

# RESPOSTAS DE ESTRESSE E *COPING* EM ADOLESCENTES COM EXCESSO DE PESO

**Michelle Lyrio Tabachi Volpato**

*Universidade Federal do Espírito Santo*

**Alessandra Brunoro Motta**

*Universidade Federal do Espírito Santo*

Recebido em: 30/08/2019

1ª revisão em: 03/06/2020

2ª. revisão em: 16/02/2021

Aceito em: 03/05/2021

## RESUMO

A obesidade é uma doença crônica de origem multicausal e demanda tratamento multidisciplinar. Ter uma doença crônica pode acarretar diversos estressores, especialmente em adolescentes, e o uso de estratégias de *coping* pode contribuir para o manejo da adversidade. O estudo investigou o *coping* em adolescentes com excesso de peso. Para tanto, foram entrevistados 14 adolescentes com idades entre 11 e 17 anos ( $M = 14,77$ ), que compuseram a amostra. Os instrumentos utilizados foram: Questionário sociodemográfico e Questionário de Resposta ao Estresse – excesso de peso (RSQ) e os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. A presença do excesso de peso desde a infância indica maior respostas ao estresse. O uso de estratégias de *coping* adaptativas foi identificado, contribuindo para melhor ajuste dos adolescentes frente ao excesso de peso. A pesquisa permitiu a ampliação do conhecimento sobre mecanismos do *coping* relacionados ao excesso de peso em adolescentes.

**Palavras-chave:** obesidade; adaptação psicológica; psicologia do desenvolvimento.

# STRESS AND COPING RESPONSES IN OVERWEIGHT TEENS

## ABSTRACT

Obesity is a chronic disease of multicausal origin and demands multidisciplinary treatment. Having a chronic disease can lead to several stressors, especially in adolescence, and the use of coping strategies can contribute to the management of adversity. The study investigated coping in adolescents with excess weight. 14 adolescents aged 11 to 17 years ( $M = 14.77$ ) composed the sample. The instruments used were: Sociodemographic Questionnaire and Stress Response Questionnaire - overweight (RSQ) and the data were analyzed using descriptive statistics. The presence of overweight since childhood indicates greater responses to stress. The use of adaptive coping strategies was identified, contributing to a better fit of adolescents in relation to overweight. The research allowed the expansion of knowledge about coping mechanisms related to overweight in adolescents.

**Keywords:** obesity; psychological adaptation; developmental psychology.

## Estrés y respuestas de afrontamiento en adolescentes con sobrepeso

### RESUMEN

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multicausal y requiere tratamiento multidisciplinario. Tener una enfermedad crónica puede provocar varios factores estresantes, especialmente en la adolescencia, y el uso de estrategias de afrontamiento puede contribuir al manejo de la adversidad. El estudio investigó el afrontamiento en adolescentes con exceso de peso. 14 adolescentes de 11 a 17 años ( $M = 14.77$ ) compusieron la muestra. Cuestionario sociodemográfico y cuestionario de respuesta al estrés: el sobrepeso (RSQ) y los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. La presencia de sobrepeso desde la infancia indica mayores respuestas al estrés. Se identificó el uso de estrategias adaptativas de afrontamiento, lo que contribuye a una mejor adaptación de los adolescentes en relación con el sobrepeso. La investigación permitió la expansión del conocimiento sobre los mecanismos de afrontamiento relacionados con el sobrepeso en adolescentes.

**Palabras clave:** obesidad; adaptación psicológica; psicología del desarrollo.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que o excesso de peso é definido pelo excesso de gordura corporal, sendo caracterizado pelo índice de massa corporal (IMC), que é calculado a partir da razão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medido em metros) (World Health Organization [WHO], 2020). A principal causa da obesidade é o consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares associado ao baixo gasto calórico devido ao sedentarismo, gerando um desequilíbrio entre o consumo e gasto energético (WHO, 2020).

Estima-se que 340 milhões de crianças e adolescentes, com idade entre cinco e 19 anos, estão com sobrepeso ou obesidade (WHO, 2020). Destaca-se que entre os anos de 1975 e 2016 a prevalência do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes do mundo teve um aumento significativo, passando de 4% para 18% (WHO, 2016). No Brasil, os dados mais recentes foram gerados a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) referente ao ano de 2015. A pesquisa foi realizada a partir de parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde (MS), com apoio do Ministério da Educação (MEC), e contou com a participação de 10926 adolescentes escolares matriculados do 6º ao 9º ano do ensino fundamental e do 1º ao 3º ano do ensino médio, em escolas públicas e privadas, situadas em zonas urbanas e rurais de todo o território brasileiro. Esses adolescentes tinham idade entre 13 a 17 anos. Os dados estimaram que 23,7% e 7,8% dos adolescentes estavam, respectivamente, com sobrepeso e obesidade (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2016).

Dados epidemiológicos atuais têm colocado a obesidade como um fator de risco para uma série de outras doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares, doenças musculoesqueléticas e câncer, podendo comprometer seriamente a saúde das crianças e adolescentes que sofrem com a doença (Bloch et al., 2016; WHO, 2016). Além de consequências para a saúde física, a obesidade também afeta a saúde mental e pode contribuir para o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais como depressão, dificuldades de socialização, problemas escolares e estigmatização (Spruijt-Metz, 2011; WHO, 2016).

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

A atenção dada aos efeitos do excesso de peso em etapas iniciais do desenvolvimento, como a infância e adolescência, justifica-se pelo fato de que, quando não tratada da forma adequada inicialmente, o prognóstico da obesidade é menos favorável na vida adulta (Whitaker et al., 1997; WHO, 2016). Experiências estressoras, como doenças crônicas, são fontes de estresse para as crianças e adolescentes (Compas et al., 2012; Grant et al., 2003). Diante do diagnóstico de uma doença crônica, crianças e adolescentes passam por uma fase inicial de estresse agudo e, ao longo do tratamento prolongado, precisam lidar com uma gama de estressores relacionados à recuperação da saúde e chances de sobrevivência, por exemplo, aumentando a exposição ao estresse (Compas et al., 2012).

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

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

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

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

Ainda dentro da estrutura proposta pelos autores, outras três dimensões de respostas de *coping* se diferenciam entre as seguintes categorias: (a) *coping* de controle primário, (b) *coping* de controle secundário e (c) *coping* desengajado. As estratégias de *coping* de controle primário alteram diretamente a fonte do estresse (uso da estratégia de resolução de problemas, por exemplo) ou a resposta emocional ao estressor (como a regulação emocional). O *coping* de

controle secundário reúne estratégias de adaptação às situações de estresse (por exemplo, a aceitação e o pensamento positivo) (Compas et al., 2001, 2012; Connor-Smith et al., 2000). Por fim, entre as dimensões propostas, o *coping* desengajado envolve a evitação ou distanciamento do indivíduo da fonte do estresse, seja através do distanciamento comportamental ou cognitivo ou pelo uso de estratégias como evitação e negação (Compas et al., 2001, 2012; Connor-Smith et al., 2000).

Estudos sobre o *coping* têm sido desenvolvidos no contexto de doenças crônicas como diabetes, anemia falciforme e câncer (Compas et al., 2012). No entanto, ainda são escassos os trabalhos que investigam o *coping* em adolescentes com excesso de peso (Vet et al., 2014). No Brasil, estudos recentes investigaram as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores de crianças obesas (Cunha, 2017) e por crianças e adolescentes com excesso de peso (Bellodi, 2018).

No estudo de Cunha (2017), os cuidadores de crianças com sobrepeso e obesidade referiram diversos estressores relacionados ao tratamento da obesidade, a saber: o controle alimentar, o filho não fazer atividade física, não encontrar vestimenta adequada para as crianças, preocupações com bullying, estado de saúde da criança, lidar com o comportamento ansioso da criança, preocupação com o peso e falta de apoio familiar. De acordo com a autora, apesar da percepção desses estressores, os cuidadores referiram estratégias de *coping* adaptativas, como a resolução de problemas, busca de suporte e busca de informação.

Estratégias de *coping* adaptativas também foram referidas pelos cuidadores de crianças com excesso de peso que compuseram a amostra do estudo de Bellodi (2018). De outro lado, a análise do respostas e enfrentamento ao estresse das crianças e adolescentes mostrou a presença de estratégias de *coping* mal adaptativas. Para a autora, apesar dos cuidadores se engajarem em estratégias adaptativas, orientando corretamente seus filhos sobre hábitos saudáveis, eles não fornecem modelos adequados, uma vez que apresentam IMC acima do normal e não praticam atividade física.

Inserido no campo da Psicologia da Saúde, este estudo se mostra relevante por ampliar a compreensão sobre as estratégias de *coping* que adolescentes utilizam para lidar com o excesso de peso. Entendendo o *coping* como um processo autorregulatório, adota-se uma perspectiva desenvolvimentista do processo de enfrentamento ao estresse.

A ocorrência da obesidade nesse período do desenvolvimento pode representar maior fonte de estresse para o adolescente, uma vez que ele precisará manejar as demandas de uma condição crônica, tais como tempo prolongado de tratamento e mudança no estilo de vida (Compas et al., 2012). Tais demandas se somam àquelas típicas do desenvolvimento do adolescente, podendo repercutir sobre sua autoestima e relacionamentos interpessoais.

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

Nesse contexto, entende-se que a compreensão do processo de enfrentamento ao estresse (*coping*) em adolescentes com excesso de peso pode fornecer informações para subsidiar a prevenção, manejo e/ou tratamento do excesso de peso do adolescente. Este ponto destaca a relevância social deste estudo, que tem como objetivo identificar e descrever estressores e estratégias de *coping* de adolescentes com excesso de peso.

## MÉTODO

Este estudo adotou um delineamento descritivo, transversal, com abordagem quantitativa dos dados. Foi composta uma amostra por conveniência, recrutada em um hospital público, referência no atendimento de adolescentes e, também, por meio de divulgação da pesquisa em redes sociais.

## PARTICIPANTES

Participaram do estudo 14 adolescentes, com idade entre 11 e 17 anos, de ambos os sexos, que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo, a saber: apresentar índice de massa corporal (IMC) equivalente à condição de sobrepeso (escore  $z \geq +1$  e  $< +2$ ) ou obesidade (escore  $z \geq +2$ ); ter idade entre 11 e 17 anos, de modo a atender ao critério normativo do instrumento utilizado. O uso de medicamentos para perda de peso e a existência de transtornos do desenvolvimento ou neurológico capazes de limitar a compreensão ou preenchimento dos instrumentos propostos, foram considerados critérios de exclusão para a pesquisa.

## INSTRUMENTOS

Após o consentimento do adolescente e seu responsável na participação do estudo, os adolescentes responderam os seguintes instrumentos:

### FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO ADOLESCENTE

Composta por dados como idade, sexo, peso, altura, tempo de uso de telas (televisão, tablet, celular e computador) realização de atividade física, existência de excesso de peso na infância.

## RESPONSE TO STRESS QUESTIONNAIRE – VERSÃO EXCESSO DE PESO (RSQ-EP)

O instrumento para avaliar o  *coping*  foi o Response to Stress Questionnaire (RSQ), desenvolvido por Connor-Smith et al. (2000) e utilizado para avaliar as respostas de  *coping*  e de estresse em crianças e adolescentes frente a um evento ou domínio específico que é fonte de estresse. Por não haver uma versão com estressores relacionados ao excesso de peso, foi solicitada autorização para a adaptação do instrumento. Esta solicitação foi dirigida ao  *Stress and Coping Research Lab*  (<https://my.vanderbilt.edu/stressandcoping/people/bruce-compas-ph-d/>), coordenado por Bruce Compas, um dos autores do instrumento. Além da autorização, o referido laboratório orientou a adaptação a partir da versão do RSQ para crianças e adolescentes com diabetes, já existente, que foi enviada juntamente com as diretrizes para o processo de tradução/retrotradução e análise dos dados. A versão com estressores adaptados para o excesso de peso (RSQ-EP) e traduzida para o português foi enviada ao laboratório que, após avaliação da retrotradução, concedeu a autorização para uso na pesquisa.

A versão do RSQ para excesso de peso compôs 11 itens referentes aos estressores, como: “Outras pessoas perguntando sobre o meu peso” e “Preocupar-se com o que vestir”. Há uma última opção em que o respondente pode referir um estressor que não tenha sido listado. Em cada item, é solicitado que a pessoa informe o quanto o item representa um estressor para ela. A resposta é fornecida em uma escala Likert de quatro pontos, variando de nunca a muito.

Em seguida, são apresentados 57 itens referentes às respostas e estratégias de enfrentamento ao estresse. Esses itens compõem uma estrutura com cinco fatores, sendo três deles em relação ao  *coping* , a saber: (a)  *Coping*  de Controle Primário, que visa alterar a situação estressora ou a emoção desencadeada por ela; (b)  *Coping*  de Controle Secundário, que se refere a adaptação à situação estressora; e (c) Desengajamento, que busca se afastar do estressor de forma intencional, e inclui respostas de evitação. Os outros dois fatores se referem a respostas involuntárias ao estresse: (d) Engajamento Involuntário, que se diferencia por configurar respostas que vão na direção do estressor, ou que se aproximam dele; e (e) Desengajamento Involuntário, que se refere a respostas de estresse que se afastam do estressor. As respostas também são fornecidas em uma escala Likert, de quatro pontos, em que nunca = 1, às vezes = 2, quase sempre = 3 e sempre = 4. O RSQ apresenta indicadores favoráveis de consistência interna para os cinco fatores, obtidos em amostras com quatro versões diferentes do instrumento referente a estresse social, conflito familiar, tensão econômica e dor, com valores de alpha de Cronbach para as referidas versões iguais a 0,81, 0,87, 0,85 e 0,80, respectivamente (Connor-Smith et al., 2000).

## PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e maio de 2019, a partir do recrutamento dos participantes no hospital e em redes sociais. Para os adolescentes recrutados no hospital, a coleta ocorreu no ambulatório, em sala cedida para fins de pesquisa. No caso de daqueles que estavam internados, a coleta ocorreu no próprio leito. Já para os adolescentes recrutados em redes sociais, realizou-se um contato inicial com o pai/responsável para agendamento da coleta dos dados, que ocorreu em um consultório particular de Psicologia, cedido exclusivamente para a pesquisadora com a finalidade de coleta de dados, localizado na cidade de Vitória, ES.

Em todos os ambientes de coleta de dados, foram adotadas as mesmas etapas procedimentais. Inicialmente, a pesquisadora buscou estabelecer um *rapport* com o adolescente e responsável, com a finalidade de proporcionar um contexto agradável e seguro para a coleta dos dados. Na sequência, a pesquisa foi apresentada, acompanhada da leitura dos Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao final da leitura, buscou-se esclarecer eventuais dúvidas referentes à pesquisa e solicitou-se a assinatura dos termos, no caso de concordância com a participação. Os responsáveis assinaram o TCLE e os adolescentes, o TALE. Por fim, os instrumentos da pesquisa foram aplicados individualmente, em uma única etapa, com duração média de 40 minutos. Este estudo cumpriu os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (Parecer nº. 3.101.140).

## ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida dos adolescentes foram submetidos à análise estatística descritiva, por meio do cálculo de frequência, proporção, média e desvio-padrão. Para a análise dos dados do RSQ utilizou-se os comandos da sintaxe do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), disponibilizada pelos responsáveis pelo uso do instrumento. Esta sintaxe gera pontuações de proporção para as cinco dimensões de respostas de enfrentamento ao estresse do RSQ. Os dados gerados também foram submetidos à análise estatística descritiva, por meio do cálculo das médias e desvios-padrões das respostas obtidas.

## RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que os adolescentes que participaram do estudo tinham média de idade igual a 14,77 anos [Desvio Padrão (DP) = 1,76], sendo que a maioria era do sexo masculino (n = 8, 57,1%). O escore z, que representa o número de desvios-padrão do dado obtido referente à classificação do peso dos participantes (sobrepeso = escore  $z > +1$  e  $< +2$ ; obesidade = escore  $z \geq +2$ ), obteve média de 2,58 (DP = 0,61), tendo variado entre 1,27 e 3,72, de modo que

apenas um participante entrou na classificação de sobrepeso; os demais foram classificados como obesidade. Em relação à realização de tratamento para excesso de peso, 71,4% dos adolescentes faziam algum tipo de tratamento para obesidade na ocasião do estudo, enquanto 28,6% não faziam tratamento específico para essa finalidade.

### Tabela 1

#### Dados de caracterização dos adolescentes (N = 14)

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

A presença de comorbidades foi observada em 35,7% dos adolescentes, que apresentaram doenças relacionadas à obesidade, como: pressão arterial elevada (60%), dislipidemia (40%), pré-diabetes (40%), esteatose hepática (20%) e dor articular no joelho (20%). Em relação à realização de atividade física, 64,3% dos adolescentes se consideravam ativos, ou seja, praticavam algum tipo de atividade física semanal. O tempo de tela foi estimado pelo uso diário de TV, computador, celular e videogame. A este respeito, os adolescentes referiram uma média de 5,36 (DP = 2,92) horas, sendo que o tempo mínimo de uso de telas foi de 2 horas e o tempo máximo de 12 horas diárias. Por fim, 57,1% dos adolescentes relataram apresentar excesso de peso desde a infância.

Os dados obtidos a partir do RSQ permitiram conhecer os eventos estressores referidos pelos adolescentes em relação ao excesso de peso (Tabela 2), bem como as estratégias de *coping* e respostas ao estresse (Tabela 3). Em relação aos estressores, a Tabela 2 mostra que para os adolescentes desse estudo, o evento que apresentou maior média foi "Preocupar-se com o que vestir" (Média = 2,64) e o evento com menor média foi "Faltar na escola por sofrer *bullying*" (M = 1,43). A média total de estressores dos adolescentes no RSQ foi 2,11 (DP = 0,65).

**Tabela 2**

**Medidas de dispersão dos eventos estressores medidos pelo RSQ (n = 14)**

Eventos estressores relacionados ao excesso de peso	Nunca n (%)	Pouco n (%)	Bastante n (%)	Muito n (%)	Média (DP)
Sentir-se diferente das outras crianças.	5 (35,7)	4 (28,6)	2 (14,3)	3 (21,4)	2,21 (1,19)
Lidar com os cuidados do sobrepeso/obesidade (ex.: prestar atenção nos alimentos que eu como, na quantidade que eu como).	3 (21,4)	6 (42,9)	4 (28,6)	1 (7,1)	2,21 (0,89)
Sentir-se culpado ou chateado por "números ruins" (por exemplo, não perder peso ou ganhar peso).	4 (28,6)	4 (28,6)	2 (14,3)	4 (28,6)	2,43 (1,22)
Ter que ir a consultas médicas com frequência.	5 (35,7)	1 (7,1)	6 (42,9)	2 (14,3)	2,36 (1,15)
Outras pessoas perguntando sobre o meu peso.	5 (35,7)	3 (21,4)	2 (14,3)	4 (28,6)	2,36 (1,28)
Meus pais me aborrecendo para eu cuidar de mim	4 (28,6)	3 (21,4)	5 (35,7)	2 (14,3)	2,36 (1,08)

mesmo.					
Faltar na escola por sofrer <i>bullying</i> .	12 (85,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (14,3)	1,43 (1,09)
Ver a minha família se preocupar comigo.	6 (42,9)	3 (21,4)	4 (28,6)	1 (7,1)	2,00 (1,04)
Não entender o que os médicos ou profissionais da saúde falam sobre o meu excesso de peso/obesidade.	5 (35,7)	5 (35,7)	0 (0,0)	4 (28,6)	2,21 (1,25)
Preocupar-se com o que vestir.	5 (35,7)	2 (14,3)	0 (0,0)	7 (50,0)	2,64 (1,45)
Média dos estressores					2,11 (0,65)

A Tabela 3 exibe os resultados do  *coping*, também obtidos por meio do RSQ. O RSQ avaliou os três fatores do  *coping*: Engajamento por *Coping* de Controle Primário, Engajamento por *Coping* de Controle Secundário e Desengajamento; assim como os dois fatores de respostas involuntárias ao estresse: Engajamento Involuntário e Desengajamento Involuntário.

**Tabela 3**

**Média de respostas de  *coping* e resposta ao estresse medidas pelo RSQ (N = 14)**

Respostas de <i>Coping</i> e respostas ao estresse	Média (DP)
Respostas de <i>Coping</i>	
Engajamento por <i>Coping</i> de Controle Primário	0,16 (0,03)
Solução de problemas	0,05 (0,02)
Regulação emocional	0,05 (0,01)
Expressão emocional	0,06 (0,02)
Engajamento por <i>Coping</i> de Controle Secundário	0,25 (0,07)
Pensamento positivo	0,06 (0,01)
Reestruturação cognitiva	0,05 (0,02)
Aceitação	0,07 (0,03)
Distração	0,06 (0,02)
Desengajamento	0,16 (0,02)
Negação	0,05 (0,02)
Evitação	0,05 (0,01)

Pensamento fantasioso	0,06 (0,01)
Respostas ao estresse	
Engajamento Involuntário	0,24 (0,06)
Ruminação	0,05 (0,02)
Pensamentos intrusivos	0,05 (0,01)
Excitação emocional	0,05 (0,01)
Excitação fisiológica	0,04 (0,01)
Ação involuntária (impulsiva)	0,05 (0,01)
Desengajamento Involuntário	0,18 (0,04)
Entorpecimento emocional	0,05 (0,01)
Fuga	0,04 (0,01)
Paralisação	0,04 (0,01)
Interferência cognitiva	0,05 (0,01)

O fator Engajamento por *Coping* de Controle Secundário, que reflete o uso de estratégias de adaptação ao estressor, foi o mais referido pelos adolescentes, com média igual a 0,25 (DP = 0,07). Sobre as respostas involuntárias ao estresse, o fator Engajamento Involuntário apresentou maior média (M = 0,24; DP = 0,06). As menores médias foram observadas nos fatores Engajamento por *Coping* de Controle Primário, com média igual a 0,16 (DP = 0,03) e Desengajamento, também com média igual a 0,16 (DP = 0,02).

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

## DISCUSSÃO

Em relação à caracterização dos participantes, verificou-se que a maioria dos adolescentes estava realizando tratamento para obesidade, o que era esperado, uma vez que a amostra foi recrutada em um ambulatório de referência no atendimento de adolescentes, que eram acompanhados por equipe médica. A presença de comorbidades, como hipertensão, é mais alta em adolescentes obesos do que em adolescentes com sobrepeso ou eutrófico (Bloch et al., 2016; Dietz, 1998) e, também, preditora de problemas como pressão arterial na vida adulta. A maior obesidade em adolescentes aumenta os riscos de complicações

relacionadas ao excesso de peso, como a presença de comorbidades na vida adulta.

Outras características dos adolescentes foram obtidas, como o histórico de excesso de peso, o tempo de tela e a prática de atividade física. No caso do histórico de excesso de peso, mais da metade da amostra dos adolescentes (57,1%) relatou excesso de peso desde a infância. Este dado é relevante, uma vez que estar acima do peso nesta fase da vida representa maior risco de permanecer obeso na vida adulta (Whitaker et al., 1997).

A este risco, soma-se o tempo médio de uso de tela pelos adolescentes, que foi de 5,36 horas, mais do que o dobro da recomendação feita por entidades de Pediatria no Brasil e no mundo, que é de 2 horas diárias (Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP], 2016; Strasburger et al., 2011). O aumento do uso de tempo de tela por crianças e adolescentes tem sido investigado desde a década de 1980 e tem se relacionado ao maior risco para obesidade nessa população. Isso ocorre em razão do tempo de tela estar associado ao aumento da ingestão energética, devido a alimentação realizada enquanto se faz uso de mídias, aos anúncios de publicidade de *fast foods* veiculados nas mídias e também a alterações na quantidade de sono nessa população (Miller et al., 2017; Robinson et al., 2017).

De outro lado, em uma perspectiva mais protetiva, verificou-se que a maioria dos adolescentes referiu realizar atividade física. A prática de atividade física é consolidada como um pilar para o tratamento da obesidade (World Health Organization (WHO), 2004), além de considerada pelos adolescentes como prática promotora de saúde e de corpos atrativos (Sundar et al., 2018).

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

"Sentir-se culpado ou chateado por "números ruins" (por exemplo, não perder peso ou ganhar peso)" também foi o evento estressor mais relatado pelos adolescentes, e corrobora com os achados de outros estudos que utilizaram o RSQ, desta vez para o contexto de outra doença crônica, a diabetes mellitus tipo 1 em adolescentes (Compas et al., 2012; Victório et al., 2019). Além de ambas serem doenças crônicas, a diabetes tipo 1 e obesidade também se assemelham

por frequentemente demandarem o monitoramento do que é ingerido e o maior controle dos pais em relação aos cuidados em saúde dos adolescentes, podendo contribuir para o aumento do estresse (Compas et al., 2012).

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

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

Os estressores referidos pelos adolescentes podem adquirir a característica de cronicidade, representando ameaça a sua saúde física e psicológica (Grant et al., 2003). Isso pode ser visto na maior vulnerabilidade de crianças e adolescentes com obesidade sofrerem com depressão, baixa autoestima e piora da qualidade de vida (APA, 2018). A exposição ao estresse em longo prazo pode promover mais respostas desadaptativas e que podem afetar a adesão ao tratamento (Aparicio et al., 2016; Grant et al., 2003). Por esta razão, a compreensão sobre suas estratégias de enfrentamento é de extrema relevância para o direcionamento da intervenção psicológica junto a esta população.

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

Em relação às respostas involuntárias ao estresse, o Engajamento Involuntário se destacou. Nenhuma estratégia utilizada nessa dimensão se sobressaiu pela utilização, ou seja, a ruminação, a excitação emocional e os pensamentos intrusivos foram amplamente referidos. Apesar do uso dessas estratégias refletir respostas de base emocional e biológica, elas também podem contribuir ou

compelir no desfecho de respostas de enfrentamento, que são voluntárias (Connor-Smith et al., 2000).

A menor proporção de Desengajamento Involuntário mostra-se consistente, pois uma vez que os adolescentes refiram engajamento, não são esperadas respostas de afastamento do estressor, tipicamente descritas pela fuga e paralisação. Percebe-se a composição de um perfil adaptativo no enfrentamento ao estresse, nos adolescentes desse estudo. As respostas de Desengajamento Involuntário foram menos relatadas, sendo que quanto maior uso das respostas involuntárias ao estresse, menor o uso de estratégias voluntárias, como o *coping* (Compas et al., 1997). Assim, no encontro com o estressor, as respostas involuntárias podem se fazer presentes inicialmente para que, em um segundo momento, deem lugar a estratégias voluntárias e engajadas no manejo do estressor.

A controlabilidade objetiva ou percebida de um estressor poderá determinar a eficácia das estratégias de *coping* utilizadas (Compas et al., 2012). Como uma doença crônica, a obesidade pode ser entendida como de baixa controlabilidade, uma vez que é uma doença que tem duração prolongada, não se resolve espontaneamente e não tem cura completamente (Compas et al., 2012).

Os resultados obtidos no presente estudo corroboram com outros estudos sobre doenças crônicas e *coping* em adolescentes, que consideram o maior uso de *coping* de controle secundário como melhor estratégia para promover ajuste frente a uma doença crônica (Compas et al., 2012). Isto pode ser explicado pelos aspectos de incontabilidade das doenças crônicas, de modo que parece ser mais efetivo o uso de estratégias de adaptação a fonte de estresse, como o caso das estratégias de *coping* de controle secundário, mais do que o uso de estratégias que atuam diretamente na alteração da situação estressora.

A compreensão sobre como os adolescentes lidam com a obesidade do ponto de vista do *coping*, pode fornecer subsídios para o desenvolvimento de intervenções visando melhor adaptação dessa população em relação a doença e ao tratamento, contribuindo para melhores desfechos na saúde física e emocional. Pode-se concluir que respostas de *coping* fazem parte de processos de regulação que utilizam estratégias para lidar com emoções ou estressores, buscando melhor adaptação do indivíduo à situação enfrentada. Estes processos também podem se alterar com o passar do tempo, pois não são imutáveis e também podem ocorrer antes do estressor, de modo a reduzir o impacto do estresse sobre o indivíduo (Compas et al., 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou investigar os estressores relacionados ao excesso de peso percebidos por adolescentes, bem como suas estratégias de enfrentamento. Para ampliar a investigação, características pessoais desses adolescentes foram obtidas. Os achados revelaram características que representam maior

vulnerabilidade, como o tempo de tela elevado e o histórico de sobrepeso na infância, mas mostraram também que esses adolescentes praticam atividades físicas, o que se configura como um hábito saudável. Sobre os estressores, eles estão presentes, mas há predominância de estratégias de enfrentamento engajadas, com *coping* de controle secundário acompanhado por respostas involuntárias.

A interpretação desses achados deve considerar as limitações do estudo. A primeira delas se refere ao tamanho da amostra, que limitou a realização de análises inferenciais para verificar diferenças de gênero, por exemplo. Além disso, o tamanho da amostra também impediu a verificação de indicadores de consistência interna do RSQ, após a adaptação para o contexto do excesso de peso. Outra limitação do estudo se refere aos dados provenientes de autorrelato, especialmente aqueles relacionados às medidas antropométricas. Nesse caso, o autorrelato da altura e peso pelos adolescentes pode não ser confiável, por não saberem com precisão essas informações e, também, por se tratar de algo socialmente desejável para a pesquisa.

Com base nessas limitações e na relevância dos achados do estudo, investigações futuras podem ampliar a amostra e adotar delineamentos longitudinais, especialmente, para os adolescentes que estão em tratamento multidisciplinar. Estudos dessa natureza poderiam esclarecer se estressores mudam ao longo do tratamento e como os adolescentes respondem diferencialmente a eles.

A despeito das limitações referidas, considera-se que achados do estudo contribuem para ampliar a compreensão do processo de *coping* de adolescentes com excesso de peso, esclarecendo sobre os estressores percebidos e as estratégias de enfrentamento. Nesse sentido, tais achados podem subsidiar futuras intervenções visando à adaptação psicológica frente a doença crônica que é a obesidade, contribuindo para as demais dimensões da assistência multidisciplinar oferecida a esta população. Isso porque o *coping* não é um processo inflexível, e o indivíduo pode aprender e se beneficiar de estratégias mais adaptativas, promotoras de hábitos mais saudáveis, de manejo de estresse e que proporcionem melhor adesão ao tratamento visando o combate à obesidade.

## REFERÊNCIAS

- American Psychological Association, Clinical Practice Guideline Panel. (2018). *Clinical practice guideline for multicomponent behavioral treatment of obesity and overweight in children and adolescents: Current state of the evidence and research needs*. Recuperado de <http://www.apa.org/obesity-guideline/obesity.pdf>.
- Aparicio, E., Canals, J., Arija, V., De Henauw, S., & Michels, N. (2016). The role of emotion regulation in childhood obesity: Implications for prevention and treatment. *Nutrition Research Reviews*, 29(1), 17–29. <https://doi.org/10.1017/S0954422415000153>.
- Bellodi, A. C. (2018). *Obesidade em crianças e adolescentes: temperamento, estresse, coping e risco psicossocial familiar*. (Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas). Recuperado de <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/1054>.

- Bloch, K. V., Klein, C. H., Szklo, M., Kuschnir, M. C. C., Abreu, G. de A., Barufaldi, L. A., Veiga, G. V., Schaan, B., Da Silva, T. L. N., Moraes, A. J. P., Borges, A. L., Oliveira, A. M. A., Tavares, B. M., Oliveira, C. L., Cunha, C. F., Giannini, D. T., Belfort, D. R., Santos, E. L., Leon, E. B., ... Goldberg, T. B. L. (2016). ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 50(supl 1), 1s-12s. doi: <https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006685>.
- Compas, B., Connor, J., Osowiecki, D., & Welch, A. (1997). Effortful and Involuntary Responses to Stress: Implications for *Coping with Chronic Stress*. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with Chronic Stress* (pp. 105–132). New York: Springer.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127. doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M. A., & Williams, E. K. (2013). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Australian Journal of Psychology*, 66(2), 71–81. doi: <https://doi.org/10.1111/ajpy.12043>.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455–480. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976–992. doi: <https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.6.976>
- Cunha, K. da S. (2017). *Relações entre risco psicossocial familiar, coping do tratamento da obesidade infantil e controle parental da alimentação*. (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas). Recuperado de <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/935>.
- Dahl, R. E., & Conway, A. M. (2009). Self-Regulation and the Development of Behavioral and Emotional Problems: Toward an Integrative Conceptual and Translational Research Agenda. In S. L. Olson & A. J. Sameroff (Eds.), *Biopsychosocial Regulatory Processes in the Development of Childhood Behavioral Problems* (pp. 290–318). New York: Cambridge University Press.
- Dietz, W. (1998). Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101, 518–525. doi:<https://doi.org/10.1542/peds.101.3.S1.518>.
- Dixey, R., Sahota, P., Atwal, S., & Turner, A. (2001). “Ha ha, you’re fat, we’re strong”; a qualitative study of boys’ and girls’ perceptions of fatness, thinness, social pressures and health using focus groups. *Health Education*, 101(5), 206–216. doi: <https://doi.org/10.1108/EUM0000000005644>.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and Child and Adolescent Psychopathology: Moving From Markers to Mechanisms of Risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447–466. doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.447>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2016). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015*. doi: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>.
- Miller, A. L., Dawson, L., & Welker, E. (2017). Stress in early life and childhood obesity risk. *Healthy Eating Research*, (June). Recuperado de [https://healthyeatingresearch.org/wp-content/uploads/2017/06/her\\_stress\\_obesity\\_5-30.pdf](https://healthyeatingresearch.org/wp-content/uploads/2017/06/her_stress_obesity_5-30.pdf)
- Oliveira, T. R. P. R. de, Cunha, C. de F., Ferreira, R. A., & Marques, C. G. R. (2016). Como adolescentes percebem a obesidade e seu tratamento: uma abordagem através de grupos focais. *Adolescência & Saúde*, 13, 55–63. Recuperado de: [http://adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=569](http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=569)
- Puhl, R. M., & Luedicke, J. (2012). Weight-Based Victimization Among Adolescents in the School Setting: Emotional Reactions and Coping Behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(1), 27–40. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9713-z>.
- Sociedade Brasileira de Pediatria [SBP]. (2016). *Saúde da criança e do adolescente na era digital*. Recuperado de <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2016/11/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf>

- Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming-Milici, F., Calvert, S. L., & Wartella, E. (2017). Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 140(Supplement 2), S97–S101. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758k>.
- Scott, K. A., Melhorn, S. J., & Sakai, R. R. (2012). Effects of Chronic Social Stress on Obesity. *Current Obesity Reports*, 1(1), 16–25. doi: <https://doi.org/10.1007/s13679-011-0006-3>.
- Spruijt-Metz, D. (2011). Etiology, Treatment, and Prevention of Obesity in Childhood and Adolescence: A Decade in Review. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 129–152. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00719.x>.
- Strasburger, V. C., Mulligan, D. A., Altmann, T. R., Brown, A., Christakis, D. A., Clarke-Pearson, K., ... Noland, V. L. (2011). Policy statement - Children, adolescents, obesity, and the media. *Pediatrics*, 128(1), 201-208. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1970>.
- Sundar, T. K. B., Løndal, K., Lagerløv, P., Glavin, K., & Helseth, S. (2018). Overweight adolescents' views on physical activity – experiences of participants in an internet-based intervention: a qualitative study. *BMC Public Health*, 18(1), 1-10. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5324-x>.
- Swinburn, B., & Egger, G. (2002). Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity Reviews*, 3(4), 289–301. doi: <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1467-789X.2002.00082.x>.
- Victório, V. M. G., Andrade, A. L. M. S., Silva, A. M. B. da S., Machado, W. de L., & Enumo, S. R. F. (2019). Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Estresse, Coping e Adesão ao Tratamento. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 63–75. doi: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p63-75>.
- Vet, E. De, Ridder, D. De, Stok, M., Brunso, K., Baban, A., & Gaspar, T. (2014). Assessing self-regulation strategies: Development and validation of the Tempest Self-regulation Questionnaire for Eating ... Assessing self-regulation strategies: development and validation of the tempest self-regulation questionnaire for eating ( TESQ-, (November 2016), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12966-014-0106-z>.
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., & Dietz, W. H. (1997). Predicting Obesity in Young Adulthood From Childhood. *The New England Journal of Medicine*, 337(13), 869–873. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJM199709253371301>.
- World Health Organization [WHO]. (2004). *Global strategy on diet, physical activity, and health*. Recuperado de [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf).
- World Health Organization. (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259349/WHO-NMH-PND-ECHO-17.1-eng.pdf?sequence=1>.
- World Health Organization. (2020). *Overweight and obesity. Fact Sheets*. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

## CONFLITOS DE INTERESSES

Não há conflitos de interesses.

## FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

## SOBRE OS AUTORES

Michelle é psicóloga pela Universidade de Vila Velha, mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Trabalha na linha Processos de desenvolvimento e obesidade.

E-mail: m.tabachi@gmail.com

 <http://orcid.org/0000-0002-6362-094X>

Alessandra é psicóloga pela Universidade Federal do Espírito Santo, mestre e doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Trabalha na linha Processos de desenvolvimento e aprendizagem.

E-mail: [alessandrabmotta@yahoo.com.br](mailto:alessandrabmotta@yahoo.com.br)

 <https://orcid.org/0000-0003-1162-185X>