é qualidade de vida infantil na visão de um adulto e a da própria criança. Assim, as percepções dos pais e da equipe médica em contato com a criança sob avaliação apresentam baixos índices de correlação com a auto-avaliação infantil (ASSUMPCÃO JR et al., 2000).

Inúmeros fatores associados à obesidade infantil podem interferir diretamente na qualidade de vida e na auto-estima das crianças, que acabam por se perceberem inadequadas e desvalorizadas. É alarmante a constatação de que problemas sérios em relação à saúde manifestam-se já na infância. As alterações metabólicas, por exemplo, o Diabetes Mellitus Tipo II, oferece limitações comportamentais à vida da criança ou podem expô-la a situações de difícil manejo, já que são exigidos controles alimentares para crianças que tenham hiperinsulinemia ou variações na concentração de gordura no sangue (aumento dos níveis de colesterol total) (LIBERATORE JUNIOR et al., 2008; ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMO, 2002).

Além dessas alterações, a gordura centralizada normalmente em tronco abdominal, traumas de articulações, estrias, infecções fúngicas (em especial nas dobras cutâneas), acantose nigricans (doença de pele, caracterizada por lesão de cor cinza e engrossada, que dá um aspecto verrugoso) e as doenças cardiovasculares, além de expor a criança a situações difíceis pelas alterações em sua aparência, ainda podem limitar sua capacidade de execução de atividades físicas comuns a outras crianças e se associar a mortalidade em idade precoce (OLIVEIRA; FISBERG, 2003; SPADA, 2005).

Em análise de estudos realizados na área verifica-se que programas com enfoque na melhora do estilo de vida reduziram o excesso de peso entre seis e 12 meses após o início da intervenção. Uma pesquisa com crianças alemãs com sobrepeso e obesidade, efetuada para investigar qualidade de vida utilizando o instrumento “Health-Related Quality of Life”

(HRQoL), mostrou um prejuízo significativo na percepção de saúde e no bem estar social e emocional destas crianças (WILLE et al., 2008). Da mesma forma, um estudo de Sato, Nakamura e Sasaki (2008) apontou que crianças e adolescentes obesos têm índices baixos na avaliação dos domínios de qualidade de vida.

Existem evidências que o estado nutricional da criança e seus hábitos alimentares na infância podem estar relacionados à obesidade abdominal na vida adulta, aumentando o risco de complicações metabólicas (LOURENÇO; CARDOSO, 2009). Portanto, a obesidade infantil e outras doenças crônicas também podem favorecer o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (ASSUMPÇÃO JR et al., 2000) e se tornarem fator de sofrimento, levando a comprometimentos emocionais e comportamentais que poderão prejudicar ainda mais a qualidade de vida (LUIZ, GORAYEB; LIBERATORE JÚNIOR et al., 2010). Assim, é importante para o tratamento da obesidade infantil considerar sua relação com problemas emocionais, precedentes à obesidade ou conseqüentes a ela.

1.3 Obesidade Infantil, Ansiedade e Depressão

Ansiedade pode ser definida como um sentimento desagradável de apreensão, caracterizado por tensão e/ou desconforto, derivados de antecipação de perigo externo ou interno. A ansiedade é inerente à vida, portanto é uma experiência que todas as pessoas vivenciam, em menor ou maior grau, em diferentes momentos, no qual, a reação ansiosa pode ser de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo ambiental. Porém, torna-se doença quando é desproporcional à situação desencadeante e quando interfere na qualidade de vida, no conforto emocional e no desempenho diário do indivíduo (CASTILLO et al., 2000).

Há muito tempo existem estudos com pacientes que apresentam sintomas de ansiedade em diferentes especialidades médicas, como cardiologia, gastroenterologia, neurologia, urologia, endocrinologia, dentre outras. A manifestação de um quadro ansioso é influenciada por vários fatores. Os fatores genéticos, ambientais e psicológicos são indicados como os mais importantes. Os pensamentos comuns em situações de ansiedade incluem superestimação do perigo, subestimação da capacidade de enfrentamento e da ajuda disponível, preocupações e pensamentos catastróficos (SHINOHARA; NARDI, 2001; AYALA, 2002).

A ansiedade está presente na maioria dos transtornos psiquiátricos e muitas vezes é um sintoma secundário. Entretanto, nos Transtornos de Ansiedade, ela é a manifestação principal. Dentre os Transtornos de Ansiedade, o Transtorno de Ansiedade Generalizada é um dos mais frequentes na prática clínica. É caracterizado por preocupações irreais ou excessivas, com

diversos sintomas somáticos, como tremores, tensão muscular, sudorese, taquicardia, tonturas e desconforto digestivo (CORDIOLLI, 2007; MÉNDEZ; OLIVARES; BERMEJO, 2005).

Os transtornos ansiosos são quadros comuns, tanto em adultos como em crianças. Nas crianças e adolescentes, os transtornos ansiosos mais freqüentes são o transtorno de ansiedade de separação e o transtorno de ansiedade generalizada (CASTILHO et al., 2000). De acordo com os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – DSM IV-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2002) para transtorno de ansiedade generalizada são utilizados os mesmos critérios diagnósticos para crianças e adultos, sendo mais comum que as crianças apresentem preocupação excessiva com sua competência ou qualidade de seu desempenho. O transtorno de ansiedade de separação é o único transtorno de ansiedade a ser mantido na seção específica de transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência.

De acordo com Stallard (2010) os transtornos de ansiedade em crianças são comuns e constituem o maior grupo de problemas de saúde mental durante a infância, podem causar efeito significativo no funcionamento diário e interferir na aprendizagem, no desenvolvimento de amizades e nas relações familiares. Este autor refere ainda que um dos componentes cognitivos mais importantes da ansiedade infantil são os medos e as preocupações.

Tendo como hipótese que a obesidade infantil pode estar relacionada com sintomas de ansiedade, Carvalho et al. (2001), em uma pesquisa com pré-adolescentes obesos de ambos os sexos, com idade entre nove e 13 anos, observaram que os meninos apresentaram sinais indicativos de problemas emocionais. No que se refere a sintomas de ansiedade, a maioria dos participantes do estudo apresentou níveis de ansiedade dentro do esperado para essa faixa etária, não se encontrando diferença entre os sexos. Os autores concluíram que não houve diferença significativa entre obesos e não obesos, e consideram a importância de realizar outros estudos para elucidar aspectos relativos ao funcionamento psicológico de pré-adolescentes obesos.

Com o propósito de avaliar os transtornos psiquiátricos mais freqüentes em 84 crianças (média de idade = 10 anos) obesas, comparando-as com crianças portadoras de diabetes, Zipper et al. (2001) observaram que mais da metade das crianças estudadas apresentaram diagnósticos envolvendo sintomas de ansiedade. Os escores para a ansiedade foram mais altos entre as crianças obesas do que entre os diabéticos. Os autores também argumentaram a favor da necessidade de se investigar transtornos psiquiátricos nos familiares dessas crianças, bem como de envolvê-los no processo de tratamento.

Last et al., (1987), em um estudo sobre comorbidade, relataram que 15,0% das crianças encaminhadas a uma clínica infantil para tratamento de ansiedade, quando avaliadas, receberam diagnóstico principal de depressão maior com transtornos secundários de ansiedade. Assim, quando se avalia a ansiedade é importante avaliar também os sintomas depressivos que possam estar associados.

Os sintomas depressivos geralmente são expressos por queixas somáticas (dores, tonturas, formigamentos, tremores, arrepios), por cansaço, dificuldade de concentração, isolamento social, excesso de preocupação e queixas especificamente psicológicas, como tristeza, angústia e irritabilidade. Outros sintomas importantes são alterações no apetite, no sono, perda ou ganho de peso e sentimentos de inferioridade, incompetência e culpa. Todos esses sintomas trazem grande sofrimento e prejuízos ao desempenho social e ocupacional da pessoa (LOTUFO NETO et al., 2001). Os critérios diagnósticos do DSM IV-TR (APA, 2002) para transtornos do humor são os mesmos utilizados para diagnóstico da depressão infantil. Entre os transtornos psicológicos estudados na infância e adolescência, a depressão tem suscitado crescente interesse, principalmente pela frequência com que esse diagnóstico tem sido feito. Entretanto, durante muito tempo, acreditou-se que as crianças raras vezes apresentavam depressão.

Sentimentos de tristeza, irritabilidade e agressividade, dependendo da intensidade e da frequência, podem ser indícios de quadros depressivos em crianças, assim como as súbitas mudanças de seus comportamentos, não justificadas por fatores estressantes, são de extrema importância para elaborar um diagnóstico de transtornos depressivos. Os sintomas depressivos podem interferir na vida da criança de maneira intensa, prejudicando seu rendimento escolar e seu relacionamento familiar e social (FUI et al., 2000). A depressão pode ser também sintoma de doenças orgânicas, como os distúrbios endocrinológicos e neurológicos. Pode ainda ser mais frequente em alguns grupos de crianças, como as portadoras de problemas crônicos de saúde e dificuldades acadêmicas (MIYAZAKI, 1993). Entre tais grupos, vulneráveis para o desenvolvimento da depressão infantil, encontra-se também a obesidade, que, muitas vezes, acarreta dificuldades comportamentais, interferindo assim no relacionamento social, familiar e acadêmico da criança (LUIZ et al., 2005; LUIZ; GORAYEB, 2006).

Csabi et al. (2000) compararam a presença de sintomas depressivos entre 30 crianças obesas em tratamento ambulatorial e 30 crianças não obesas, por meio de uma Escala de Classificação de Depressão. Os resultados apontaram uma maior proporção de sintomas depressivos em crianças obesas, quando comparadas com as de peso normal.

Luiz, Gorayeb e Liberatore Júnior (2010) em estudo realizado com crianças obesas, comparadas com crianças não obesas, observaram que as obesas apresentaram significativamente mais sintomas depressivos e ansiosos, que houve predominância de déficits de competência social entre as crianças obesas e que os problemas comportamentais também se mostraram associados à obesidade infantil. Os autores apontaram a necessidade de se avaliar psicologicamente crianças obesas, permitindo, assim, uma intervenção precoce com realização de programas de para ajudá-las a perder peso e para prevenir que a obesidade venha a afetar emocionalmente estas crianças. Os autores concluíram que se torna fundamental incluir nos programas de tratamento da obesidade infantil orientações específicas aos pais e ou cuidadores, já que são as pessoas de maior convívio com as crianças e têm envolvimento direto no desenvolvimento e manutenção de seus comportamentos.

1.4 Orientação de Pais e Obesidade Infantil

A infância é uma fase do desenvolvimento humano em que os indivíduos são ensinados e orientados sobre os comportamentos adequados para o convívio em sociedade, em que aprendem a sentir, agir e pensar de acordo com as regras e costumes instituídos pela cultura da qual fazem parte; estes comportamentos são produtos das interações do indivíduo com seu ambiente (MARINHO, 2000).

A família pode ser considerada como o primeiro e mais importante contexto social, emocional, econômico e cultural para o desenvolvimento humano, tendo grande influência sobre o bem estar das crianças (SANDERS, 2005). Ao conviver com novos grupos sociais, como na escola, por exemplo, a criança exercitará e ampliará as habilidades aprendidas no âmbito familiar. A base adquirida junto à família, contudo, é um importante aspecto para o sucesso ou o fracasso das relações sociais infantis, seja com seus pares ou professores. Marinho (2000) também refere que os pais ou cuidadores devem ser incluídos nos programas de intervenção psicológica com crianças, já que eles fazem parte do contexto da criança e estão envolvidos no processo de manutenção e desenvolvimento dos comportamentos infantis.

Nesta mesma perspectiva, Silves (2004) afirma que se deve trabalhar com os pais objetivando-se alterar os comportamentos de seus filhos, pois são eles que têm maiores condições de alterar as contingências controladoras de seus comportamentos, por disporem, quase sempre, dos reforçadores envolvidos com as referidas contingências.

Com relação à obesidade infantil sabe-se que membros de uma mesma família estão expostos a hábitos culturais e alimentares que acabam influenciando uns aos outros, bem

como colaborando com o ganho de massa corporal. Isso evidencia que, além da herança genética, a influência ambiental também desempenha papel importante no desenvolvimento da obesidade. Esses fatores fazem com que o manejo da obesidade na infância seja considerado difícil, pois está relacionado a mudanças de hábitos familiares e disponibilidade dos pais (MELO; LUFT; MEYER, 2004). As famílias de crianças obesas estão frequentemente associadas às dificuldades em habilidades parentais, sentimentos de tristeza e presença de transtornos psiquiátricos (WILKINS et al., 1998). Devido a todos estes fatores argumentados faz-se necessário inserir os pais nos programas de atendimento.

Problemas psicossociais, isolamento, depressão e baixa auto estima são, geralmente, conseqüências precoces da obesidade, enquanto que os fatores de risco às doenças (doenças cardiovasculares e diabetes) são, em geral, complicações em longo prazo. O tratamento farmacológico não é considerado inteiramente seguro e efetivo para todas as idades e deve ser reservado para casos em que não haja resposta às terapias comportamentais. O cuidado com a obesidade em crianças e adolescentes deve então incluir programas de prevenção e tratamento desenvolvidos para dar suporte a mudanças de comportamentos (como alimentações saudáveis e atividades físicas). A educação nutricional deve atingir vários contextos (residências, escolas e restaurantes) e precisa estar associada a atividades físicas (FISBERG et al., 2004).

Stern (2003) descreveu uma proposta de treinamento de pais baseada na Terapia de Avaliação Cognitiva, que postula que os indivíduos reproduzem na criação de seus filhos padrões de interação experienciados na forma como foram criados e educados por seus pais. A estrutura do programa é feita sob o formato de grupo de pais, cujo principal enfoque é aumentar a motivação destes participantes em mudar, ao ajudá-los a abandonar certos comportamentos inadequados apresentados na educação de seus filhos.

No que tange a treinamento de pais dentro da abordagem comportamental, um dos mais citados e influentes programas de orientação parental encontrado na literatura foi desenvolvido por Patterson; de Baryshe; Ramsy (1989). Este programa foi organizado para ser aplicado com crianças de idades entre três a 12 anos que apresentavam problemas de comportamentos relacionados a desvios de conduta. Posteriormente, foi direcionado para o atendimento de famílias, cujos filhos eram adolescentes delinqüentes e/ou com comportamentos anti-sociais (MARINHO, 2000). De acordo com alguns estudos realizados com pais, que são denominados de treinamento de pais, tanto os realizados individualmente ou em grupo demonstraram que esta é uma abordagem terapêutica efetiva, que apresenta resultados satisfatórios (WILLIAMS; MATOS, 1984; MARINHO, 2000; STERN, 2003).

A literatura também destaca o efeito positivo de incluir a família ou os pais no tratamento das crianças obesas. Geralmente essas intervenções são realizadas em grupos, tanto com as crianças como com as famílias. Os principais resultados encontrados no final desses grupos são diminuições no Índice de Massa Corpórea (IMC) e do colesterol, aumento da realização de atividades físicas, melhora na qualidade de vida e na auto-estima. Os grupos de intervenção comumente são feitos com base na terapia comportamental ou terapia cognitivo-comportamental com enfoque psicoeducativo (WARSCHBURGER, 2001; JIANG et al., 2005; MUNSCH et al., 2008; JAN, et al., 2009). Oude Luttikhuis et al. (2009) consideram a importância do uso de estratégias comportamentais para melhorar a interação da equipe de saúde com a família de crianças obesas.

1.5 Terapia Cognitivo-Comportamental e Obesidade Infantil

O fundamento essencial da Terapia Cognitivo – Comportamental (TCC) baseia-se no reconhecimento da interdependência entre cognição, emoção e comportamento. A TCC trabalha essencialmente a relação existente entre pensamentos, comportamentos e emoções, considerando que a cognição atua como mediadora da relação do sujeito com o mundo exterior, sendo fator determinante na expressão de comportamentos e emoções (BECK, 2009). Dobson (2001) aponta que existem três princípios básicos que caracterizam a TCC: a atividade cognitiva influencia o comportamento, a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada e o comportamento desejado pode ser influenciado por meio da mudança cognitiva. As técnicas utilizadas na TCC são ativas, diretivas, estruturadas, de prazo limitado e com utilização de “tarefas de casa”. Qualquer técnica desenvolvida para ser aplicada individualmente pode ser também utilizada em grupos.

O modelo cognitivo de Aaron Beck pressupõe dois elementos básicos: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva consiste na visão negativa de si mesmo, na qual a pessoa tende a ver-se como inadequada ou inapta (“*Sou desinteressante*”, “*Sou muito gordo para gostarem de mim*”); na visão negativa do mundo, que inclui relacionamentos, trabalho e atividades (“*As pessoas não apreciam meu trabalho*”), e na visão negativa do futuro, o que parece estar cognitivamente vinculado ao grau de desesperança dos indivíduos (BECK, 1997; POWELL et al., 2008).

O modelo cognitivo propõe que os transtornos psicológicos são resultado de um modo distorcido ou disfuncional do indivíduo perceber os acontecimentos e está altamente centrado na variável pensamento, identificando três tipos deste: o pensamento automático, as crenças

intermediárias e as crenças centrais (BECK, 1997). As crenças centrais podem ser definidas como verdades globais e absolutas que o sujeito faz de si, dos outros e de seu mundo. São desenvolvidas desde a infância, como resultado de circunstâncias presentes em seu ambiente, tendo como características principais a rigidez e a generalização (BECK, 1997; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). As crenças centrais podem ser divididas em duas categorias essenciais, sendo as primeiras relacionadas ao desamparo (“*Sou incompetente, fraco, carente*”) e as associadas à impossibilidade de ser amado (“*Ninguém me deseja, não tenho valor, sou diferente*”).

As crenças intermediárias representam o segundo nível de pensamento. Sua característica principal é que não estão diretamente relacionados à exposição de contingências e ocorrem sob forma de suposição ou regras (PEÇANHA; RANGÉ 2008). Os pensamentos automáticos, primeiro nível do funcionamento cognitivo, têm como característica a espontaneidade. São eliciados a partir de situações corriqueiras do nosso dia-a-dia e podem surgir em forma de sentenças ou de imagens. É comum a presença de pensamentos automáticos distorcidos nos transtornos psicológicos e será a partir da análise dos pensamentos automáticos que se terá acesso às distorções cognitivas (FALCONE, 2001; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

As distorções cognitivas são compreendidas como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, sendo que as mais comuns foram observadas por Aaron Beck como um sistema tipológico e, dentre elas, encontra-se a inferência arbitrária (conclusão antecipada e com poucas evidências), abstração seletiva (tendência da pessoa a escolher evidências de seu mau desempenho), supergeneralização (tendência a considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes) e personalização (atribuição pessoal geralmente de caráter negativo). As distorções decorrem de regras e pressupostos, que são padrões estáveis adquiridos ao longo da vida. Essas regras e crenças são sensíveis à ativação de fontes primárias como o estresse e, freqüentemente, levam a estratégias interpessoais ineficazes (POWELL et al., 2008). Assim, a aplicação da terapia cognitivo-comportamental é um processo de tratamento que auxilia os pacientes a modificarem crenças e comportamentos que produzem certos estados de humor, prioriza a aliança terapêutica, apresenta-se de forma breve através da estruturação das sessões e possui enfoque educativo (BECK, 1997).

A utilização da TCC com crianças vem crescendo ao longo do tempo. Isso se deve ao resultado de vários estudos que mostraram a efetividade da TCC com crianças e adolescentes no tratamento de transtornos psicológicos como ansiedade, depressão e fobias (SILVERMAN et al., 1999; STALLARD, 2010). As intervenções baseadas no modelo cognitivo-comportamental

infantil possuem os mesmos pressupostos teóricos da TCC com adultos e preocupam-se em aumentar a consciência da criança sobre cognições e crenças disfuncionais e em facilitar o seu entendimento dos efeitos destes sobre o comportamento e as emoções. Na maioria das vezes os programas de tratamento envolvem automonitoramento, identificação de cognições desadaptadas, verificação de pensamento e reestruturação cognitiva (STALLARD, 2004).

Especificamente em se tratando de crianças obesas, Fisberg (2004) refere que as técnicas comportamentais são importantes ferramentas para o manejo e prevenção da obesidade e que o comportamento familiar (ex: sedentarismo) deve ser avaliado, e as técnicas utilizadas para isto geralmente são efetivas. A TCC, que é derivada de teorias da aprendizagem, é mencionada como abordagem de escolha para o tratamento da obesidade por facilitar a adesão e a manutenção ao tratamento, bem como modificar padrões de comportamentos. Visa principalmente promover estratégias adequadas para restrições dietéticas, desencorajar práticas inadequadas em relação à alimentação e aumentar a motivação para manter um estilo de vida mais saudável (SHAW et al., 2005; LARRAÑAGA; GARCÍA-MAYOR, 2007; VIGNOLO et al., 2008).

Reinehr (2005) avaliou a efetividade de um programa denominado “OBELDICKS”, que consistia principalmente na implementação de exercícios físicos e na educação alimentar, com base na terapia comportamental. Participaram deste programa 132 crianças e adolescentes obesos e os resultados mostraram uma redução significativa no peso, na frequência de ocorrência de diagnósticos de hipertensão e nas dislipidemias.

Outro estudo com 33 crianças obesas, durante dois anos, submetidas a um programa de tratamento em grupo, baseado na terapia comportamental familiar, mostrou que após a intervenção o IMC, o colesterol, o triglicérides, o grau de obesidade e os valores da pressão arterial diminuíram significativamente (JIANG, 2005). Tsiros, et al., (2008) em artigo de revisão concluem que apesar de algumas limitações, as evidências atuais indicam que as estratégias cognitivo-comportamentais combinadas com dieta e atividade física ajudam a reduzir a obesidade em crianças e adolescente.

Resultados de uma pesquisa sobre saúde infantil realizada pela Associação Americana de Obesidade (AMERICAN OBESITY ASSOCIATION – AOA, 2008) mostraram que a maioria dos pais acredita que a educação física não deve ser reduzida nas escolas, 30 % se mostraram muito preocupados com o peso de seus filhos, 12 % consideraram seus filhos com sobrepeso e 24 % relataram seus filhos como pouco ativos. Durante outro questionamento, referiram que o maior risco à saúde de seus filhos, em longo prazo, era, em primeiro lugar, as drogas ilícitas (24 %), posteriormente, a violência (20%), o tabagismo (13 %), as doenças

sexualmente transmissíveis (10 %), o álcool (6 %) e por último (5 %) a obesidade ou sobrepeso.

Esses dados, portanto, sugerem que os pais consideram importante a realização de exercícios físicos regulares e o consumo de alimentos saudáveis, mas ao mesmo tempo parecem subestimar o risco à saúde em relação ao excesso de peso das crianças. Deste modo, há necessidade de estudos adicionais para desenvolver programas de saúde pública apropriados para educar adequadamente os pais em relação aos riscos e prejuízos da obesidade infantil.

Identifica-se então o interesse em se prevenir a obesidade infantil, em virtude do aumento da prevalência e constância, na vida adulta, da obesidade e também por seu poder, enquanto fator de risco, para as doenças crônico-degenerativas. As intervenções com crianças, sobretudo antes dos dez anos de idade ou na adolescência, reduzem mais a gravidade da doença do que as mesmas intervenções na idade adulta. Isso pode acontecer porque as mudanças no estilo de vida de uma criança acabam sendo mais fáceis, provavelmente, devido à influência e interesse dos pais, bem como por serem necessárias poucas modificações no balanço calórico para causar alterações substanciais, já que a infância é uma fase de crescimento (TROIANO; FLEGAL, 1998). Com base nessas considerações é que se estabeleceram os objetivos deste estudo.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo Geral

Verificar os efeitos de um programa de intervenção cognitivo-comportamental em grupo com crianças obesas sobre a qualidade de vida, depressão, ansiedade, comportamento alimentar e índice de massa corpórea, quando comparados com um grupo controle.

1.6.2 Objetivos Específicos

- a) verificar o percentil de obesidade das crianças, com base no IMC;
- b) avaliar qualidade de vida, depressão e ansiedade nas crianças;
- c) avaliar o comportamento alimentar das crianças, através do relato das mães,
- d) estruturar e aplicar um programa de intervenção em grupo para crianças obesas
- e) comparar os dados obtidos com o grupo controle em medidas pré, pós e seguimento.

2. MÉTODO

2. MÉTODO

2.1 Delineamento do Estudo

O presente trabalho se constitui numa pesquisa do tipo experimental, com delineamento quase-experimental. A coleta de dados foi realizada no Serviço de Psicologia e de Endocrinologia Infantil do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP/FUNFARME).

2.2 Participantes

Participaram deste estudo 65 crianças com obesidade exógena e suas mães, divididos em dois grupos: Grupo Experimental e Grupo Controle. Todos seguiam atendimento no Ambulatório de Endocrinologia Infantil do Hospital de Base da FAMERP/FUNFARME, durante o período de outubro de 2008 a novembro de 2009.

2.2.1 Grupo Experimental

O grupo experimental foi composto por 35 crianças obesas, de ambos os sexos, com idades variando entre sete e 12 anos e suas respectivas mães.

2.2.2 Grupo Controle

O grupo controle foi composto por 30 crianças obesas, de ambos os sexos, com idades variando entre sete e 12 anos e suas mães.

2.2.3 Critérios de Inclusão dos Participantes dos Dois Grupos

- ter obesidade exógena;
- possuir índice de Massa Corpórea (IMC) maior que o percentil 85, de acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2000);
- ser de ambos os sexos;
- ter idade entre sete e 12 anos;

- estar em acompanhamento no Ambulatório de Endocrinologia Infantil do Hospital de Base da FAMERP/FUNFARME;
- aceitar participar da pesquisa e consentir a participação da criança voluntariamente, após a leitura e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).
- apresentar disponibilidade para participar semanalmente do grupo de intervenção (apenas para o Grupo Experimental),

2.2.4 Critérios de Exclusão dos Participantes dos Dois Grupos

- apresentar, as crianças e/ou as mães, transtornos psiquiátricos, tais como retardo mental, transtornos invasivos do desenvolvimento ou atraso de desenvolvimento cognitivo, que prejudicasse a compreensão de instruções,
- estar em tratamento psicoterapêutico (apenas para as crianças).

2.3 Materiais

1- Ficha de Identificação (APÊNDICE A)

Desenvolvida pelos próprios pesquisadores, contendo dados de identificação da criança e dos responsáveis, como peso, altura e diagnóstico clínico e endereço da criança.

2- Registros de pensamentos e comportamentos (APÊNDICE B)

Composto por um quadro impresso, para registro de data, hora, situação ocorrida, pensamento, sentimento e comportamento (STALLARD, 2004).

3- Registro alimentar (APÊNDICE C)

Consiste de um quadro com os dias da semana e data para ser anotada a alimentação diária.

4- Registro de exercícios físicos (APÊNDICE D)

Consiste de um quadro para registro de dia, hora, tipo de exercício físico realizado e o tempo gasto.

5- Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes (AUQEI – “Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé”) (ANEXO B)

Trata-se de escala de auto-avaliação onde primeiramente a criança é instruída a identificar imagens que demonstram sentimentos em suas faces. A criança deverá identificar experiências vividas com os sentimentos propostos, o que irá auxiliá-la na compreensão de seus estados emocionais. Posteriormente a criança responderá as questões escolhendo um dos sentimentos propostos para responder cada questão (BARREIRE et al., 2003). O AUQEI foi validado para a população brasileira por Assumpção Jr., et al. (2000), é composto por 26 itens, nomeados por “domínios”. O questionário explora as relações familiares, sociais, lazer, saúde, funções corporais e separação (ASSUMPCÃO JR. et al., 2000; BARREIRE et al., 2003).

No processo de avaliação os escores variam de zero a três pontos, correspondendo, respectivamente, aos quatro estados emocionais: muito infeliz, infeliz, feliz e muito feliz. A somatória dos escores indica que para resultados abaixo ou igual a 48 pontos a qualidade de vida deve ser considerada prejudicada e acima deste valor a criança apresenta uma percepção positiva de sua qualidade de vida (ASSUMPCÃO JR. et al., 2000; BARREIRE et al., 2003).

6- Inventário de Depressão Infantil (CDI - “Children’s Depression Inventory”) (ANEXO C)

O CDI é um instrumento de auto-relato que avalia sinais cognitivos, afetivos e comportamentais de depressão, muito utilizado em pesquisas com crianças e adolescentes de sete a 17 anos de idade (KOVACS, 1982). Foi adaptado e normatizado para o contexto brasileiro por Gouveia et al. (1995), que padronizaram o instrumento com um ponto de corte de 18; assim crianças com pontuação igual ou acima desse valor são consideradas com sintomas depressivos. Revelou-se um instrumento unidimensional, com consistência interna e confiabilidade. Cada um de seus 20 itens consta de três opções de respostas e a correção varia em uma escala de zero (ausência de sintoma), um (presença do sintoma) e dois (sintoma grave). A criança é orientada a assinalar a alternativa que melhor descreve como tem se sentido emocionalmente nas últimas duas semanas (GOUVEIA et al., 1995; CRUVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008).

7- O Que Penso e Sinto (OQPS) (“Revised Children’s Manifest Anxiet Scale” – RCMAS) (ANEXO D)

Dentre os vários instrumentos para avaliar a ansiedade infantil a RCMAS destaca-se pelos bons resultados de validade e fidedignidade, mesmo em adaptações interculturais. Esta escala é originalmente Norte Americana (Revised Children's Manifest Anxiety Scale ou “What I think and Feel”), e possui normatizações em diversos países (REYNOLDS; RICHMOND, 1978). Foi traduzida, adaptada e validada para a população brasileira por Gorayeb, M. e Gorayeb, R. (2008) e ficou composta por 37 itens de auto-aplicação, onde a criança é solicitada a assinalar “sim” para situações que pensam ou sentem ou “não” em situações que nunca sentiram ou pensaram. Destes 37 itens, nove são compostos por uma Escala de Mentira. O resultado final da escala é obtido pela somatória de respostas "sim" (não inclui as respostas à Escala de Mentira) e pode variar de zero a 28 pontos, o que indicará a gradação da ansiedade (GORAYEB, M.; GORAYEB, R., 2002; GORAYEB, M.; GORAYEB, R., 2008).

8- Questionário do Comportamento Alimentar em Crianças (CEBQ) (ANEXO E)

O CEBQ foi elaborado a partir de suporte teórico do conhecimento atual sobre as causas alimentares da obesidade, com enfoque nos seus determinantes comportamentais. É um questionário específico para a investigação do comportamento alimentar de crianças e adolescentes e também pode ser utilizado no planejamento de estratégias comportamentais de intervenção na obesidade. O CEBQ é respondido pelos cuidadores das crianças e foi validado para o português de Portugal (VIANNA; SINDE, 2008).

O instrumento é composto por 35 itens cujo objetivo é avaliar oito dimensões associadas à obesidade infantil. Essas dimensões ou fatores são denominados de:

- a) Resposta à comida (FR) – refere-se à influência de fatores externos (por ex.: fatores sociais) no apetite e ingestão alimentar;
- b) Prazer em comer (EF) – refere-se ao interesse que a criança tem pela comida;
- c) Resposta à saciedade (SR) – referente ao controle do apetite;
- d) Ingestão lenta (SE) – refere-se à falta de interesse pela comida;
- e) Seletividade (FF) – é a preferência por um grupo muito limitado de comida;
- f) Sobre ingestão emocional (EOE) - influência de fatores emocionais que podem aumentar a ingestão alimentar;
- g) Sub ingestão emocional (EUE) – fatores emocionais que podem diminuir o consumo alimentar,
- h) Desejo de beber (DD)¹ – interesse por bebidas açucaradas, como refrigerantes e sucos.

¹ Foram mantidas as siglas que correspondem ao trabalho original em inglês.

A avaliação do questionário é feita pela somatória das respostas que são assinaladas numa escala Lickert de cinco pontos, que se referem à frequência com que ocorre o comportamento. Os itens 3, 4, 10, 16 e 32 fazem parte de uma escala inversa (5 a 1 pontos) e após a somatória os valores são analisados de acordo com a distribuição média de cada subescala (WARDLE et al., 2001; VIANNA; SINDE, 2008).

Para utilização do CEBQ na presente pesquisa, foi realizada uma adaptação para a linguagem usual da população de pacientes brasileiros, constituindo-se numa versão para investigação, por meio da avaliação de 10 psicólogos, com ampla experiência na área da saúde e pediatria, aos quais se solicitou que indicassem mudanças pertinentes para um melhor entendimento dos participantes do estudo. Foram feitas adequações de algumas palavras para a compreensão na língua portuguesa do Brasil. Para esta adaptação foi solicitada autorização dos autores da versão em português de Portugal do CEBQ.

9- Materiais audiovisuais, gráficos e lúdicos

- aparelho de som;
- desenho da pirâmide alimentar, folhas de sulfite, canetas, lápis preto e lápis de cor;
- desenhos ilustrando situações com balões para as crianças preencherem, baseado no livro Bons Pensamentos, Bons Sentimentos (STALLARD, 2004),
- boneco de pano e um boneco de madeira para realização do relaxamento.

2.4 Procedimento

2.4.1 Abordagem dos participantes

Tanto os participantes do grupo experimental quanto do grupo controle foram abordados durante os dias de funcionamento do ambulatório de obesidade infantil. Em seguida à verificação dos critérios de inclusão e exclusão para o estudo, o responsável pela criança era esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e as atividades envolvidas, e convidado a participar da pesquisa, bem como consentir na participação do filho (a). Após a autorização, os participantes responsáveis assinavam o Termo de Consentimento Esclarecido e preenchiam a Ficha de Identificação.

Os participantes do grupo experimental foram comunicados que receberiam ligações para agendamento do início do programa. As ligações foram feitas pela pesquisadora responsável. Após

ter pelo menos 10 participantes (número estabelecido para início de cada grupo de intervenção) era agendada por contato telefônico a data de início do programa de intervenção. Os participantes foram reavaliados aproximadamente dois meses após o início da intervenção (término do grupo) e seis meses após o início da intervenção (seguimento). Primeiramente foi constituído o Grupo Experimental (GE) e posteriormente o Grupo Controle (GC). Os participantes foram atribuídos ao GE e ao GC sem seleção por parte do pesquisador. Os 35 primeiros participantes que aceitaram o convite fizeram parte do GE, os outros foram destinados ao GC.

2.4.2 Avaliação inicial

A avaliação inicial aconteceu em grupo em uma sala de atendimento do Serviço de Psicologia do Ambulatório do Hospital de Base da FAMERP/FUNFARME por aproximadamente uma hora. Primeiramente foi aplicado nas mães das crianças o Questionário do Comportamento Alimentar em Crianças (CEBQ) e logo depois foi aplicado o protocolo nas crianças respeitando a seguinte ordem: Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes (AUQEI), Inventário de Depressão Infantil (CDI) e “O Que Penso e Sinto” (OQPS). Enquanto as mães respondiam ao questionário, uma psicóloga, aprimorada em psicologia da saúde previamente treinada, permanecia com as crianças em outra sala fazendo a medida e pesagem dos mesmos, para posterior elaboração do percentil de obesidade que foi calculado diretamente na página eletrônica do CDC (<http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/>) do CDC (CDC, 2000).

Os instrumentos foram entregues para que os participantes respondessem, no entanto, devido a algumas dificuldades de leitura e compreensão, a pesquisadora lia, quando necessário, os itens em voz alta e esclarecia as dúvidas. Esse processo foi repetido nas três avaliações, para os sujeitos de ambos os grupos.

Participantes do Grupo Controle receberam o mesmo procedimento, sempre no dia de consulta médica e anteriormente ao grupo de sala de espera. Ao término da avaliação inicial foi agendada a reavaliação. Posteriormente era agendado o retorno (seguimento), com os mesmos intervalos de tempo do Grupo Experimental.

2.4.3 Reavaliação

Para verificar os efeitos do programa de intervenção psicológica executado com o Grupo Experimental, os participantes dos dois grupos (experimental e controle) foram reavaliados em torno de 10 semanas após a avaliação inicial, ou seja, no término do programa

de intervenção realizado com o GE. Foram aplicados os mesmos instrumentos e critérios de aplicação da avaliação inicial e ao término foi agendada a data da avaliação do seguimento, sendo que todos os participantes foram lembrados por telefone com uma semana de antecedência.

2.4.4 Seguimento

O seguimento ocorreu seis meses após a reavaliação e foram aplicados os mesmos instrumentos e critérios de aplicação das avaliações anteriores.

2.4.5 Grupo experimental

O Grupo Experimental foi submetido a um programa de intervenção psicológica baseado no modelo da Terapia Cognitivo - Comportamental com formato psicoeducativo. O programa foi realizado em uma sala de reunião do ambulatório do Hospital de Base da FAMERP/FUNFARME, foi coordenado e executado pela psicóloga responsável pelo estudo. Todas as crianças, de ambos os grupos, passaram por consulta com médico endocrinologista pediátrico e nutricionista, em caráter de rotina do ambulatório.

O programa constou de 10 sessões, com periodicidade de um encontro a cada semana, duração de aproximadamente duas horas, sendo: seis sessões com a participação apenas das crianças, quatro sessões com as crianças e respectivas mães e duas sessões somente com as mães. A intervenção foi constituída e fundamentada de acordo com os objetivos propostos na pesquisa, pela experiência da pesquisadora com intervenção em grupos e obesidade infantil e com a literatura pertinente da área (AMERICAN OBESITY ASSOCIATION – AOA, 2006; ROMA et al., 2006).

O enfoque principal das duas sessões com as mães foi o treinamento em habilidades parentais (MARINHO, 2005; BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002) dirigido ao comportamento alimentar, com discussão das dúvidas mais frequentes do dia a dia.

A estrutura de cada sessão do programa de intervenção é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição da estrutura das sessões do programa de intervenção – grupo experimental

Sessão	Objetivos da sessão	Procedimentos	Tarefas para casa
1	Integrar os membros do grupo Conhecer formato geral do programa Coletar dados a partir dos instrumentos <i>Obs: as mães participaram juntamente com as crianças desta sessão</i>	Dinâmica de apresentação Explicação do programa Contrato grupal Aplicação dos Instrumentos Foram avaliados peso e altura das crianças	
2	Educar sobre obesidade infantil	Divisão de subgrupos para confecção de cartazes sobre o tema e posterior apresentação de cada grupo e discussão	
3	Treinar habilidades educativas parentais: regras e limites relacionados ao comportamento alimentar das crianças e da família <i>Obs: apenas as mães participaram desta sessão</i>	Respostas às perguntas elaboradas pelos terapeutas e discussão em grupo (ex: “comer na frente da TV, repetir prato, supermercado, guloseimas, irmão magro, como dizer não”) Controle de estímulos	Fazer um diário com as conquistas e as dificuldades
4	Formular e educar sobre o modelo em TCC (ABC - influência do pensamento sobre o sentimento e comportamento) Diferenciar fome de vontade de comer	Projeção previamente elaborada de desenhos de algumas situações. Posteriormente foi solicitado para as crianças preencherem os “balões de pensamento” Técnicas: formulação, psicoeducação e reestruturação cognitiva	Registro de Pensamentos (RPD) Registro alimentar
5	Orientar sobre alimentação saudável <i>Obs: as mães participaram juntamente com as crianças desta sessão</i>	Discussão do registro e dramatização de algumas situações sugeridas pelo grupo - sempre tentar trazer exemplos relacionados ao comportamento alimentar ou vida social Técnicas: “role play” e reestruturação cognitiva Construção de uma pirâmide alimentar pelas crianças e orientação sobre os alimentos Discussão do registro alimentar e comparações com a pirâmide Controle de estímulos	Registro alimentar propondo mudanças Registrar todas as atividades realizadas no dia a dia Obs: foi solicitado que viessem na semana seguinte com roupa adequada para ginástica
6	Discutir a importância de exercícios e atividades físicas Incentivar a prática de exercícios e atividades físicas <i>Obs: as mães participam juntamente com as crianças desta sessão</i>	Discussão registro alimentar Dinâmica de grupo (mímica) Alongamento	Realizar o alongamento e m casa, ensinar para alguém, praticar exercício físico todos os dias – registrar o exercício feito no diário
7	Treinar habilidades educativas parentais: regras e limites relacionados ao comportamento alimentar das crianças e da família <i>Obs: apenas as mães participaram desta sessão</i>	Revisão tarefa de casa Controle de estímulos	

Sessão	Objetivos da sessão	Procedimentos	Tarefas para casa
8	Manejar adequadamente a ansiedade	Revisão tarefa de casa Levantamentos das questões: O que é ansiedade? Por que dá vontade de comer quando ficamos ansiosos? “Role play” e sugestão de outras maneiras de lidar com determinada situação geradora de ansiedade. Aplicação de técnica de relaxamento “boneco de pano, boneco de pau” e respiração diafragmática	Realizar relaxamento todos os dias e registrar nível de relaxamento
9	Manejar os sintomas depressivos e dificuldades de habilidade social Trabalhar motivação e auto-estima	Discussão do registro de relaxamento Questionamento quanto à tristeza, dificuldade de relacionamento social. Técnicas: reestruturação cognitiva e treinamento em habilidades sociais “Jogo da batata quente”	Escolher algo para fazer ou mudar e realizar durante a semana
10	Encerramento Reavaliação <i>Obs: as mães participaram juntamente com as crianças desta sessão</i>	Revisão da tarefa de casa Dinâmica de encerramento Aplicação dos instrumentos Foram aferidos peso e altura das crianças	Agendamento do seguimento

A seguir estão descritos os procedimentos (técnicas e dinâmicas) utilizados durante as sessões do programa de intervenção:

A) Técnicas utilizadas no programa de intervenção:

- *Formulação e psicoeducação:* componente básico de todos os programas cognitivo-comportamentais, que envolve a educação sobre a ligação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos. O processo implica desenvolver um entendimento claro do relacionamento entre como as pessoas pensam, como sentem e o que fazem (STALLARD, 2004). Em caso de crianças, como no presente estudo, foram utilizados desenhos que exemplificam os sentimentos, nos quais a criança preenchia o pensamento e sentimento de determinado personagem em uma figura.

- *Registro de pensamentos disfuncionais:* é solicitado como tarefa de casa ao paciente que anote em um diário ou tabela o dia e hora do acontecimento, a situação, os pensamentos e sentimentos envolvidos, bem como o comportamento (RANGÉ, et al., 1998).

- *Balões de pensamento*: é uma abordagem não-verbal alternativa onde são oferecidos à criança figuras ou quadrinhos com o desenho de “balões de pensamentos” e solicita-se-lhe sugerir o que os personagens estão pensando (STALLARD, 2004). Na presente pesquisa foram utilizadas figuras gerais e específicas às situações alimentares (APENDICE E).

- *Reestruturação cognitiva*: essa técnica auxilia o paciente a identificar os pensamentos disfuncionais diante de determinadas situações, fazer o teste de realidade e corrigir os conteúdos distorcidos (D’EL REY; PACINI, 2005).

- *Role-play*: é uma técnica de dramatização na qual o paciente vivencia situações ansiogênicas ou de difícil resolução. Permite que novas habilidades sejam identificadas e soluções alternativas sejam destacadas. Deste modo, observar os outros moldando comportamentos adequados ou habilidades pode resultar no ensaio de um novo comportamento na imaginação, antes de ele ser praticado na vida real (STALLARD, 2004).

- *Controle de estímulos*: identificação de situações psicossociais que levam ao comportamento de compulsão pela comida e à inatividade física. Uma vez reconhecidos tais momentos, pode-se modificá-los. Isso é de extrema importância devido ao fato de serem esses fatores os desencadeantes das recaídas (POSTON; FOREYT, 2000). Exemplos: comer somente na mesa e não comer junto à televisão; não ter guloseimas disponíveis facilmente em casa, prática de exercícios físicos, entre outras.

- *Respiração*: é um método rápido pelo qual a pessoa pode se concentrar e ter domínio da sua respiração. Pode-se usar esse método em qualquer lugar e é necessário praticar diariamente. No presente estudo os participantes do grupo de intervenção foram instruídos da seguinte maneira: inspire lenta e profundamente, segure a respiração por cinco segundos e, depois, expire lentamente. Enquanto expira diga para si mesmo “relaxe”. Isso ajudará no controle do seu corpo e a se sentir mais calmo (STALLARD, 2004).

- *Relaxamento “Boneco de pau e boneco de pano”*: baseado nos princípios de relaxamento de Jacobson (1938), constitui-se em levar a criança a imitar as sensações de tensão de um boneco de pau e de relaxamento de um boneco de pano, levando a criança a

discriminar suas sensações de tensão e promover o relaxamento de forma auto-administrada em casa evocando as sensações associadas aos bonecos (INGBERMAN, 2000).

- *Treino em habilidades sociais:* basicamente envolve ensinar técnicas específicas para melhora de habilidades sociais ou de comportamentos relativos à comunicação, conversação, assertividade, entre outras, aumentando a probabilidade de obter reforço positivo, o que favorece um relacionamento saudável e produtivo com outras pessoas (BIELING; MCCABE; ANTONY, 2008; DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A., 2005). Neste estudo foram focadas as habilidades sociais em relação ao comportamento alimentar, tais como: saber recusar determinado alimento, participar de atividades esportivas e sociais (clube, festas).

- *Treino em habilidades educativas parentais:* envolve principalmente: práticas educativas relativas ao estabelecimento de limites, à comunicação, ao ensino de responsabilidades e à expressão de afeto, dialogo, expressão espontânea de sentimentos positivos e negativos em relação aos comportamentos, expressão de opiniões e solicitação adequada de mudança de comportamento, cumprimento de promessas feitas, coerência do casal quanto à educação dos filhos, o “saber dizer não” e manter a decisão, negociar quando há divergências de idéias, estabelecer regras e cumprimento das mesmas e pedir desculpas, admitindo os próprios erros e reconhecendo os limites de cada um (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2002). Todos esses aspectos foram direcionados ao comportamento alimentar da criança e da família.

B) Dinâmicas

- *Dinâmica de apresentação: “Jogo do Novelo”* – o participante segura na ponta de um novelo de barbante e fala seu nome, em seguida passa o novelo para o próximo, na volta antes de passar o novelo o participante diz o que mais gosta de fazer e passa o novelo até chegar na pessoa que iniciou a apresentação (ROMA et al., 2006).

- *Dinâmica: “Mímica”* – o terapeuta entrega um cartão para cada criança no qual está descrito um exercício físico ou atividade física (por ex.: caminhada, natação, vôlei, basquete, futebol, dança, andar de bicicleta, subir escadas, arrumar a cama, varrer o quintal);

cada participante tem que encenar o que está em seu cartão para o grupo tentar descobrir. Após, é discutido se as crianças praticam algumas dessas atividades, incentivando-as a prática.

- *Dinâmica: “Jogo da batata quente”* – O participante pega uma bola e fala algo que o deixa insatisfeito (por ex.: não fazer esportes) e ao passar a bola para outro participante, este deverá sugerir uma ação para melhorar esse problema e assim por diante. O psicólogo responsável é quem inicia a atividade como modelo para os participantes (ROMA et al., 2006).

- *Dinâmica de encerramento: “Balão na roda”* – é distribuído um pedaço pequeno de papel e uma caneta para cada participante, solicitando que escrevam uma mensagem bonita no papel, dobrando-o depois em tamanho pequeno. É fornecido um balão colorido para cada um e solicitado que a pequena mensagem dobrada seja colocada dentro do balão. Solicitou-se que os participantes encham o balão e que dêem um nó na ponta. Depois, ao som de uma música, solicita-se que todos os balões sejam jogados para cima, de maneira que todo o grupo possa tocá-los, avisando-os de que nenhum balão poderá cair no chão. A brincadeira é encerrada, solicitando que cada pessoa pegue um balão de cor diferente da sua, é trocada a música, colocando uma música relaxante, e os participantes ficam em círculo. É pedido para o balão ser estourado e cada um pega a mensagem de dentro. A mesma é lida em conjunto para todos, ao som da música suave, promovendo uma reflexão no grupo. A técnica é encerrada falando o quanto foi importante o trabalho com o grupo, motivando os mesmos para a continuidade do trabalho (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2008).

2.4.6 Grupo controle

Os participantes do grupo controle receberam atendimento padrão oferecido pela equipe do ambulatório de endocrinologia (médico endocrinologista pediátrico, psicóloga e nutricionista) durante os dias de consultas agendados; sua frequência de atendimento era variável (a cada 20, 30 e 60 dias). O ambulatório de endocrinologia possui um grupo de sala de espera que acontece anterior às consultas médicas.

O grupo de sala de espera é realizado por um psicólogo da equipe e tem como objetivos discutir e educar sobre a obesidade infantil, promover aumento de adesão ao tratamento e orientar o paciente e sua família sobre a importância da prática de

comportamentos saudáveis, tais como: alimentação balanceada e atividade física. A intervenção feita é educativa, aborda aspectos da obesidade infantil e fornece orientações sobre o modelo de tratamento oferecido no Serviço, bem como sobre os comportamentos esperados dos cuidadores diante das crianças. Após o grupo de sala de espera todos os pacientes são atendidos individualmente pelo médico e pela nutricionista do ambulatório.

Os participantes do GC não foram submetidos ao programa de intervenção cognitivo-comportamental proposto para o GE.

3. ANÁLISE DE DADOS

3. ANÁLISE DE DADOS

Primeiramente foi realizada uma comparação, entre os dois grupos, a partir das variáveis sócio demográficas avaliadas por meio do teste Qui quadrado (χ^2). Na análise das escalas de depressão, ansiedade, qualidade de vida e comportamento alimentar, inicialmente foi observado se os grupos eram equivalentes (Teste t de Student), na seqüência foi utilizado o método da Análise da Variância (ANOVA) para medidas repetidas com um fator (a variável Grupo). Quando a suposição da esfericidade não foi verificada, foi aplicada a correção de Greenhouse-Geisser. A diferença entre os momentos de avaliação (Avaliação, Reavaliação e Seguimento) dentro do mesmo grupo foi feita pelo teste *post hoc* de Bonferroni. O Teste t Student foi utilizado para a comparação entre os dois grupos (experimental e controle) na avaliação do seguimento. O nível de significância estabelecido para a análise dos dados foi igual ou menor a 0,05, geralmente empregado em ciências humanas e sociais, dada a dispersão do fenômeno.

4. ASPECTOS ÉTICOS

4. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP e aprovado sob o Protocolo n 4192/2007 (ANEXO F) de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96. A coleta de dados foi iniciada somente após aprovação do referido Comitê de Ética.

Aos pacientes envolvidos neste estudo foi assegurado que, caso apresentassem necessidade de atendimento psicoterapêutico individual, seriam encaminhados para o Serviço de Psicologia do Hospital de Base da FAMERP/FUNFARME.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Descrição dos Participantes

Participaram do estudo 65 crianças obesas e suas mães. Destas, 35 compreendem o Grupo Experimental e 30 o Grupo Controle. Os dados sócio demográficos dos participantes estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Variáveis sócio demográficas do Grupo Experimental e do Grupo Controle.

<i>Variável</i>	<i>Grupo Experimental</i>		<i>Grupo Controle</i>		<i>Valor p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Crianças					
Sexo					1,00*
Feminino	21	60,0	18	60,0	
Masculino	14	40,0	12	40,0	
Total	35	100,0	30	100,0	
Idade					0,88*
7 – 9	18	51,4	16	53,3	
10 – 12	17	48,6	14	46,7	
Total	35	100,0	30	100,0	
Escolaridade					0,99*
1 ^a – 4 ^a	22	62,9	18	60,0	
5 ^a – 7 ^a	13	37,1	12	40,0	
Total	35	100,0	30	100,0	
Mães					
Escolaridade					0,33*
Primário – 1 ^o Grau	25	71,4	18	60,0	
2 ^o Grau – superior	10	28,6	12	40,0	
Total	35	100,0	30	100,0	
Condição Empregatória					0,16**
Empregado	4	11,4	9	31,0	
Do Lar	25	71,4	17	58,6	
Desempregado	6	17,1	3	10,3	
Total	35	100,0	30	100,0	

* χ^2

** Teste exato de Fisher-Altman

Pode-se observar, tanto no grupo experimental como no grupo controle, que houve predominância de crianças do sexo feminino, com idades variando entre sete a nove anos escolaridade entre a 1^a e 4^a série do ensino fundamental. Outros estudos que também envolveram grupo de intervenção na abordagem cognitivo-comportamental com crianças obesas revelaram predominância do sexo feminino com idade média de 10 anos (MUNSCH et al., 2008; VIGNOLO et al., 2008); diferentemente de Macedo e Cançado (2009) que, em estudo para avaliar a prevalência de obesidade infantil entre escolares de uma cidade do

interior de Minas Gerais, encontraram maior prevalência de obesidade no sexo masculino (67%) e em escolas particulares.

Com relação aos dados das mães dos participantes, a maioria possuía escolaridade entre o primário e o 1º grau completo e sua condição empregatícia era do lar ou sem ocupação remunerada. A comparação das variáveis sócio demográficas entre os grupos mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa, ou seja, os grupos eram equivalentes. Assim, os dois grupos estudados apresentavam características semelhantes em relação às variáveis demográficas, o que é adequado para um controle experimental, traz maior consistência aos dados e permite fazer comparações entre os grupos. O mesmo ocorreu com estudo realizado por Moon et al. (2004) que também comparou dois grupos de crianças obesas e ambos não apresentaram diferenças significantes em relação as variáveis sócio demográficas.

Durante o período de realização da pesquisa, no momento do seguimento, cinco participantes desistiram, sendo duas crianças do grupo experimental e três do controle. Devido a isso a análise da significância das diferenças entre os dois grupos nos três momentos de avaliações terá um número reduzido em relação às variáveis demográficas.

5.2 Percentil de Obesidade

A Tabela 2 apresenta a média do percentil de obesidade e o desvio padrão dos participantes nos dois grupos, na avaliação, reavaliação e seguimento (teste *post hoc* de Bonferroni, $p < 0,001$).

Tabela 2 – Média do percentil de obesidade dos participantes do grupo experimental e controle nos três momentos de avaliação.

Avaliações Percentil	Grupo experimental n=33		Grupo controle n=27	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Avaliação	97,93	1,36	97,85	1,23
Reavaliação	94,81	3,49	97,11	2,40
Seguimento	88,81*	2,33	92,62	3,60

*diferença estatisticamente significativa na comparação entre os dois grupos no seguimento, $p < 0,001$

Na primeira avaliação não houve diferença significativa entre os grupos, tanto as crianças do Grupo Controle como as do Grupo Experimental estavam classificadas como

obesas, de acordo com o CDC (2000). A Comparação entre os três momentos de avaliação somente no Grupo Experimental evidenciou que o seguimento obteve valores menores de percentil de obesidade quando comparados com a avaliação inicial e a reavaliação. Os resultados do grupo controle mostraram que a avaliação e a reavaliação não demonstraram diferença significativa entre si, mas apresentam valores significativamente maiores de percentil de obesidade em relação ao seguimento.

Entretanto, na comparação entre os dois grupos (experimental e controle) no momento do seguimento, utilizando o Teste t de Student ($t = 4,94$, $p < 0,001$), houve diferença significativa; o grupo experimental apresentou uma média (88, 81) de percentil reduzida significativamente quando comparado com o grupo controle (92,62), apesar dos dois grupos passarem para da classificação de obesidade (ou obesas) para a classificação de Sobrepeso, o Grupo Experimental obteve percentil de IMC considerado estatisticamente menor do que o Grupo Controle. Tal resultado sugere que o programa de intervenção possibilitou diminuição do IMC e permanência desses ganhos e que as orientações realizadas puderam ser assimiladas e praticadas também em longo prazo.

Esses resultados em relação à diminuição do IMC corroboram a literatura da área que indica que as estratégias cognitivo-comportamentais combinadas com alimentação saudável e prática de atividades físicas auxiliam na redução da obesidade em crianças e adolescente (TSIROS et al., 2008; MUNSCH et al., 2008; VIGNOLO et al., 2008; REINEHR, 2005; JIANG, 2005).

5.3 Inventário de Depressão Infantil (CDI)

A Tabela 3 mostra a média de sintomas depressivos dos participantes do grupo controle e experimental.

Tabela 3 – Média obtida dos participantes no Inventário de Depressão Infantil – CDI, nos três momentos de avaliação

<i>Avaliações CDI</i>	<i>Grupo experimental</i>			<i>Grupo controle</i>		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão
Avaliação	33	15,63	3,59	27	14,62	4,11
Reavaliação	33	8,48	3,74	27	14,00	4,58
Seguimento	33	6,66*	3,69	27	13,18	4,73

*diferença estatisticamente significativa na comparação entre os dois grupos no seguimento, $p < 0,001$

Em relação aos sintomas depressivos houve diferença significativa no grupo experimental entre os três momentos de avaliação (teste *post hoc* de Bonferroni) onde a avaliação inicial foi superior em relação à presença de sintomas depressivos em comparação com a reavaliação e posteriormente com o seguimento. No grupo controle a avaliação inicial obteve resultados maiores para depressão em relação ao seguimento, o mesmo não ocorreu na reavaliação, onde não houve diferença significativa (teste *post hoc* de Bonferroni). Comparando os dois grupos (Teste t de Student ($t = 5,99$), $p < 0,001$) no que se refere ao seguimento, os resultados apontaram que o grupo experimental apresentou escores significativamente menores de depressão infantil em relação ao grupo controle.

Em estudo para investigar transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes obesos, onde a avaliação constou de alguns instrumentos, entre eles o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e os Critérios Diagnósticos do DSM - IV-TR, foi observado que mais da metade dos participantes tiveram diagnóstico envolvendo Transtorno Depressivo Maior (ERERMIS et al., 2004).

MUNSCH et al., 2008, realizaram estudo com 56 crianças obesas e suas famílias, divididas em um grupo apenas para os pais e outro grupo combinado, com os pais e as crianças. Esses grupos foram submetidos a 16 sessões de terapia cognitivo-comportamental e os resultados apontaram que ambos os grupos reduziram o excesso de peso das crianças significativamente, bem como, diminuíram os sintomas de ansiedade e depressão. Tais ganhos também permaneceram nos seis meses de seguimento. Os autores referem que estudos futuros deveriam centrar-se em encontrar formas de melhorar a adesão das famílias ao longo prazo do tratamento da obesidade na infância. A mesma redução ocorreu em um programa de intervenção com crianças obesas, com enfoque comportamental, no qual os participantes do grupo de intervenção tiveram uma diminuição significativa dos sintomas depressivos, avaliados por uma escala infantil (MOON et al., 2004).

Em pesquisa para avaliar episódios de descontrole alimentar em crianças com excesso de peso, comparadas com crianças de peso adequado, e verificar sua associação com psicopatologia, insatisfação com o corpo e preocupações com peso e alimentação, Morgan (2005) observou que no grupo das crianças obesas houve preponderância de sintomas depressivos, distorções dos comportamentos relativos à alimentação e insatisfação com o corpo, bem como, traços de ansiedade.

5.4 O Que Penso e Sinto (OQPS)

As médias dos escores da Escala O Que Penso e Sinto (OQPS) investigadas nos dois grupos são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes de acordo com as médias obtidas na Escala O Que Penso e Sinto (OQPS), nos três momentos da avaliação

<i>Avaliações OQPS</i>	<i>Grupo experimental</i>			<i>Grupo controle</i>		
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão
Avaliação	33	12,90	2,71	27	12,25	2,53
Reavaliação	33	7,81	2,44	27	11,48	2,97
Seguimento	33	6,09*	2,75	27	13,00	3,37

*diferença estatisticamente significativa na comparação entre os dois grupos no seguimento, $p < 0,001$

Na avaliação inicial dos sintomas de ansiedade não houve diferença significativa entre os grupos (Teste t Student, $t = 1,12$, $p = 0,27$). Ao se comparar os três momentos de avaliação no grupo experimental percebe-se que houve diferença significativa (teste *post hoc* de Bonferroni); a avaliação inicial obteve escores maiores para ansiedade em relação à reavaliação e esta obteve valores superiores ao seguimento. No grupo controle o mesmo não ocorreu, não houve diferença significativa entre a avaliação inicial, reavaliação e o seguimento (teste *post hoc* de Bonferroni). Ao se comparar os dois grupos no momento do seguimento, o grupo controle obteve escores significativamente maiores para ansiedade do que o grupo experimental (Teste t Student ($t = 8,71$), $p < 0,001$). Observa-se então, que as crianças que participaram do grupo de intervenção (experimental) apresentaram diminuição dos sintomas ansiosos e foram classificadas, de acordo com a escala, como sem presença de sintomas significativos de ansiedade.

Pesquisa realizada por Leen Van Vlierberghe et al. (2008) para investigar transtornos psiquiátricos em crianças e adolescente com excesso de peso apontou que 16,22% dos investigados apresentavam ao menos um transtorno de ansiedade, seguidos de 8,04% com pelo menos um transtorno de humor.

Um estudo para identificar os comportamentos e sentimentos presentes em crianças obesas entre quatro e sete anos, apontados por suas mães durante entrevista semi-estruturada com nutricionista, mostrou que os principais sentimentos encontrados foram baixa auto-estima, sintomas de ansiedade e culpa. Entre os comportamentos destacou-se a agressividade,

quando as crianças encontravam-se expostas a comentários maldosos dos colegas da escola (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007).

Percebe-se, então que há uma associação entre obesidade infantil e ansiedade, e tais dados salientam a importância de manejar esses sintomas a fim de diminuí-los, o que provavelmente irá gerar diminuição do peso. A literatura também aponta que intervenções baseadas no modelo cognitivo-comportamental podem auxiliar na diminuição da ansiedade em indivíduos obesos e/ou com transtornos alimentares (DUCHESNE; ALMEIDA, 2002; RADOMILE, 2003; TAVARES FILHO; BIELING; MC CABE; ANTONY, 2008; TAVARES FILHO; MAGALHÃES; TAVARES, 2009).

5.5 Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI)

Os escores médios obtidos pelos participantes do grupo experimental e controle no instrumento de qualidade de vida infantil - AUQEI estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5 – Escores médios obtidos na Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI) nos grupos estudados.

<i>Avaliações AUQEI</i>	<i>Grupo experimental</i>			<i>Grupo controle</i>		
	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Avaliação	33	41,90	8,77	27	40,96	9,97
Reavaliação	33	53,63	4,64	27	41,18	9,43
Seguimento	33	57,63*	2,40	27	38,74	9,28

*diferença estatisticamente significativa na comparação entre os dois grupos no seguimento, $p < 0,001$

A comparação entre os três momentos de avaliações no grupo controle mostrou que não houve diferença significativa ($p = 0,07$) na medida de qualidade de vida. Os escores encontravam-se abaixo do ponto de corte nas três medidas, sendo consideradas como qualidade de vida prejudicada. Quanto ao grupo experimental, foi observada diferença significativa ($p < 0,001$) entre os três momentos. Na avaliação inicial, a maioria das crianças apresentou escores médios abaixo do ponto de corte, considerados com qualidade de vida prejudicada. Na reavaliação os escores médios aumentaram significativamente, assim como no seguimento, passando a uma percepção positiva da qualidade de vida. A comparação do seguimento entre os dois grupos mostrou que houve diferença significativa (Teste t Student, $t = 11,26$, $p < 0,001$); as crianças do grupo experimental apresentaram predominantemente

escores médios acima do ponto de corte, quando comparadas com as do controle. Observa-se então, que o grupo experimental apresentou uma melhora da qualidade de vida após a intervenção.

Kunkel, Oliveira e Peres (2008) avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde de 467 adolescentes com idade entre 15 e 18 e sua associação com o excesso de peso em uma escola pública de Florianópolis, SC. Os resultados mostraram que a prevalência de sobrepeso foi de 12,2% e de obesidade foi de 3,6% e que o grupo com excesso de peso obteve menores escores de qualidade de vida que o grupo sem excesso de peso. Os autores concluem que a qualidade de vida relacionada à saúde foi significativamente mais baixa em adolescentes com excesso de peso e que medidas dirigidas ao controle de peso nesta população e instrumentos de avaliação de qualidade de vida constituem-se importantes ferramentas para um melhor e completo entendimento da obesidade.

A literatura também aponta que doenças crônicas na infância podem influenciar a uma piora da qualidade de vida e interferir em vários aspectos da vida da criança, entre eles o social, afetivo, familiar e cultural (ALLI, 2007; VIANNA; BARBOSA; GUIMARÃES, 2007). Assim é essencial que os profissionais da saúde dêem atenção a esse fator a fim de avaliar a qualidade de vida, pois se sabe que os cuidados precoces têm fator decisivo e permanente sobre o desenvolvimento das crianças, especialmente sobre a habilidade para aprender a regular as emoções (SANTOS, 2004). Para tanto é necessário estratégias específicas e o envolvimento dos pais e de outros profissionais de saúde (WILHELM; LIMA; SCHIRMER, 2007).

5.6 Questionário do Comportamento Alimentar em Crianças (CEBQ)

O CEBQ avalia oito fatores associados à obesidade infantil que são divididos em subescalas: Resposta à comida (FR), Prazer em comer (EF), Resposta à saciedade (SR), Ingestão lenta (SE), Seletividade (FF), Sobre ingestão emocional (EOE), Sub ingestão emocional (EUE) e Desejo de beber (DD). Os resultados apresentados a seguir estão de acordo com esses fatores. A Tabela 6 apresenta as médias das subescalas do CEBQ nos Grupos Experimental e Controle.

Tabela 6 – Resultados médios das subescalas do CEBQ no Grupo Experimental e no Grupo Controle.

Subescalas CEBQ	Grupo Experimental <i>n=33</i>						Grupo Controle <i>n=27</i>					
	Avaliação		Reavaliação		Seguimento		Avaliação		Reavaliação		Seguimento	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Resposta à comida (FR)	4,57	4,57	3,53	3,53	3,46*	3,46	4,48	1,86	3,92	3,80	4,26	3,18
Prazer em comer (EF)	4,75	2,81	3,71	2,33	3,73*	1,74	4,51	3,00	4,15	3,78	4,35	4,43
Resposta à saciedade (SR)	1,32	2,28	1,72	1,20	1,72*	1,20	1,36	2,54	1,44	2,30	1,25	2,75
Ingestão lenta (SE)	1,34	2,58	2,19	1,74	2,19*	1,74	1,57	3,27	1,83	3,61	1,71	3,99
Seletividade (FF)	4,00	3,64	3,46	1,97	3,40*	1,95	3,94	3,32	3,83	3,58	3,94	1,98
Sobre ingestão emocional (EOE)	4,24	4,57	3,41	2,51	3,46*	2,47	3,95	6,13	3,84	4,41	4,06	4,83
Sub ingestão emocional (EUE)	1,82	4,71	2,29	3,90	2,33*	3,43	1,68	3,95	1,71	4,02	1,65	3,72
Desejo de beber (DD)	4,46	3,92	3,68	2,32	3,66*	2,04	4,23	4,16	4,14	4,79	4,05	4,56

*diferença estatisticamente significativa na comparação entre os dois grupos no seguimento, $p < 0,001$ M:média; DP:desvio padrão

A análise estatística da subescala **Resposta à comida (FR)** mostrou que houve diferença significativa entre os três momentos das avaliações tanto no Grupo Experimental como no Grupo Controle ($p < 0,001$) pelo teste *post hoc* de Bonferroni. A comparação no grupo experimental apontou que a avaliação inicial obteve médias de escores maiores em relação à reavaliação e seguimento. Já para o Grupo Controle verificou-se que o seguimento obteve valores de escores superiores à reavaliação. A comparação entre os dois grupos durante o seguimento (Teste t de Student, $t = 13,43$, $p < 0,001$) revelou que o Grupo Experimental obteve escores significativamente menores na subescala Resposta à comida (FR). Esta subescala refere-se à influência dos fatores externos (ex: fatores sociais) no apetite e ingestão e encontra-se entre os determinantes da obesidade em crianças (BRAET; VAN STRIEN, 1997). A redução dos escores na subescala Resposta à comida mostra que as crianças que participaram do grupo de intervenção passaram a identificar melhor a diferença entre fome e a vontade de comer, pois diminuíram o excesso de ingesta alimentar e, de acordo com a visão das mães, solicitavam menos comida no decorrer do dia. É importante salientar que o desenvolvimento e manutenção do comportamento alimentar sofrem influência também de outros fatores, como familiares, individuais, genéticos, condições socioeconômicas, psicológicas e até culturais (MOTTA; ARAÚJO; SILVA, 2008).

Quanto à subescala **Prazer em comer (EF)** os escores médios encontrados no Grupo Experimental mostraram que a avaliação inicial obteve valores significativamente elevados, quando comparados com a reavaliação e seguimento. O mesmo não ocorreu com o Grupo

Controle, onde a avaliação apresenta escores superiores em relação à reavaliação, mas no seguimento os escores não diferiram dos da avaliação inicial. O Teste t de Student ($t = 7,40$, $p < 0,001$) na comparação do seguimento entre os dois grupos mostrou diferença significativa; as crianças do Grupo Experimental tiveram médias de escores menores nesta subescala. Segundo Wardle et al. (2001) os resultados dessa subescala geralmente encontram-se elevados em indivíduos obesos, já que a subescala EF avalia o interesse pela comida. Os dados do presente estudo sugerem então que o interesse pela comida diminuiu para as crianças do grupo experimental, ou seja, a alimentação passou não ser o único foco de atenção e de obtenção de prazer, como anteriormente referido pelas mães através o questionário.

A avaliação da subescala **Resposta à saciedade (SR)** demonstra que as crianças do Grupo Experimental apresentaram uma melhora significativa da saciedade na reavaliação, bem como no seguimento, quando comparadas com a avaliação inicial. Isto não ocorreu com o Grupo Controle, que obteve um aumento significativo na reavaliação, mas no seguimento retornou a um escore semelhante ao da avaliação inicial. A comparação entre os dois grupos no seguimento (Teste t de Student, $t = 8,33$, $p < 0,001$) evidenciou que os participantes do Grupo Experimental tiveram maiores médias de escores em Resposta à Saciedade. Esses resultados apontam melhora do controle do apetite das crianças, pela percepção das mães. De acordo com o CEBEQ, na subescala Resposta à saciedade, no que se refere a crianças obesas, quanto maiores os escores melhor, pois mostra uma melhora de percepção da saciedade e a insuficiente resposta à saciedade é vista como uma das possíveis causas comportamentais da obesidade (VIANNA; SINDE, 2008).

Os resultados obtidos na subescala **Ingestão lenta (SE)** tanto no Grupo Experimental como no Controle, mostram que a reavaliação apresentou escores superiores em relação à avaliação, entretanto apenas no Grupo Experimental o seguimento teve valores significativamente maiores, quando comparados com a avaliação. A comparação no momento do seguimento entre os dois grupos apontou escores maiores de SE para o Grupo Experimental, no Teste t de Student ($t = 6,21$, $p < 0,001$). Nesta subescala escores maiores mostram que a criança está comendo mais lentamente, o que possibilita melhora da percepção do alimento ingerido e da mastigação, o que pode também indicar diminuição da ansiedade em relação a alimentação.

Dados em relação à subescala **Seletividade (FF)** demonstram que o Grupo Controle não apresentou diferença significativa na comparação entre os três momentos de avaliação. Já o Grupo Experimental apresentou diferença significativa, na avaliação inicial obteve médias maiores do que na reavaliação e no seguimento. A comparação entre os dois grupos durante o

seguimento mostrou que houve diferença significativa (Teste t de Student, $t = 10,40$, $p < 0,001$); o Grupo Experimental mostrou-se com médias de escores menores em relação ao Grupo Controle, ou seja, as crianças do grupo experimental passaram a consumir uma variedade maior de alimentos e a experimentar alimentos que nunca haviam experimentado, em função disso recusaram menos alimentos durante as refeições, o que provavelmente pode gerar melhora do relacionamento familiar nos momentos das refeições. Além disto, a variedade da ingesta vai produzir uma melhora qualitativa do padrão alimentar e ajudar na redução do peso corporal.

Os escores médios da subescala **Sobre ingestão emocional (EOE)** apresentados pelos participantes do Grupo Controle evidenciaram que não houve diferença significativa entre a avaliação e a reavaliação, mas no seguimento obtiveram-se valores médios significativamente maiores do que a reavaliação ($p = 0,002$), pelo teste *post hoc* de Bonferroni. A comparação entre os três momentos no Grupo Experimental mostrou que a avaliação inicial apresentou escores médios significativamente elevados quando comparados com a reavaliação e com o seguimento ($p < 0,001$). A comparação entre os dois grupos no momento do seguimento (Teste t de Student, $t = 6,27$, $p < 0,001$) revelou diferença significativa, o Grupo Experimental apresentou médias menores, indicando uma redução da ingestão de alimentos influenciadas pela emoção e situações do dia a dia, ou seja, quando as crianças estavam mais preocupadas, aborrecidas, ansiosas e/ou felizes.

Para a subescala **Sub ingestão emocional (EUE)** no Grupo Controle não foi verificada diferença significativa entre os três momentos de avaliação ($p = 0,26$). Já o Grupo Experimental apresentou médias significativamente inferiores ($p < 0,001$) na avaliação inicial em comparação com a reavaliação e o seguimento. A comparação entre o Grupo Controle e o Experimental, no que se refere ao seguimento, apontou diferença significativa (Teste t de Student, $t = 7,33$, $p < 0,001$), o Grupo Experimental obteve escores maiores. Tais resultados sugerem que as crianças do grupo experimental diminuíram o consumo alimentar em situações de estresse emocional, quando estão mais irritados, nervosos e/ou cansados. Provavelmente passaram a praticar as técnicas ensinadas durante as sessões do grupo de intervenção, como relaxamento, respiração e reestruturação cognitiva. Sabe-se que um melhor conhecimento e identificação das emoções desafiam as crenças (por exemplo, sobre a alimentação, ansiedade) e permitem que a criança intervenha e maneje ativamente tais situações (STALLARD, 2010).

Referindo-se à subescala **Desejo de beber (DD)** para ambos os grupos, as comparações entre os momentos de avaliação mostraram que houve diferença significativa, o

seguimento apresentou valores menores em comparação com a avaliação. Já a comparação do seguimento entre os dois grupos mostrou que os participantes do Grupo Experimental apresentaram médias significativamente menores (Teste t de Student, $t = 4,43$, $p < 0,001$). Esses resultados em relação à subescala DD mostram a diminuição do comportamento de beber líquidos açucarados, como refrigerantes e sucos, pelas crianças que participaram do programa de intervenção. O consumo dessas bebidas é visto na literatura como cada vez mais característico do perfil alimentar de crianças e jovens e também é considerado uma das causas de obesidade nesta faixa etária (SANTOS; CARVALHO; GARCIA JUNIOR, 2007; FLODMARCK et al., 2004; NEGRÃO et al., 2000).

Os resultados do presente estudo referentes ao Questionário do Comportamento Alimentar de Crianças (CEBQ) corrobora a literatura da área que mostra que técnicas baseadas na terapia cognitivo-comportamental têm um impacto positivo em mudanças no comportamento alimentar de crianças obesas e de suas famílias (ACOSTA; MANUBAY ; LEVIN, 2008; LARRAÑAGA ; GARCÍA-MAYOR, 2007).

Vignolo et al. (2008), em estudo com 5 anos de seguimento, com programa de intervenção realizado por uma equipe multidisciplinar (pediatra, psicóloga cognitivo-comportamental e fisioterapeuta) empregaram técnicas cognitivo-comportamentais, educação nutricional e promoção da atividade física, sempre com envolvimento ativo dos pais. Os resultados apontaram melhora dos aspectos emocionais e sociais dos comportamentos relacionados à obesidade. Os autores ressaltam que os resultados positivos persistentes podem ser obtidos com crianças obesas em programas de tratamento que combinam um estilo de vida saudável, envolvimento parental, educação nutricional e estratégias cognitivo-comportamentais.

A importância do envolvimento da família é recomendada sempre que se propõe trabalhar com crianças. De acordo com Stallard (2010) o envolvimento dos pais na intervenção propicia oportunidade de redução da ansiedade parental, facilita a autonomia adequada da criança e a capacidade de lidar com os problemas e desenvolve habilidades parentais que automaticamente reforçam os comportamentos adequados das crianças e minimizam a atenção a um comportamento inadequado. Especificamente em relação à obesidade infantil, sabe-se que são imprescindíveis mudanças no ambiente familiar para favorecer mudança comportamental infantil, já que os pais são modelo para seus filhos e as regras cotidianas, inclusive as alimentares, devem ser definidas pelos responsáveis.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo verificar efeitos de um programa de intervenção cognitivo-comportamental em grupo com crianças obesas sobre a qualidade de vida, depressão, ansiedade, comportamento alimentar e índice de massa corpórea, quando comparados com um grupo controle em medidas pré, pós e seguimento.

Foi observada diminuição significativa do percentil de obesidade, dos sintomas depressivos e ansiosos e melhora da qualidade de vida nos participantes do grupo experimental em comparação com o grupo controle. Esta redução de ansiedade e depressão é importante para melhorar a qualidade de vida destas crianças e ao mesmo tempo uma demonstração da eficácia comparativa do programa cognitivo-comportamental com intervenções rotineiras de ambulatórios médicos, mesmo que tenham atenção psicológica. Ambos os grupos reduziram a média de obesidade quando comparados com a linha de base e o seguimento, no entanto a comparação dos dois grupos mostrou que o GE obteve menores percentis de obesidade no seguimento.

Os resultados ainda indicaram mudança significativa no comportamento alimentar das crianças do grupo experimental em relação ao controle, sendo que as crianças que passaram pelo programa cognitivo-comportamental apresentaram mais e melhores mudanças em seu padrão alimentar, o que pode contribuir para que continuem perdendo peso, ou para que não se tornem obesas no futuro.

A partir dos resultados obtidos no seguimento, comparando-se as avaliações, observou-se que as crianças do grupo experimental tiveram melhora significativa em relação às do grupo controle, de acordo com as variáveis investigadas.

A obesidade infantil é um problema de saúde pública, portanto esses dados apontam para a necessidade de programas de intervenção que possibilitem, além da diminuição do grau de obesidade, melhora dos aspectos psicossociais, bem como orientações específicas à família, já que no Brasil a obesidade já é considerada uma epidemia. Esse estudo, portanto, contribui para intervenções psicológicas específicas que, associadas ao acompanhamento médico e nutricional, favorecem as mudanças comportamentais e emocionais evidentemente necessárias no tratamento da obesidade e também diminuem o sofrimento tanto da criança como da família.

Existem algumas limitações do estudo como a coleta de dados ocorrer com uma amostra de conveniência em um ambulatório específico de um hospital escola, somente uma faixa de renda e o fato do tempo despendido pelos pacientes com a psicóloga do ambulatório

ser menor que o realizado durante o programa de intervenção cognitivo-comportamental com o grupo experimental. Todavia, estas limitações não reduzem o impacto do efeito positivo obtido, que deve ser estendido aos serviços de atenção à saúde infantil no tratamento de obesidade sempre que possível.

Considera-se que o programa de intervenção cognitivo-comportamental realizado na presente pesquisa apresentou resultados satisfatórios na melhora de aspectos emocionais de crianças obesas, na diminuição da obesidade e mudanças de comportamento alimentar, o que corrobora a literatura da área.

Deve-se ressaltar que, em função das sistemáticas diferenças com significâncias estatísticas encontradas entre o grupo que passou pela intervenção e o grupo controle, que tinha uma assistência médica, nutricional e psicológica, pode-se afirmar que o programa de intervenção cognitivo-comportamental trouxe mais benefícios para a saúde das crianças, advogando-se assim a ampla utilização de programas como este. Os resultados positivos obtidos neste estudo também comprovam que o programa desenvolvido foi adequado para alterar aspectos essenciais no controle da obesidade infantil, tais como padrão de ingestão alimentar, ansiedade, depressão, qualidade de vida e, finalmente, índice de massa corpórea.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso obesidade em crianças e adolescentes das regiões sudeste e nordeste. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 335-340, 2002.

ACOSTA, M. C.; MANUBAY, J.; LEVIN, F. R. Pediatric obesity: parallels with addiction and treatment recommendations. **Harvard Review of Psychiatry**, ST. Louis, v. 16, n. 2, p. 80-96, 2008.

ALLI, L. R. et al. Obesidade infantil e fatores psicossocioculturais. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 21-28, 2007.

AMERICAN OBESITY ASSOCIATION. Disponível em <<http://www.obesity.org>>. Acesso em: 01 out. 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais: DSM-IV-TR**. Tradução C Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Projeto Acolher. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista>>. Acesso em: 5 set. 2008.

ASSUMPCÃO Junior, F. B. et al. Escala de avaliação de qualidade de vida: (AUQEI - Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé): validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 119-127, 2000.

AYLA, A. R. Antagonistas do hormônio liberador da corticotrofina: atualização e perspectivas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 619-625, 2002.

BARREIRE, S. G. et al. Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 55-62, 2003.

BECK, J. S. **Pense magro: a dieta definitiva de Beck**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BIELING, P. J.; MCCABE, R. E.; ANTONY, M. M. (Colab.). Estratégias comportamentais. In: _____. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Tradução Ivo Haun de Oliveira. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 73-87.

BIELING, P. J.; MCCABE, R. E.; ANTONY, M. M. (Colab.). Transtornos alimentares. In: _____. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Tradução Ivo Haun de Oliveira. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 245-274.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 2, p. 227-235, 2002.

BRAET, C.; VAN STRIEN, T. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 35, n. 9, p. 863-873, 1997.

BRASIL, T. B.; FERRIANI, V. P. L.; MACHADO, C. S. M. Inquérito sobre a qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes portadores de artrites idiopáticas juvenis. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 63-68, 2003.

BROWNELL, K. D.; O'NEIL, P. M. Obesidade. In: BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. Porto Alegre: Artmed, 1999, p. 355-403.

CANINI, S. R. et al. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 940-945, 2004.

CARVALHO, A. M. P. et al. Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade em pré-adolescentes obesos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 20, p. 39-47, 2001.

CASTILHO, A. R. G. L. et al. **Transtorno de ansiedade**. São Paulo, v. 22, p. SII20-SII23, 2000. Suplemento 2.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Atlanta, 2000. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/growthchrts>>. Acesso em: 10 fev. 2009.

CORDIOLLI, A. V. Terapia farmacológica para os transtornos psicológicos. In: Caballo, V. E. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade**: Intervenção em crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde. São Paulo : Livraria Santos, 2007, p. 661-689.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E.; SANTOS, A. A. A. Inventário de depressão infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 473-490, 2008.

CSABI, G.; TENYI, T; MOLNAR, D. Depressive symptoms among obese children. **Eating Weight Disorders**, Milano, v. 5, n. 1, p. 43-45, 2000.

DAMIANI, D.; CARVALHO, D. P.; OLIVEIRA, R. G. Obesidade na Infância: um grande desafio. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, n. 8, p. 489-528, 2000.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Base conceitual da área das habilidades sociais. In: _____. **Psicologia das habilidades sociais na infância**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Vozes, 2005, p. 30-40.

D'EL REY, G. J. F.; PACINI, C. A. Tratamento da fobia social circunscrita por exposição ao vivo e reestruturação cognitiva. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 237-242, 2005.

DOBSON, K. S. **Handbook of cognitive-behavioral therapies**. 2. ed. New York: Guilford, 2001.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E. M. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 49-53, 2002. Suplemento 3.

ERERMIS, S. et al. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? **Pediatrics International**, Carlton, v. 46, n. 3, p. 296-301, 2004.

FALCONE, E. Psicoterapia cognitiva. In: Range, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p. 49-61.

FISBERG, M. et al. Obesidade em crianças e adolescentes: relatório do grupo de trabalho do II Congresso Mundial de Nutrição, Hepatologia e Gastroenterologia Pediátrica. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, New York, v. 39, p. S686, 2004. Suplemento 2.

FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência. In: _____. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995. p. 9-13.

FLECK, M. P. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLODMARK, C. E. et al. New insights in to the field of children and adolescents obesity: the European perspective. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, London, v. 28, n. 10, p. 1189-1196, 2004.

FUI, L. et al. Transtornos afetivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 24-27, 2000. Suplemento.

GORAYEB, M. A. M.; GORAYEB, R. Cefaléia associada a indicadores de transtornos de ansiedade em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto, SP. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 60, n. 3B, p. 764-768, 2002.

GORAYEB, M. A. M.; GORAYEB, R. “O Que Penso e Sinto” – Adaptação da Revised Children’s Manifest Anxiety Scale (RCMAS) para o português. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 35-45, 2008.

GOUVEIA, V. V. et al. Inventário de depressão infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 7, p. 345-349, 1995.

INGBERMAN, Y. K. A. Encoprese infantil. In: Silveiras, E. F. M. (Org.). **Estudos de casos em psicologia clinica comportamental infantil**. Campinas: Papyrus, 2000, p. 85-120.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares - 2002 e 2003. Primeiros resultados. Brasil e Grandes Regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. <Disponível em www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 out. 2006.

JAN, S. et al. Shape it up: a school-based education program to promote healthy eating and exercise developed by a health plan in collaboration with a college of pharmacy. **Journal of Managed Care Pharmacy**, Alexandria, v. 15, n. 5, p. 403-413, 2009.

JIANG, J. X. et al. A two year family based behaviour treatment for obese children. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 90, n. 12, p. 1235-1238, 2005.

KOVACS, M. **Children depression inventory: manual**. New York: MHS, 1982.

KUNKEL, N.; OLIVEIRA, W. F.; PERES, M. A. Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis, SC. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 226-235.

LAMOUNIER, J. A.; LAMONIER, F. B.; WEFFORT, V. R. S. Aspectos gerais da obesidade na infância e na adolescência. In: LAMOUNIER, J. A.; WEFFORT, V. R. S. (Org.). **Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência**. Barueri: Manole, 2009, p. 327-344.

LARRAÑAGA, A.; GARCÍA-MAYOR, R. Psychological treatment for obesity. **Medicina Clinica**, Barcelona, v. 129, n. 10, p. 387-391, 2007.

LAST, C. G.; STRAUSS, C. C.; FRANCIS, G. Comorbidity among childhood anxiety disorders. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 175, n. 12, p. 726-730, 1987.

LEAO, L. S. C. S. et al. Prevalence of obesity in school children from Salvador, Bahia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 151-157, 2003.

LIBERATORE JUNIOR, R. D. R. et al. Prevalência de obesidade em crianças e adolescentes com diabetes melito tipo 1. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 142-145, 2008.

LIMA, E. M. Avaliação de fatores de risco associados com elevação da pressão arterial em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 3-5, 2004.

LOTUFO NETO, F. et al. Terapia comportamental cognitiva dos transtornos afetivos. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo – comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001, cap. 16, p. 275-286.

LOURENÇO, B. H.; CARDOSO M. A. Infant feeding practices, childhood growth and obesity in adult life. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 53, n. 5, p.528-539, 2009.

LUIZ, A. M. A. G. **Ansiedade, depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas**. 2004. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LUIZ, A. M. A. G.; GORAYEB, R. Aspectos emocionais, comportamentais e sociais da obesidade infantil. In: MYIAZAKI, C. O. S. M.; DOMINGOS, N. A. M.; VALÉRIO, N. I. (Org.). **Psicologia da saúde: pesquisa e prática**. São José do Rio Preto: THS/Arantes Editora, 2006, cap. 6, p. 111-138.

LUIZ, A. M. A. G.; GORAYEB, R.; LIBERATORE JÚNIOR, R. D. R. Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 41-48, 2010.

LUIZ, A. M. A. G. et al. Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 10, n. 1, p. 35-39, 2005.

MACEDO, G. A. L.; CANÇADO, I. A. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de 10 a 12 anos do ensino fundamental I de escola pública e privada do município de Pará de Minas – MG. **Syn Thesis Revista Digital FAPAM**, Pará de Minas, n. 1, p. 328-343, 2009.

MARINHO, M. L. A intervenção clínica comportamental com famílias. In: SILVARES, E.F.M. (Org.). **Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 2000, cap. 5, p. 139-174.

MARINHO, M. L. Um programa estruturado para o treinamento de pais. In: CABALLO, V. E.; SIMÓN, M. A. (Org.) **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos**. São Paulo: Livraria Santos, 2005. cap. 17, p. 417-443.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v. 80, n. 3, p.173-82, 2004.

MELO, M. H. S.; SILVARES, E. F. M. Grupo cognitivo-comportamental com famílias de crianças com déficits em habilidades sociais e acadêmicas. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p.122-133, 2003.

MÉNDEZ, F. X.; OLIVARES, J.; BERMEJO, R. M. Características clínicas e tratamento dos medos, fobias e ansiedades específicas. In: CABALLO, E. V.; SIMÓN, M. A. **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente – Transtornos gerais**. São Paulo: Livraria Santos, 2005, p. 59-120.

MIYAZAKI, M. C. O. S. **Enfoque psicossocial da doença crônica: um estudo sobre depressão em pacientes pediátricos asmáticos e suas mães**. 1993. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1993.

MOON, Y. I. et al. Effects of behavior modification on body image, depression, and body fat in obese Korean elementary school children. **Yonsei Medical Journal**, Seoul, v. 45, n. 1, p. 61-67, 2004.

MORGAN, C. M. **Episódios de descontrole alimentar, adiposidade e psicopatologia em crianças com excesso de peso e crianças de peso normal**. 2005. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2005.

MOTTA, M. E. F. A.; ARAÚJO, C. M. T.; SILVA, G. A. P. Bases conceituais da alimentação da criança. **Temas de Pediatria**, v. 84, p. 1-18, 2008.

MUNSCH, S. et al. Randomized controlled comparison of two cognitive behavioral therapies for obese children: mother versus mother-child cognitive behavioral therapy. **Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie**, Stuttgart, v. 77, n. 4, p. 235-246, 2008.

NEGRÃO, C. E. et al. O papel do sedentarismo na obesidade. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 149-155, 2000.

NEUTZLING, M. B. et al. Owerweight and obesity in Brazilian adolescents. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, London, v. 24, n. 7, p. 869-874, 2000.

NONINO-BORGES, C. B.; BORGES, R. M.; SANTOS, J. E. Tratamento clínico da obesidade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 246-252, 2006.

NOVAES, J.F.; ROCHA, D. S.; PEREIRA NETO, M. Hábito alimentar e obesidade. In: LAMOUNIER, J. A.; WEFFORT, V. R. S. (Org.). **Nutrição em pediatria: da neonatologia à adolescência**. Barueri: Manole, 2009, p. 345-352.

OLIVEIRA, C. L.; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 107-108, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.

OUDE LUTTIKHUIS, H. et al. Interventions for treating obesity in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)**, Oxford, v. 21, n. 1, p. CD001872, 2009.

PATTERSON, G.R.; DE BARYSHE, B.D; RAMSY, E. A Developmental perspective on antisocial behavior. **American Psychologist**, v. 44, n.2, p.329-335, 1989.

PEÇANHA, R. F.; RANGÉ, B. P. Terapia cognitivo-comportamental com casais: uma revisão. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 1-11, 2008.

PINHAS-HAMIEL, O. et al. Health-related quality of life among children and adolescents: associations with obesity. **International Journal of Obesity**, London, v. 30, n. 2, p. 267 – 272, 2006.

POSTON, W. S.; FOREYT, J. P. Successful management of the obese patient. **American Family Physician**, Kansas City, v. 61, n. 12, p. 3615-3622, 2000. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/20000615/3615.htBml>>. Acesso em: 1 set. 2009.

POWELL, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, p. S73-S80, 2008. Suplemento 2.

RADOMILE, R. R. Obesidade. In: WHITE, J. R.; FREEMAN, A. S. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos**. Tradução Mônica Giglio Armando. São Paulo: Roca, 2003, p. 109-138.

RANGÉ, B. et al. Glossário de técnicas. In: _____ (Org). **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de transtornos psiquiátricos**. Campinas, SP: Editorial Psy, 1998, p. 282-298.

REINEHR, T. et al. Evaluation of the training program "OBELDICKS" for obese children and adolescents. **Klinische Paediatric**, Stuttgart, v. 217, n. 1, p. 1-8, 2005.

REYNOLDS, C. R.; RICHMOND, B. O. What I think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. **Journal of Abnormal Child Psychology**, New York, v. 6, n. 2, p. 271-280, 1978.

ROMA, A. M. et al. **Programa Bem Estar**. Programa de Esquizofrenia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Pró – Saúde – Proesq. São Paulo: Lilly, p. 4-38, 2006.

SANDRES, M. R. Uma estratégia de intervenção comportamental familiar em níveis múltiplos para a prevenção e tratamento dos problemas de comportamento infantis. In: CABALLO, E. V.; SIMÓN, M. A. **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2005, p. 387-415.

SANTOS, L. E. S. **Creche e pré-escola: uma abordagem de saúde**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

SANTOS, A. L.; CARVALHO, A. L.; GARCIA JÚNIOR, J. R. Obesidade infantil e uma proposta de educação física preventiva. **Motriz (Online)**, Rio Claro, v. 13, n. 3, p. 203-213, 2007.

SATO, H.; NAKAMURA, N.; SASAKI, N. Effects of bodyweight on health-related quality of life in school-aged children and adolescents. **Pediatrics International**, Carlton, v. 50, n. 4, p. 552–556, 2008.

SCHINOHARA, H.; NARDI, A. E. Transtorno de ansiedade generalizada. In: RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001, p. 217-229.

SCHWARTZ, M. B.; PUHL, R. Childhood obesity: a societal problem to solve. **Obesity Reviews**, Oxford, v. 4, n. 1, p. 57-71, 2003.

SHAW, K. et al. Psychological interventions for overweight or obesity. **Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)**, Oxford, v. 18, n. 2, p. CD003818, 2005.

SILVARES, E. F. M. Porque trabalhar a família quando se promove terapia comportamental de uma criança. **Centro de Estudos em Psicologia**, São Paulo, 2004.

SILVERMAN, W. K. et al. Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: a randomized clinical trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 67, n. 6, p. 995-1003, 1999.

STERN, J. Treinamento de pais. In: WHITE, J.R.; FREEMAN, A.S. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos**. São Paulo: Rocca, 2003. p. 381-415.

SPADA, P. V. **Obesidade infantil: aspectos emocionais e vínculo mãe/filho**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

STALLARD, P. **Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STALLARD, P. **Bons pensamentos – bons sentimentos: manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

STRAUSS, R. Childhood obesity. **Current Problems in Pediatrics**, St. Louis, v. 29, n. 5, p. 5-29, 1999.

TAVARES FILHO, T. E.; MAGALHÃES, P. M. S.; TAVARES, B. M. A terapia cognitivo-comportamental e seus efeitos no tratamento dos transtornos do comportamento alimentar. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 1, n. 2, p. 160-168, 2009.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Ed.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

TROIANO, R. P.; FLEGAL, K. M. Overweight children and adolescents: description, epidemiology, and demographics. **Pediatrics**, Illinois, v. 101, n. 3, pt. 2, p. 497-504, 1998.

TSIROS, M. D. et al. Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. San Francisco, v87, n.5, p.1134-1140, 2008.

VAN VLIERBERGHE, L. et al. Psychiatric disorders and symptom severity in referred versus non-referred overweight children and adolescents. **European Child and Adolescent Psychiatry**, Darmstadt, v. 18, n. 3, p. 164-173, 2009.

VIANA, V.; BARBOSA, M. C.; GUIMARÃES, J. Doença crônica na criança: factores familiares e qualidade de vida. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 8, n. 1, p. 117-127, 2007.

VIANA, V.; SINDE, S. O comportamento alimentar em crianças: estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 111-120, 2008.

VIGNOLO, M. Five-year follow-up of a cognitive-behavioural lifestyle multidisciplinary programme for childhood obesity outpatient treatment. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 9, n. 62, p. 1047-1057, 2008.

WARDLE, J. et al. Development of the children's eating behaviour questionnaire. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, Elmsford, v. 42, n. 7, p. 963-970, 2001.

WARSCHBURGER, P. The unhappy obese child. **International Journal of Obesity**. London, p. S127-S129, 2005. Supplement 2.

WILHELM, F. A.; LIMA, J. H. C. A.; SCHIRMER, K. F. Obesidade infantil e a família: educadores emocionais e nutricionais dos filhos. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 25, n. 49, p. 143-154, 2007.

WILKINS, S. C. et al. Family functioning is related to overweight in children. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 98, n. 5, p. 572-574, 1998.

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**, London, v. 8, p. 421, 2008.

WILLIAMS, L. C. A.; MATOS, M. A. Pais como agentes de mudança comportamental dos filhos: uma revisão de área. **Psicologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 5-25, 1984.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental. In: _____. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2008, cap. 1, p. 15-32.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Ficha de identificação

Dados de Identificação da criança

Data:.....Prontuário:.....

Nome:.....

Data Nascimento:..... Idade:.....

Sexo:..... Escolaridade:.....

Peso:..... Altura:.....

IMC:.....

Dados de Identificação do responsável

Parentesco:.....

Nome:.....

Data de nascimento:..... Idade:.....

Escolaridade:..... Profissão:.....

Data de nascimento:..... Idade:.....

Escolaridade:..... Profissão:.....

Estado civil dos pais:.....

Observações:.....

Endereço:.....

Bairro:..... CEP:.....

Cidade:..... Telefone:.....

APÊNDICE B - Registro de pensamentos e comportamentos

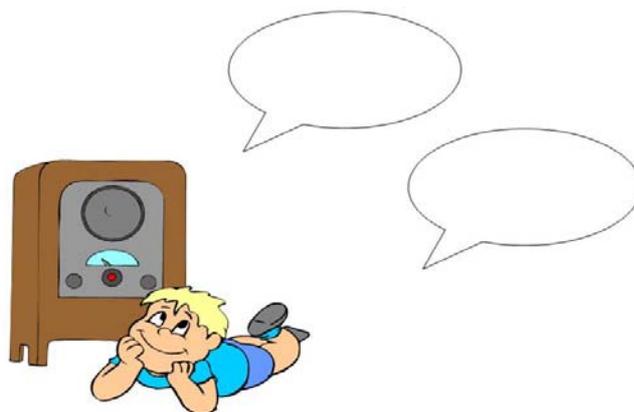
Data/Hora	SITUAÇÃO	PENSAMENTO	SENTIMENTO	COMPORTAMENTO

APÊNDICE C - Registro alimentar

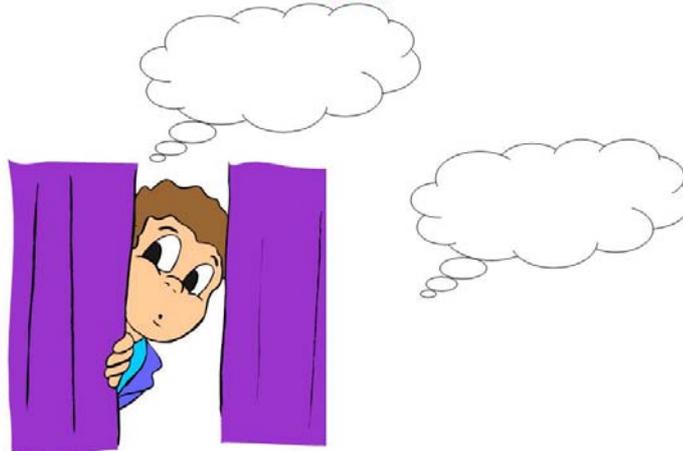
SEGUNDA DATA:	TERÇA DATA:	QUARTA DATA:	QUINTA DATA:	SEXTA DATA:	SÁBADO DATA:	DOMINGO DATA:

APÊNDICE E – Balões de pensamento

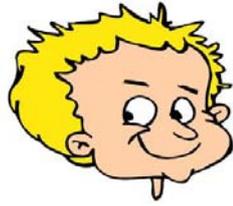
Preencha os balões de pensamento escrevendo o que o garoto está pensando?



Preencha os balões de pensamento escrevendo ou desenhando os pensamentos preocupantes que você tem.



Observe os desenhos e preencha os espaços



Pensamento

Sentimento



Pensamento

Sentimento



ANEXOS**ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Pós-esclarecimento
(Obrigatório para Pesquisas em Seres Humanos – Resolução n.º 196/96 – CNS)**

Eu, _____ R.G.: _____
_____, declaro que aceito fazer parte, por livre e espontânea vontade, do estudo intitulado “Efeitos de um programa de intervenção cognitivo-comportamental em grupo para crianças obesas”, a ser realizado no ambulatório de Endocrinologia Infantil do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Informo que compreendi todas as informações que me foram dadas pela pesquisadora Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz, de acordo com o texto que segue:

Este estudo tem a finalidade de avaliar a efetividade de um programa de orientação e intervenção psicológica para crianças obesas e seus pais. A proposta do programa é que os pais, enquanto pessoas de maior convívio e responsáveis pelas crianças, podem ser treinados e orientados pelo psicólogo para superar dificuldades encontradas na educação de seus filhos, principalmente no que se refere ao comportamento alimentar e as crianças também participarão com o objetivo de aprenderem um autocontrole da alimentação.

O risco de participar da pesquisa é desprezível e refere-se às prováveis dificuldades de seguir as orientações dadas no grupo e colocá-las em prática. Sendo que estas dificuldades podem ser superadas no decorrer do desenvolvimento do programa de orientação.

Fui esclarecido de que minha identidade será preservada, sendo usados apenas os resultados obtidos pelo grupo como um todo. Eu me comprometo a comparecer regularmente nas sessões do grupo e a trazer meu filho, porém tenho o direito de desistir a qualquer momento e isto não afetará a qualidade do meu atendimento nesta Unidade. Eu irei preencher uma Ficha de Identificação, responderei a Inventários e Escalas Psicológicas no início, no final, três e seis meses depois de minha participação no grupo. O Grupo com as crianças e com os pais será realizado no Ambulatório de Psicologia e Endocrinologia Infantil do Hospital de Base, durante doze semanas, no qual irei comparecer uma vez durante a semana e trarei a criança.

Entendi que poderei sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo no meu tratamento em qualquer época neste Ambulatório, e qualquer dúvida ligarei para a pesquisadora Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz no telefone (17) 3201-5000 ramal 1215. Os resultados deste trabalho poderá me beneficiar diretamente e beneficiar outros pacientes no futuro.

Confirmando que, após entender todas estas informações sobre o estudo, aceito em participar como voluntário (a), sem receber nenhuma forma de pagamento.

Sendo assim, autorizo a publicação dos resultados encontrados em revistas de psicologia, médicas, aulas e congressos, sem que meu nome venha a público.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do colaborador

Assinatura da pesquisadora – Andreia Mara Angelo Gonçalves Luiz

Telefone para contato: (17) 3201-5000 ramal 1215 ou (17) 81256372

ANEXO C - Inventário de Depressão Infantil (CDI)

Gouveia et al., (1995)

- 01- Eu fico triste de vez em quando.
 Eu fico triste muitas vezes.
 Eu estou sempre triste.
- 02- Para mim tudo se resolverá bem.
 Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim.
 Nada vai dar certo para mim.
- 03- Eu faço bem a maioria das coisas.
 Eu faço errado a maioria das coisas.
 Eu faço tudo errado.
- 04- Eu me divirto com muitas coisas.
 Eu me divirto com algumas coisas.
 Nada é divertido para mim.
- 05- Eu sou mau (má) de vez em quando.
 Eu sou mau (má) com frequência.
 Eu sou sempre mau (má).
- 06- De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer.
 Eu tenho medo que coisas ruins me aconteçam.
 Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão.
- 07- Eu gosto de mim mesmo.
 Eu não gosto muito de mim mesmo.
 Eu me odeio.
- 08- Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem.
 Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa.
 Tudo de mau que acontece é por minha culpa.
- 09- Eu não penso em me matar.
 Eu penso em me matar, mas não o faria.
 Eu quero me matar.
- 10- Eu sinto vontade de chorar de vez em quando.
 Eu sinto vontade de chorar frequentemente.
 Eu sinto vontade de chorar diariamente.
- 11- Eu me sinto preocupado de vez em quando.
 Eu me sinto preocupado frequentemente.
 Eu estou sempre preocupado.
- 12- Eu gosto de estar com pessoas.
 Frequentemente eu não gosto de estar com pessoas.
 Eu não gosto de estar com pessoas.
- 13- Eu tenho boa aparência.
 Minha aparência tem alguns aspectos negativos.
 Eu sou feio.

- 14- Eu durmo bem à noite.
 Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites.
 Eu tenho sempre dificuldade para dormir à noite.
- 15- Eu me canso de vez em quando.
 Eu me canso freqüentemente.
 Eu estou sempre cansado.
- 16- Eu não me sinto sozinho.
 Eu me sinto sozinho muitas vezes.
 Eu sempre me sinto sozinho.
- 17- Eu me divirto na escola freqüentemente.
 Eu me divirto na escola de vez em quando.
 Eu nunca me divirto na escola.
- 18- Eu sou tão bom quanto às outras crianças.
 Se eu quiser posso ser tão bom quanto às outras crianças.
 Não posso ser tão bom quanto às outras crianças.
- 19- Eu tenho certeza que sou amado por alguém.
 Eu não tenho certeza se alguém me ama.
 Ninguém gosta de mim realmente.
- 20- Eu sempre faço o que me manda.
 Eu não faço o que me manda com freqüência.
 Eu nunca faço o que me manda.

ANEXO D - O Que Penso e Sinto (OQPS)

Gorayeb, M., (1997)

Vocês acabaram de receber um questionário sobre o que as crianças pensam e sentem. Não tem resposta certa ou errada, por que cada um pensa e sente de um jeito diferente. Vocês vão ler uma frase de cada vez e escolher uma resposta, “sim” para quando é algo que vocês pensam e sentem e “não” para quando é algo que vocês nunca sentem ou pensam. Vou ler a primeira em voz alta para explicar melhor. “Eu acho difícil tomar decisões”, então quem concorda, acha difícil mesmo tomar uma decisão faz um X no quadradinho do “sim”. Quem não concorda, não acha difícil, marca no quadradinho “não”. Quando acabarem uma palavra difícil ou tiverem qualquer dúvida me perguntem. Podem responder todo o questionário.

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

	SIM	NÃO
1 - Eu acho difícil tomar decisões		
2 - Eu fico nervoso quando as coisas não dão certo para mim		
3 - Parece que os outros fazem as coisas com mais facilidade que eu		
4 - Eu gosto de todo mundo que eu conheço		
5 - Muitas vezes eu tenho falta de ar		
6 - Eu fico preocupado a maior parte do tempo		
7 - Eu tenho medo de muitas coisas		
8 - Eu sou sempre legal		
9 - Fico bravo por qualquer coisa		
10 - Fico preocupado com o que meus pais vão dizer para mim		
11 - Sinto que os outros não gostam do jeito que eu faço as coisas		
12 - Eu sou sempre bem educado		
13 - É difícil para mim, ir para a cama à noite		
14 - Eu me preocupo com o que os outros pensam de mim		
15 - Eu me sinto sozinho, mesmo quando há pessoas comigo		
16 - Sou sempre bom		
17 - Muitas vezes, sinto problemas no meu estômago		
18 - Fico triste com qualquer coisa		
19 - Minhas mãos ficam suadas		
20 - Sou sempre legal com todo mundo		
21 - Estou bastante cansado		
22 - Em me preocupo com o que vai acontecer		
23 - As outras crianças são mais felizes do que eu		
24 - Sempre falo a verdade		
25 - Tenho sonhos ruins		
26 - Fico triste sempre que estou com problemas		
27 - Sinto que alguém vai me dizer que faço as coisas de maneira errada		
28 - Nunca fico bravo		
29 - Algumas vezes acordo assustado		
30 - Eu me preocupo quando vou para cama à noite		
31 - É difícil para mim prestar atenção no trabalho da escola		
32 - Nunca digo coisas que não devia		
33 - Eu me mexo bastante na carteira		
34 - Sou nervoso		
35 - Muitas pessoas estão contra mim		
36 - Nunca minto		
37 - Em geral eu acho que alguma coisa ruim vai acontecer para mim		

ANEXO E - Questionário do Comportamento Alimentar de Crianças (CEBQ)

Versão para investigação

(Traduzido e adaptado para Portugal por Viana, V. e Sinde, S., 2008)

(Adaptado para o Brasil por Luiz, A. M. A. G. e Gorayeb, R., 2009)

Este questionário deve ser respondido apenas pela mãe e se refere ao comportamento alimentar do seu filho (a).

Responda por favor, considerando aquilo que o seu filho (a) faz habitualmente com respeito à sua alimentação. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir.

Assinale nos quadrados respectivos tendo em conta o caso particular do seu filho(a).

Data de aplicação:...../...../.....

Criança

Nome da criança.....

Sexo:

M	F
---	---

Data de nascimento:...../...../..... Escolaridade:.....

Peso:..... Altura:..... IMC:.....

Mãe

Data de nascimento:...../...../..... Escolaridade:.....

Profissão:.....

Peso:..... Altura:..... IMC:.....

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	
1. O meu filho(a) adora comida.						EF
2. O meu filho(a) come mais quando está preocupado(a).						EOE
3. O meu filho(a) tem um grande apetite.						SR
4. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente.						SE
5. O meu filho(a) interessa-se por comida.						EF
6. O meu filho(a) sempre pede algo para beber (refrigerante ou sucos).						DD
7. O meu filho(a) recusa novos alimentos.						FF
8. O meu filho(a) come devagar.						SE
9. O meu filho(a) come menos quando está irritado (a) ou nervoso (a).						EUE
10. O meu filho(a) gosta de experimentar novos alimentos						FF
11. O meu filho(a) come menos quando está cansado(a).						EUE
12. O meu filho(a) está sempre pedindo comida.						FR
13. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido(a).						EOE
14. Se deixar, o meu filho(a) comeria demais.						FR
15. O meu filho(a) come mais quando está ansioso(a).						EOE
16. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos.						FF
17. O meu filho(a) deixa comida no prato no final das refeições						SR
18. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar uma refeição.						SE
19. Se tivesse oportunidade o meu filho (a) passaria a maior parte do tempo comendo.						FR
20. O meu filho(a) está sempre esperando a hora das refeições.						EF
21. O meu filho(a) fica satisfeito(a) antes de terminar a refeição.						SR
22. O meu filho(a) adora comer.						EF
23. O meu filho(a) come mais quando está feliz.						EOE
24. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições.						FF
25. O meu filho(a) come menos quando está preocupado(a).						EUE
26. O meu filho(a) fica satisfeito muito facilmente.						SR
27. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer.						EOE
28. Mesmo se já está satisfeito o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido.						FR

	Nunca	Rara-Mente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	
29. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia bebendo continuamente (refrigerantes ou sucos).						DD
30. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido alguma coisa.						SR
31. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre tomando uma bebida (refrigerantes ou sucos).						DD
32. O meu filho(a) tem interesse em experimentar alimentos que nunca provou antes.						FF
33. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que nunca o tenha provado.						FF
34. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca.						FR
35. O meu filho(a) come cada vez mais devagar durante a refeição.						SE

Por favor, verifique se respondeu todas as questões.

OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal n.º 74.179 de 14/06/74)

Parecer n.º 329/2007

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo n.º 4192/2007 sob a responsabilidade de **Andréia Mara Ângelo Gonçalves Luiz** com o título "Intervenção cognitivo-comportamental em grupo para crianças obesas e seus pais", está de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 10 de setembro de 2007.


Prof. Dr. Antonio Carlos Pires
Coordenador do CEP/FAMERP