



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Márcia Filipa Laranjeira Fernandes

Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica na Obesidade Infantil ao nível do auto-conceito, das estratégias de *coping* e do comportamento alimentar das crianças e dos pais



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Márcia Filipa Laranjeira Fernandes

Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica na Obesidade Infantil ao nível do auto-conceito, das estratégias de *coping* e do comportamento alimentar das crianças e dos pais

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob a orientação da
Prof. Doutora Sónia Gonçalves

Outubro de 2011

DECLARAÇÃO

Nome: Márcia Filipa Laranjeira Fernandes

Endereço electrónico: marcialffernandes@hotmail.com **Telefone:** 919475943

Nº de Cartão de Cidadão: 13441190 0 ZZ5

Título da Tese de Mestrado:

Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica na Obesidade Infantil ao nível do auto-conceito, das estratégias de *coping* e do comportamento alimentar das crianças e dos pais

Orientador:

Prof. Doutora Sónia Gonçalves

Designação do Mestrado:

Mestrado Integrado em Psicologia Clínica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que me acompanharam e permitiram que este trabalho fosse possível, pois só com o apoio e incentivo da vossa parte foi possível atingir os objetivos propostos. Agradeço assim:

À minha orientadora, Professora Doutora Sónia Gonçalves, que sempre me apoiou e orientou nesta longa caminhada; pelo seu precioso acompanhamento, constante disponibilidade, dedicação e paciência...

À Professora Doutora Henedina Antunes por todo o apoio proporcionado ao longo da recolha da amostra clínica...

Aos professores do Mestrado Integrado em Psicologia, por todos as aprendizagens adquiridas...

Ao Hospital Escala Braga por ter permitido a realização deste estudo e, fundamentalmente, a todas as crianças/adolescentes que participaram neste estudo, e sem os quais não seria possível a sua concretização...

Aos meus pais por todo o amor, pela paciência, pela sua presença e segurança e por me apoiarem nos momentos mais difíceis desta longa caminhada...

Ao Luís, por me mostrar o que a vida tem de melhor, por todo amor, pelo apoio... Pela partilha de momentos...

À Sandra, à Dani, à Celine e ao Zé Luís por todos os nossos momentos... Pelos melhores amigos que são...

À Helena pelo apoio e companheirismo nesta último ano...

À minha família e amigos pela compreensão, apoio nos momentos mais difíceis e por estarem sempre ao meu lado...

A todos...

... um muito Obrigado!

Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica na Obesidade Infantil ao nível do auto-conceito, das estratégias de *coping* e do comportamento alimentar das crianças e dos pais

RESUMO

A obesidade é um problema de saúde global, sendo hoje considerada a epidemia do século XXI (OMS, 2011). Além da prevenção, a intervenção precoce na obesidade infantil torna-se uma prioridade. Contudo, os bons resultados quando se conseguem são pouco persistentes uma vez que a obesidade é muito resistente ao tratamento (Viana, 2002).

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar a eficácia de um programa de intervenção psicológica de grupo na obesidade infantil ao nível do IMC (Índice de Massa Corporal), padrões e atitudes alimentares da criança, auto-conceito, estratégias de *coping* e atitudes alimentares dos pais. Foram utilizados como instrumentos o Teste de Atitudes Alimentares em Crianças (ChEAT; Maloney, McGuire, & Daniels, 1988; versão portuguesa traduzida e adaptada por Santos & Baptista, 2001), a Escala de auto-conceito para Crianças e Pré-Adolescentes de Susan Harter (SPPC; Harter, 1995; versão portuguesa traduzida e adaptada por Martins, Peixoto, Mata, & Monteiro, 1995), o Inventário de estratégias de *coping* (SCSI; Ryan-Wenger, 1990; versão portuguesa traduzida e adaptada por Lima, Lemos, & Guerra, 2002) e o Teste de Atitudes Alimentares (EAT; Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982; versão portuguesa traduzida e adaptada por Pereira *et al.*, 2006).

A amostra é constituída por 39 crianças e pré-adolescentes, e seus progenitores, distribuídos pelo grupo experimental ($n = 19$) e pelo grupo de controlo ($n = 20$). As crianças de ambos os grupos tinham entre 8 e 12 anos, apresentavam o diagnóstico clínico de obesidade e eram acompanhadas na consulta de Gastrenterologia e Nutrição Pediátrica. Além destes requisitos, as crianças do grupo experimental frequentaram uma intervenção psicológica de grupo na obesidade infantil.

Os grupos mostraram-se semelhantes nas medidas dependentes no pré-teste. Os resultados evidenciaram o efeito do programa ao nível da diminuição do IMC e do aumento do consumo de água no grupo experimental. As crianças do grupo experimental também passaram a ter um maior controlo sobre a comida. Contudo, o programa de intervenção psicológica não teve efeito ao nível do auto-conceito e das estratégias de *coping*. Os resultados revelaram, ainda, uma associação entre as atitudes alimentares da criança e as atitudes alimentares do pai. Esta associação não foi visível entre as atitudes alimentares da criança e da mãe.

Em suma, os resultados deste estudo empírico demonstraram a importância de aliar o tratamento médico a uma intervenção psicológica quando falamos da epidemia do século XXI: a obesidade!

Evaluation of the Effectiveness of a psychological intervention program on childhood obesity at the level of self-concept, coping strategies and dietary behavior of children and parents**ABSTRACT**

Obesity is a global health problem, now regarded as the epidemic of the 21st century (WHO, 2011). Besides prevention, early intervention in childhood obesity becomes a priority. However, good results are achieved when they are just as persistent obesity is very resistant to treatment (Viana, 2002).

The present study aims at assessing the effectiveness of a program of group psychological intervention in childhood obesity at the level of BMI (Body Mass Index), child eating attitudes and patterns, self-concept, coping strategies and eating attitudes of the parents. Were used as instruments the Eating Attitudes Test in Children (ChEAT; Maloney, McGuire, & Daniels, 1988; Portuguese version translated and adapted by Santos & Baptista, 2001), the Self-Perception Profile for Children (SPPC; Harter, 1995; Portuguese version translated and adapted by Martins, Peixoto, Mata, & Monteiro, 1995), the Schoolagers' Coping Strategies Inventory (SCSI; Ryan-Wenger, 1990; Portuguese version translated and adapted by Lima, Lemos, & Guerra, 2002) and the Eating Attitudes Test (EAT; Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982; Portuguese version translated and adapted by Pereira *et al.*, 2006).

The sample consisted of 39 children and preteens and their parents, distributed by the experimental group ($n = 19$) and the control group ($n = 20$). Children in both groups had between 8 and 12 years, the clinical diagnosis of obesity and were accompanied by the consultation Pediatric Gastroenterology and Nutrition. In addition to these requirements, children in the experimental group attended a group psychological intervention in childhood obesity.

The groups were similar in the dependent measures at pretest. The results showed the effect of the program in terms of decreased BMI and increased water consumption in the experimental group. Children in the experimental group also started to have more control over the food. However, the psychological intervention program had no effect at the level of self-concept and coping strategies. The results also revealed an association between the child's eating attitudes and eating attitudes of the father. This association was not seen between the eating attitudes of the child and mother. In sum, the empirical results of this study demonstrated the importance of combining medical treatment with psychological intervention when we talk of the epidemic of the XXI century: obesity!

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABELAS	vii
INTRODUÇÃO	8
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
1. Obesidade Infantil	8
1.1. Definição de Obesidade Infantil.....	8
1.2. Diagnóstico e classificação da obesidade Infantil.....	9
1.3. Prevalência da obesidade infantil.....	9
2. Auto-conceito e obesidade infantil.....	10
2.1. Aparência física e obesidade infantil.....	10
2.2. Auto-conceito, autoestima e obesidade infantil	11
2.3. Intervenção psicológica na autoestima da obesidade pediátrica	13
3. <i>Coping</i> e obesidade infantil.....	14
3.1. Estratégias de <i>coping</i> e obesidade infantil	14
3.2. Intervenção psicológica nas estratégias de <i>coping</i> da obesidade pediátrica.....	15
4. Comportamento alimentar e obesidade infantil.....	15
4.1. Comportamento alimentar na obesidade infantil.....	15
4.2. Intervenção psicológica no comportamento alimentar na obesidade pediátrica	17
5. Comportamento alimentar dos pais e obesidade infantil.....	18
5.1. Influência do comportamento alimentar dos pais na obesidade pediátrica	18
5.2. Envolvimento dos pais no tratamento da obesidade infantil	19
6. A intervenção psicológica na obesidade infantil	20
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO.....	22
1. Objetivos e Hipóteses.....	22
2. Método	23
2.1. Participantes	23
2.2. Instrumentos	25
2.3. Procedimentos	26
2.4. Procedimentos estatísticos.....	27
3. Apresentação dos resultados.....	28
4. Discussão dos Resultados.....	39
5. Conclusão	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização demográfica dos participantes do GE e do GC	23
Tabela 2 – Distribuição do IMC do GE e do GC por idades e sexo	24
Tabela 3 – Caracterização de variáveis referentes à obesidade no GE e no GC	24
Tabela 4 – Caracterização de variáveis referentes aos padrões alimentares no GE e no GC	29
Tabela 5 – Média, Desvio Padrão (DP) e valores do Teste T para Amostras Independentes para as medidas dependentes: Diferenças entre as crianças do GE e do GC no pré-teste	30
Tabela 6 – Média, DP e valores dos testes univariados das subescalas das medidas dependentes: Diferenças de acordo com a variável grupo, no pré-teste	31
Tabela 7 – Média, DP e valores do Teste T para Amostras Independentes para os comportamentos alimentares disfuncionais dos pais: Diferenças entre o GE e o GC, no pré-teste	32
Tabela 8 – Média e DP para o IMC em função do grupo	33
Tabela 9 – Média e DP para os comportamentos alimentares disfuncionais da criança (<i>score</i> total) em função do grupo	34
Tabela 10 – Média e DP para o auto-conceito (<i>score</i> total) em função do grupo	34
Tabela 11 – Média e DP para as estratégias de <i>coping</i> (<i>score</i> total) em função do grupo.....	34
Tabela 12 – Ordem média e valores do Teste de Mann-Whitney para as subescalas das medidas dependentes: Diferenças entre grupos no pós-teste	35
Tabela 13 – Média e DP para os comportamentos alimentares disfuncionais da mãe em função do grupo	37
Tabela 14 – Média e DP para os comportamentos alimentares disfuncionais dos pais (<i>score</i> total) em função do grupo	38
Tabela 15 – Correlações entre os <i>score</i> total dos comportamentos alimentares disfuncionais da criança e os <i>scores</i> totais dos comportamentos alimentares disfuncionais dos pais	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Gráfico do efeito da interacção tempo*grupo ao nível do IMC	33
Gráfico 2. Gráfico do efeito da interacção tempo*grupo ao nível das atitudes e comportamentos alimentares das mães	38

ÍNDICE DE SIGLAS

DP – Desvio Padrão
GC – Grupo de Controlo
GE – Grupo Experimental
IMC – Índice de Massa Corporal
OMS – Organização Mundial de Saúde

INTRODUÇÃO

A obesidade é um problema de saúde global e a sua prevalência tem aumentado a uma taxa alarmante, sendo hoje considerada como a epidemia do século XXI.

A obesidade infantil é um distúrbio nutricional comum entre crianças e adolescentes no mundo (Aycan, 2009), sendo considerada como um dos maiores problemas deste século. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) encontra-se associada a um maior risco de obesidade na idade adulta, morte prematura e incapacidade na idade adulta. Mas, além de um aumento dos riscos futuros, as crianças obesas experienciam ainda dificuldades respiratórias, hipertensão, marcadores precoces de doenças cardiovasculares e efeitos psicológicos (OMS, 2011).

Assim sendo, como o excesso de peso e a obesidade, bem como as doenças que lhe estão associadas podem ser evitados, a sua prevenção precisa de ser uma prioridade. No entanto, face à prevalência da obesidade infantil também é necessário intervir precocemente, já que uma intervenção precoce eficaz na obesidade é essencial na prevenção do desenvolvimento de comorbidades e na diminuição do risco de jovens virem a tornar-se adultos obesos.

Assim, com este trabalho, pretendeu-se intervir junto de crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade de forma a reestruturar hábitos alimentares e estilos de vida adaptativos, trabalhar a autoestima, ajudar a desenvolver estratégias de *coping* e promover o suporte social.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes: o enquadramento teórico e o estudo empírico. Por sua vez, o enquadramento teórico encontra-se dividido em seis partes. A primeira parte pretende definir a obesidade infantil, ressaltando o diagnóstico e a classificação da obesidade infantil, bem como a prevalência da mesma. A segunda aborda conceitos como o auto-conceito, autoestima e aparência física que podem sofrer alterações resultantes do excesso de peso. Posteriormente, será abordado o *coping*, mecanismo que ajuda as crianças a adaptarem-se a situações de stress. A quarta e quinta parte abordam os comportamentos alimentares das crianças/adolescentes e os comportamentos alimentares dos pais, respetivamente. O sexto módulo pretende dar a conhecer alguns programas de intervenção psicológica na obesidade infantil. A segunda parte deste trabalho descreve o estudo empírico realizado, terminando com uma conclusão.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“Childhood obesity is one of the most serious public health challenges of the 21st century” (WHO).

1. Obesidade Infantil

1.1. Definição de Obesidade Infantil

A OMS (2011) define a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde. O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, onde a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia dispendida (Aycan, 2009; OMS, 2011; Viana, Candeias, Rego, & Silva, 2009). Os fatores que

determinam estes desequilíbrios são complexos e multifatoriais, incluindo uma interação entre fatores genéticos, metabólicos, comportamentais e ambientais (Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005; Maffeis, 2000; Odoms-Young & Fitzgibbon, 2008; OMS, 2011; Sérgio *et al.* 2005; Tauber, 2010).

Uma vez que a quantidade de gordura corporal por si só é difícil de ser determinada de forma exata, a medida mais utilizada para definir e controlar a obesidade é o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (OMS, 2011; Wabitsch, 2000). No entanto, este índice apresenta variações significativas durante a infância, sendo necessário ter em consideração variáveis como a idade e o sexo da criança na sua interpretação (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000; Flodmark, Lissau, Moreno, Pietrobelli, & Widhalm, 2004; OMS, 2011).

Um estudo levado a cabo por Cole e colaboradores (2000) com o objetivo de desenvolver uma definição internacionalmente aceite de excesso de peso e obesidade infantil, utilizou como referência o IMC e os pontos de corte dos valores padronizados em função da idade e sexo da criança. A definição de obesidade infantil à qual chegaram é congruente com a definição de obesidade nos adultos (IMC superior a 30 kg/m²).

1.2. Diagnóstico e classificação da obesidade Infantil

O diagnóstico de obesidade geralmente faz-se através do cálculo do IMC, o qual mede a corpulência e se determina dividindo o peso, em quilogramas, pela altura, em metros, elevada ao quadrado, considerando-se que há excesso de peso quando o IMC é superior a 25 e obesidade quando o IMC é superior a 30 (OMS, 2011).

Tendo em consideração que nas crianças o IMC é um valor que varia constantemente devido às alterações de peso e altura a que a criança se encontra sujeita, este valor é confrontado com valores padronizados em função do sexo e idade da criança. Em crianças até aos 18 anos, de acordo com as normas da *International Obesity Task Force*, crianças com um IMC no intervalo entre o percentil 85 e o percentil 95 são consideradas com excesso de peso, enquanto crianças com um IMC superior ao percentil 95 são consideradas obesas (OMS, 2011). Estes valores são equivalente a um IMC entre 25-30kg/m² para adultos com excesso de peso e a um IMC superior a 30 kg/m² para adultos obesos.

O IMC, apesar de apresentar algumas limitações a nível individual (Flodmark *et al.*, 2004) é a medida mais utilizada no diagnóstico da obesidade, existindo contudo outras técnicas, nomeadamente a medição do perímetro abdominal e das pregas abdominais.

1.3. Prevalência da obesidade infantil

A obesidade é uma doença crónica, com enorme prevalência nos países desenvolvidos afetando homens e mulheres de todas as etnias e idades (Carmo *et al.*, 2006; Sérgio *et al.* 2005; Tauber, 2010), morrendo cerca de 2.8 milhões de adultos por ano como resultado do excesso de peso ou obesidade (OMS, 2011). No que respeita à obesidade infantil a sua prevalência no Mundo está a aumentar rapidamente (OMS, 2011). Esta crescente prevalência é principalmente o resultado de um aumento de

consumo de alimentos altamente calóricos (Trost, Kerr, Ward, & Pate, 2001) e uma mudança de estilos de vida fisicamente mais ativos para estilos de vida mais sedentários (Vos, Wit, Pijl, Kruytt, & Houdikk, 2011).

Num estudo, Cole e colaboradores (2000) encontraram em jovens de 18 anos uma prevalência de 5-18% de excesso de peso e 0.1-4% de obesidade. De acordo com o mesmo autor é provável que uma estimativa semelhante seja vista numa faixa etária entre os 2 e os 28 anos.

Em Portugal, a prevalência da obesidade tem vindo a aumentar, constituindo-se como um importante problema de Saúde Pública (Carmo *et al.*, 2006; Tauber, 2010), estando associada a diversas patologias (Kiess *et al.*, 2001; Tauber, 2010).

Padez, Fernandes, Mourão, Moreira e Rosado (2004) conduziram um estudo onde avaliaram a prevalência do excesso de peso e obesidade em crianças portuguesas entre os 7 e os 9 anos, sendo a amostra constituída por 4511 crianças de escolas públicas. Os autores encontraram uma prevalência de excesso de peso/obesidade de 31.5% (destes, 11.3% foram classificados como obesos), sendo que as meninas tinham uma prevalência de excesso de peso/obesidade superior à dos meninos.

Apesar de haver evidências de que a prevalência do excesso de peso e obesidade está a aumentar, as limitações estatísticas tornam difíceis comparar a prevalência entre países (Jebb & Lambert, 2000).

2. Auto-conceito e obesidade infantil

2.1. Aparência física e obesidade infantil

A sociedade tem sido caracterizada por uma cultura que nomeia o corpo como uma fonte de identidade, quer através da dimensão da aparência física, quer através da dimensão funcionalidade. O modo como o indivíduo se percebe nessas dimensões influencia a maneira como pensa, age e se relaciona com o meio envolvente (Pais-Ribeiro & Ribeiro, 2003), sendo a autoimagem desenvolvida e reavaliada durante a vida inteira (Becker, 1999 *cit in* Russo, 2005). As necessidades de ordem social acabam por encobrir as necessidades individuais, sendo pressionados em muitas circunstâncias a ter o corpo ideal da nossa cultura (Tavares, 2003 *cit in* Russo, 2005). Por sua vez, os meios de comunicação incumbem-se de criar desejos e reforçar imagens de corpos padronizados levando grande parte das pessoas a procurar uma aparência física idealizada. Os corpos que não se encaixam nessas medidas, sentem-se assim insatisfeitos (Russo, 2005).

Uma panóplia de estudos (e.g. Braet, Marvield, & Vandereycken, 1997; Franklim, Denyer, Katharine, Caterson, & Hill, 2006) tem vindo a sugerir que as crianças com obesidade mostram baixo auto-conceito e uma baixa perceção relativamente às suas competências atléticas e aparência física. Um estudo realizado na Austrália por Franklim e colaboradores (2006), com uma amostra de 2813 crianças (média de idades de 11.3 anos), comparou crianças obesas com crianças não obesas, verificando-se que as crianças obesas apresentavam valores mais baixos em relação à perceção pessoal em aspetos como a aparência física e competência atlética do que as crianças com peso normal.

Num outro estudo, com o objetivo de identificar o que as crianças pensam acerca da sua aparência física e outros atributos, Carvalho, Cataneo, Galindo e Malfará (2005) levaram a cabo um estudo com 54 crianças (das quais 27 tinham excesso de peso ou obesidade), entre os 10 e os 12 anos, utilizando a escala de auto-conceito de Pier Harris, verificaram que as crianças obesas estão mais insatisfeitas com o seu corpo e aparência. Contudo, apesar de estas crianças estarem maioritariamente incomodadas com a sua aparência, tendem a concordar com afirmações positivas sobre certas características como ter olhos e um rosto bonito.

Na adolescência, a obesidade acarreta conotações negativas levando a sequelas psicossociais, além das complicações médicas. São assim mais propensos a desenvolver uma autoimagem mais negativa e uma baixa autoestima (Fonseca & Matos, 2005). Estes mesmos autores realizaram um estudo com 5697 adolescentes Portugueses onde 88 adolescentes eram obesos e 822 tinham excesso de peso. Ambos os grupos de adolescentes, obesos e com excesso de peso, relataram com mais frequência do que os adolescentes com um peso normal ter uma má aparência, assumindo uma atitude negativa em relação à aparência. Segundo Rocha, Castro e Santiago (2007) os obesos parecem ter maior tendência para terem um pior impacto da obesidade na sua autoimagem.

Em suma, através dos estudos mencionados anteriormente podemos verificar que a obesidade afeta o auto-conceito, levando crianças e adolescentes a se perceberem negativamente face à sua imagem corporal.

2.2. Auto-conceito, autoestima e obesidade infantil

Apesar de alguma ambiguidade nos termos autoestima e auto-conceito, estes podem ser separados conceptualmente, relacionando-se e complementando-se entre si. O auto-conceito é um termo mais abrangente relativo à descrição de um indivíduo, definindo-se como o conhecimento que o indivíduo tem de si próprio, englobando aspetos cognitivos, afetivos e comportamentais (Sisto *et al.*, 2004), acerca das suas capacidades, competências, aparência física e aceitabilidade social (Byrne, 1984). A autoestima refere-se à avaliação que a pessoa efetua e geralmente mantém em relação a si própria, a qual implica um sentimento de valor, englobando uma componente essencialmente afetiva, expressando uma atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma (Rosenberg, 1965), sendo influenciado por uma variedade de fatores (Lowry, Sallinen, & Janicke, 2007). A autoavaliação pertence a um processo adaptativo da pessoa, onde o valor e a perceção que se tem das competências e capacidades são construídos a partir do contacto com os outros, que dão pistas ao indivíduo acerca do seu desempenho, ajudando-o a dirigir os seus comportamentos. Assim, as pessoas têm um auto-conceito, positivo ou negativo, e atuam em função do mesmo (Bandura, 1986).

Com base no modelo de Harter (1982) sobre o desenvolvimento e estrutura do auto-sistema da criança, diferentes componentes da autoestima são avaliados numa escala de autoestima multidimensional. A mesma autora sugeriu que muitas crianças centram a sua vida em torno de

atividades com os pares e na performance física, estando as experiências negativas destes domínios associadas a sentimentos de competência negativos.

De forma a avaliar a autoestima em crianças obesas, Strauss (2000) levou a cabo um estudo com 1520 crianças entre os 9 e os 10 anos. Não houve resultados significativos ao nível da autoestima entre crianças obesas e não obesas aos 9 e 10 anos. Contudo, no *follow-up*, passados 4 anos, os obesos apresentam níveis significativamente diminuídos de autoestima em relação aos não obesos. Os autores concluíram que os obesos demonstram níveis significativamente mais baixos de autoestima no início da adolescência.

De acordo com Strauss (2000), uma baixa autoestima em crianças obesas relacionava-se com uma maior tristeza, isolamento e nervosismo. Estas crianças podem desvalorizar-se porque ficam aquém dos padrões sociais internalizadas para o peso e aparência aceitável (Paxton, 2005). Ainda segundo o mesmo autor, a aprovação pelos pares também é um importante fator na adolescência e experiências negativas com os mesmos podem ser prejudiciais para o desenvolvimento da autoestima. Em contraste, durante a pré-adolescência, a autoestima está mais relacionada com as interações e apoio familiar (Strauss, 2000).

A baixa autoestima encontra-se, ainda, associada a um aumento de comportamentos de risco futuros de consumo de tabaco e álcool (Strauss, 2000). Crianças com dificuldades emocionais, baixa autoestima e baixo *locus* de controlo externo apresentariam maior ganho de peso na idade adulta, quando comparadas com o seu grupo de pares (Ternouth, Collier, & Maughan, 2009).

Um outro estudo, desenvolvido por Hesketh, Wake e Waters (2004) com o objetivo de estudar a relação entre o IMC e a autoestima em crianças Australianas entre os 5 e os 10 anos ($n = 1157$) concluiu que as crianças com excesso de peso e obesidade têm uma baixa autoestima comparando com as crianças de peso normal, podendo estes resultados estar associados à não aceitação da sua imagem corporal e persistentes avaliações menos favoráveis pelos familiares e amigos.

Em crianças com obesidade também têm sido identificadas alterações comportamentais, sinais de sofrimento psicológico e baixo auto-conceito (Braet *et al.*, 1997). Estes autores compararam três grupos de crianças de 9 a 12 anos (92 crianças obesas em tratamento; 47 crianças obesas que não estavam em tratamento; e 150 crianças não obesas) de forma a explorar a relação entre a obesidade e aspetos psicológicos. Encontraram diferenças significativas entre os grupos. As crianças obesas evidenciaram auto-perceções corporais mais negativas e uma autoestima mais baixa do que as crianças não obesas, e as mães das crianças obesas em tratamento referiram mais problemas comportamentais.

A revisão da literatura sugere, ainda, que a relação entre excesso de peso e autoestima ainda não é perfeitamente clara, uma vez que uns estudos referem que adolescentes com excesso de peso têm uma menor autoestima do que adolescentes com peso normal, mas tais estudos não são consensuais (Lowry *et al.*, 2007). Num estudo com 210 crianças, Wadden, Foster, Brownell e Finley (1984) não encontraram diferenças significativas ao nível da autoestima entre crianças obesas e não obesas.

Um outro constructo sobre o qual os investigadores se têm debruçado é o auto-conceito, mostrando a literatura que a obesidade está negativamente relacionada ao auto-conceito durante a pré-adolescência e a adolescência (Cash, Morrow, Hrabosky, & Perry, 2004; Klaczynski, Goold, & Mudry, 2004). Neste seguimento, Paxton (2005) procurou estudar o efeito da obesidade nas crianças ao nível do auto-conceito, concluindo que as crianças obesas apresentam valores significativamente mais baixos ao nível do auto-conceito comparadas com as crianças de peso normal. A rejeição pelos pares e a internalização de normas associadas ao peso apresentam um papel importante na diminuição da autoestima da criança obesa, contribuindo para estes resultados (Paxton, 2005).

Simões e Meneses (2007) procuraram estudar a relação entre auto-conceito e obesidade infantil, comparando o auto-conceito numa amostra de crianças portuguesas obesas ($n = 45$) e não obesas ($n = 55$) utilizando a Escala de auto-conceito de Susan Harter. As crianças obesas percecionavam-se como menos competentes ao nível das atividades desportivas, de forma mais negativa em relação ao seu aspeto físico, mas de forma mais positiva em relação à forma como agem, do que as crianças não obesas. Phillips e Hill (1998) encontraram resultados similares num estudo com crianças obesas e não obesas nas subescalas competência atlética e aparência física.

Do conjunto de investigações citadas foi possível constatar que o auto-conceito aparece muitas vezes relacionado de forma negativa com a obesidade, contudo é necessário tornar mais clara esta relação.

2.3. Intervenção psicológica na autoestima da obesidade pediátrica

Uma imagem corporal negativa conduz a uma baixa autoestima e a uma auto-eficácia negativa, levando a pessoa a sentir que não consegue controlar o seu corpo, e conseqüentemente, a não conseguir participar ativamente na sua perda de peso, desistindo precocemente (Pereira, 2004). Torna-se assim importante reverter esta situação, desenvolvendo a autoestima das crianças e adolescentes obesos.

Um estudo onde 819 adolescentes (dos quais 287 tinham excesso de peso e 165 eram obesos) foram submetidos a uma intervenção comportamental, dirigida a uma dieta saudável e a comportamentos de atividade física, revelou a falta de efeitos adversos sobre a satisfação corporal e autoestima, quer em jovens com peso normal, excesso de peso e obesos (Huang, Norman, Zabinski, Calfas, & Packrick, 2007). Contudo, Van den Akker e colaboradores (2007) evidenciaram que um programa de grupo cognitivo-comportamental (entre os 8 e os 15 anos) pode ser eficaz na diminuição do peso através da adoção de um estilo de vida saudável, desenvolvimento da autoestima e de uma imagem positiva.

A autoestima assume uma função crucial na saúde e comportamento das crianças em desenvolvimento (Paxton, 2005), tornando-se importante intervir no contexto da educação para a saúde, de forma a melhorar autoestima e a incentivar hábitos alimentares adequados para prevenir

problemas de saúde relacionados com o peso, já que existe uma relação entre a dieta e a autoestima (Ferrante *et al.*, 2010).

Para se obter resultados a longo prazo é importante utilizar estratégias de *coping* e treino de competências sociais com as crianças obesas, desenvolvendo a sua autoestima (Vos *et al.*, 2011).

3. *Coping* e obesidade infantil

3.1. Estratégias de *coping* e obesidade infantil

A vida das crianças é repleta de desafios e problemas que vão desde problemas diários a acontecimentos traumáticos (Garnezy, 1998 *cit in* Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007) tendo efeitos a nível emocional, cognitivo e comportamental (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Para conseguirem uma adaptação adequada ao meio vão ter de gerir as situações stressantes, sendo as estratégias de *coping* um pré-requisito indispensável para uma adaptação bem sucedida (Lima, Lemos, & Guerra, 2002).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984) o *coping* pode ser definido como os esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo para lidar com exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como excedendo os seus recursos. Os mesmos autores desenvolveram o modelo transacional, dividindo o *coping* em duas estratégias: estratégias centradas no problema e estratégias centradas na emoção. As estratégias centradas no problema visam uma análise do que é necessário fazer para solucionar o problema e a utilização de comportamentos e ações direcionadas para a resolução do problema (e.g. procura de informação, resolução planeada, entre outros). As estratégias centradas na emoção visam uma mudança de significado do que está a acontecer ou do que possa vir a acontecer (e.g. negação, distanciamento, pensamentos positivos, entre outros).

A eficácia das estratégias de *coping* avalia-se pela capacidade que têm de reduzir de imediato o desconforto sentido e está dependente do contexto, das características individuais e do grau de controlo do indivíduo sobre a situação problemática (Lazarus & Folkman, 1984).

Remetendo o conceito de *coping* para as crianças, o *coping* representa o que as crianças fazem (perfil emocional e respostas cognitivas e comportamentais) para lidar com dificuldades específicas em contextos de vida reais (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Segundo Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen e Wadsworth (2001) o *coping* é definido como os esforços voluntários para a regulação das emoções, pensamentos, comportamentos e fisiologia em resposta a eventos stressores.

As estratégias de *coping* focalizadas no problema são adquiridas mais cedo, desenvolvendo-se aproximadamente entre os 8 e os 10 anos de idade, enquanto o *coping* focado nas emoções surge mais tarde, no final da infância e início da adolescência (Compas, Banez, Malcarne, & Worsham, 2001).

As crianças com um repertório rico de estratégias de *coping* e que, ao mesmo tempo, as percebem como sendo eficazes para lidar com os seus stressores, constituem um grupo resiliente face a várias situações de adversidade (Lima *et al.*, 2002).

Em relação à obesidade, ainda existe uma carência significativa de estudos que enfoquem a investigação das estratégias de *coping* em crianças e adolescentes obesos. Silva (2009) realizou um estudo com 267 crianças Portuguesas (crianças da comunidade com peso normal (n=147); crianças da comunidade com excesso de peso (n=89) e crianças com diagnóstico clínico de obesidade (n=31)), entre os 8 e os 12 anos, evidenciando os resultados que as crianças com diagnóstico clínico usam menos estratégias de *coping* cognitivo-comportamentais. O mesmo também se verifica relativamente à percepção da eficiência das estratégias cognitivo comportamentais, com o grupo de crianças clínicas a considerarem as estratégias menos eficientes quando comparadas com os restantes grupos.

A obesidade é muitas vezes associada a uma auto-imagem negativa e a um consequente isolamento social da criança obesa (Viana, 2002; Vos *et al.*, 2011). Este isolamento social pode agravar a obesidade, uma vez que a criança pode usar a comida (Chen & Kennedy, 2005; Vos *et al.*, 2011) e a televisão como estratégias de *coping*, apesar da ineficácia das mesmas (Chen & Kennedy, 2005).

3.2. Intervenção psicológica nas estratégias de *coping* da obesidade pediátrica

As crianças que são alvo de críticas pela família e pelo grupo de pares apresentam atitudes negativas face ao desporto e têm níveis de atividade física reduzidos (Faith, Leone, Ayers, Heo, & Pietrobelli, 2002; Flodmark, 2005). Torna-se essencial ajudar os pais e o grupo de pares a dar um bom suporte social a estas crianças, bem como aumentar as suas estratégias de *coping* (Flodmark, 2005) de forma a ajudá-las a desenvolver formas saudáveis para lidar com os seus problemas.

Adolescentes com episódios de ingestão alimentar compulsiva usam menos estratégias centradas no problema comparando com adolescentes que não têm episódios de ingestão alimentar compulsiva, talvez por apresentarem mais dificuldades em lidar com determinados problemas e emoções (Baigrie & Giráldez, 2008). Nesse sentido, Braet, Tanghe, Decaluwé, Moens e Rosseel (2004) desenvolveram um programa de intervenção para crianças obesas de forma a ajuda-las a controlar a ingestão compulsiva de alimentos, auxiliando-as a analisar situações emocionais com técnicas cognitivas de forma a ajuda-las a lidar com os comportamentos que antecedem os problemas.

De forma a ajudar as crianças e adolescentes a gerir o stress e outros temas relevantes para o controlo de peso, as terapias comportamentais de mudanças de estilos de vida e hábitos alimentares contemplam, algumas vezes, estratégias de *coping* (Braet *et al.*, 2004; Golan, Fainaru, & Weizman, 1998; Goosens, Braet, Vlierberghe, & Mels, 2009; Pereira, 2004; Wille, Erhart, Petersen, & Ravens-Sieberer, 2008).

4. Comportamento alimentar e obesidade infantil

4.1. Comportamento alimentar na obesidade infantil

A obesidade ocorre como consequência de fatores genéticos em interação com fatores ambientais, referentes ao estilo de vida (Viana & Sinde, 2008). Em crianças saudáveis, a obesidade, resulta

essencialmente das características do comportamento alimentar e da falta de atividade física (Christoffel & Ariza, 1998).

Os hábitos alimentares desenvolvem-se tendo em consideração fatores como a história pessoal e familiar, e envolvimento cultural (Viana, 2002). A aprendizagem do estilo alimentar está dependente da oportunidade da criança se relacionar com os alimentos em função dos indícios internos associados à fome e à saciedade (Johannsen, Johannsen, & Specker, 2006). Viana, Sinde e Saxton (2008) realizaram um estudo com o objetivo de estudar a associação entre os resultados do Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ) e o IMC em 240 crianças portuguesas, com uma média de idades de 7,9 anos. Estes autores verificaram que as crianças obesas ou com excesso de peso apresentavam pontuações mais baixas em relação à saciedade e pontuações mais altas face ao apetite em relação à comida, quando comparadas com crianças com um peso normal. A resposta mais fraca face à saciedade torna a criança menos capaz de regular o seu consumo de alimentos e, assim, aumentar o risco de ganhar peso em excesso (Viana *et al.*, 2008).

O desenvolvimento do comportamento alimentar é, ainda, afetado por fatores como a disponibilidade e preferência por comidas em particular, tamanho da dose, valores culturais sobre a preparação e tipos de alimentos, crenças e práticas parentais, estrutura da refeição e estilos alimentares (Patrick & Nicklas, 2005). Num estudo com 345 adolescentes, com idades entre os 12 e os 13 anos, Campbell *et al.* (2007) concluíram que a disponibilidade de alimentos pouco saudáveis em casa parece ser um preditor robusto do consumo de alimentos que promovem a obesidade. Ainda segundo os mesmos autores, a indisponibilidade de alimentos menos saudáveis em casa está associada a um maior consumo de frutas e legumes.

A seleção de alimentos está relacionada com as preferências desenvolvidas relacionadas com o prazer associado ao sabor dos alimentos, as atitudes aprendidas desde muito cedo na família, bem como a outros fatores psicológicos e sociais (Viana, 2002). Grande parte do apetite pela comida e pelo açúcar (e.g. bolos, refrigerantes, entre outros), do prazer em comer, da grande sensibilidade a fatores externos associados aos alimentos (e.g. o aroma) e os aspetos emocionais encontram-se entre as determinantes do estilo alimentar relacionados com o grande aumento da prevalência da obesidade infantil (Flodmark *et al.*, 2004).

O consumo de legumes, frutas e leite diminui da infância para a adolescência, enquanto o consumo de refrigerantes aumenta (Nielsen & Popkin, 2004). Estas mudanças nos padrões alimentares nas últimas décadas, incluindo o aumento do consumo de refrigerantes e doces e uma diminuição no consumo de frutas e legumes em muitos países, estão implicadas no aumento da obesidade infantil e do adolescente (French, Story, & Jeffery, 2001). Assim, o comportamento alimentar e o estilo alimentar são componentes a ter em atenção na abordagem comportamental e psicológica da obesidade (Viana, 2002).

Wardle, Guthrie, Sanderson, Birch e Plomin (2001) levaram a cabo um estudo que envolveu 428 crianças (entre os 4 e os 5 anos) filhas de pais obesos/excesso de peso e pais com peso normal onde os

resultados evidenciaram que as crianças das famílias obesas ou com excesso de peso tinham maior preferência por alimentos gordurosos e uma menor preferência por legumes. Estas crianças também tinham atividades mais sedentárias do que as crianças filhas de pais com peso normal.

O controlo parental é outro aspeto que tem suscitado interesse nos investigadores. A investigação nesta área tem demonstrado que quanto maior o controlo no comportamento alimentar da criança, mais a criança mostra atitudes alimentares disfuncionais (Birch & Fisher, 1998; Brown & Ogden, 2004). Muitas vezes, os esforços dos pais com o objetivo de prevenir problemas alimentares nos filhos, nomeadamente o controlo alimentar que inclui atitudes restritivas e pressão para comer, tem muitas vezes o efeito contrário ao esperado (Birch & Fisher, 1998; Viana *et al.*, 2009).

Além das influências dos pais, ver televisão também é um fator a considerar na influência dos comportamentos alimentares dos adolescentes. Ver televisão está inversamente relacionado com o consumo de frutas e legumes nos adolescentes, podendo esta associação ser o resultado da substituição das frutas e legumes por muitos alimentos anunciados na televisão (Boynton-Jarrett *et al.*, 2003).

Apesar de os fatores hereditários assumirem um papel importante na obesidade infantil, é o estilo alimentar, associado a outros aspetos do estilo de vida e em particular ao padrão de atividade física, o principal responsável pelo peso em excesso na criança (French *et al.*, 2001; Lobstein, & Frelut, 2003).

4.2. Intervenção psicológica no comportamento alimentar na obesidade pediátrica

Ao falar em obesidade infantil é essencial pensar em prevenção e tratamento. Intervir ao nível dos hábitos alimentares é uma prioridade no tratamento da obesidade infantil, passando muitas das intervenções na obesidade pediátrica por mudanças de hábitos alimentares nas crianças (Braet *et al.*, 2004; Epstein, Myers, Raynor, & Saelens, 1998; Epstein & Wing, 1987; West, Sanders, Cleghorn, & Davies, 2010).

O estilo alimentar pode ser alterado através da terapia cognitivo-comportamental, através de técnicas de reestruturação cognitiva de forma a habilitar o sujeito a lidar com os alimentos, a ansiedade e o *stress* (Viana, 2002), bem como técnicas de modificação do comportamento que envolvem o controlo de estímulos (Epstein, & Wing, 1987; Viana, 2002) nomeadamente: auto-monitorização, controlo ambiental (e.g. comer num lugar pré-determinado), modelagem (e.g. pai fazer o que é esperado que a criança faça), seguir instruções ou regras de comportamentos esperados e potenciais contingências de reforço (Epstein & Wing, 1987). Torna-se, ainda, necessário transmitir regras básicas de uma alimentação saudável (Pereira, 2004), aumentar o consumo de frutas e legumes, reduzir o consumo de bebidas açucaradas, reduzir o tamanho das porções das refeições (Sherry, 2005) e reduzir a ingestão de alimentos altamente calóricos e ricos em gorduras (Epstein, *et al.*, 1998).

Braet e colaboradores (2003) desenvolveram um programa de tratamento hospitalar para crianças e adolescentes obesos com o intuito de intervir ao nível do peso e bem-estar psicológico, através do aumento da atividade física e proporcionando uma alimentação saudável dentro de um quadro

cognitivo-comportamental. Os resultados evidenciaram uma perda de peso por parte das crianças e adolescentes.

Num outro estudo, Nemet e colaboradores (2005) demonstraram que uma intervenção comportamental combinando a dieta com o exercício físico apresenta benefícios a curto e a longo prazo, em crianças obesas.

Perceber os determinantes do comportamento alimentar constitui um passo importante para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, de aconselhamento e de intervenção no excesso de peso e na obesidade (Viana *et al.*, 2009).

5. Comportamento alimentar dos pais e obesidade infantil

5.1. Influência do comportamento alimentar dos pais na obesidade pediátrica

Uma variedade de fatores sociais e familiares influenciam o comportamento alimentar das crianças. Os pais desempenham um papel importante no desenvolvimento dos padrões alimentares das crianças através dos seus comportamentos, atitudes e escolhas alimentares (Patrick & Nicklas, 2005; Viana *et al.*, 2009; Wardle *et al.*, 2001). Os pais podem afetar o ambiente familiar expondo os membros da família a determinados alimentos, servindo como modelos para os filhos em relação à alimentação (Brown & Ogden, 2004; Patrick & Nicklas, 2005; Savage, Fisher, & Birch, 2007; Viana *et al.*, 2009), apesar de alguns estudos mostrarem pouca congruência na preferência de alimentos na família (Golan & Crow, 2004). Contudo, outros autores defendem que as crianças e as mães evidenciam ter preferências alimentares semelhantes, nomeadamente no consumo de frutas e vegetais. Também segundo Johannsen e colaboradores (2006) é de esperar que entre as crianças e as mães haja uma semelhança de estilos alimentares, já que em geral são as mães quem mais intervêm e modelam as experiências alimentares dos filhos. Esta influência pela mãe parece, ainda, ser mais acentuada nas raparigas do que nos rapazes (Francis, Ventura, Marini, & Birch, 2007).

Para além disso, existem evidências que as crianças com comportamentos de dieta tendem a ter mães com o mesmo tipo de comportamento (Patrick & Nicklas, 2005), reportando as raparigas mais dietas do que os rapazes (Fonseca & Matos, 2005).

O crescente corpo de pesquisa tem demonstrado as semelhanças entre a aceitação e preferências alimentares e a ingestão e vontade de experimentar novos alimentos entre pais e crianças (Patrick & Nicklas, 2005). O conhecimento das crianças sobre os alimentos, o consumo e as suas preferências alimentares encontram-se relacionados com as preferências, crenças e atitudes dos pais face à comida (Birch & Fisher, 1998; Savage *et al.*, 2007).

Brown e Ogden (2004) estudaram a relação entre as atitudes e comportamentos alimentares dos pais e dos filhos, tendo verificado uma forte influência parental na dieta das crianças. Neste mesmo estudo, salienta-se o papel da modelagem na transmissão de atitudes relacionadas com a alimentação, evidenciando os resultados correlações significativas entre as motivações para comer e a insatisfação corporal entre os pais e as crianças.

Um outro estudo demonstrou que a redução do consumo de alimentos altamente calóricos e ricos em gorduras em crianças pode ser conseguido através da mudança dos hábitos alimentares dos pais. Assim, os autores aplicaram um programa de intervenção apenas aos pais e verificaram que o aumento do consumo de frutas e legumes e a diminuição de alimentos ricos em açúcar e gorduras pelos pais levava ao aumento do consumo de frutas e legumes pelas crianças e à diminuição do consumo de alimentos ricos em açúcar e gordura (Epstein *et al.*, 2001), evidenciando o efeito de modelagem pelos pais nos hábitos alimentares das crianças.

Outro dos aspetos que tem originado interesse por parte de alguma comunidade científica, é o controlo parental. Um estudo de Brown e Ogden (2004) revelou que as crianças ingeriam uma maior quantidade de alimentos saudáveis e não saudáveis perante uma maior restrição alimentar controlada pelos pais. Estes resultados mostram um efeito contrario ao desejado pelos pais, pois quanto maior o controlo sobre a alimentação da criança, maior o desejo de a criança comer. Muitas vezes os pais aplicam uma variedade de estratégias para melhorar os hábitos alimentares das crianças, mas algumas apresentam um efeito paradoxal (Scaglioni, Salvioni, & Galimberti, 2008).

Proporcionar um modelo parental adequado face à situação alimentar terá um melhor impacto nas escolhas alimentares das crianças, ao invés de colocar em prática atitudes de controlo excessivo (Scaglioni *et al.*, 2008), uma vez que os pais são responsáveis pela alimentação, competências de *coping* e bem-estar psicológico da criança (Schwartz & Puhl, 2003).

Com o objetivo de determinar a influência parental na obesidade, Laessle, Lindel e Muller (2001) estudaram o comportamento alimentar de 80 crianças obesas e com peso normal (idades entres os 8 e 12 anos) em laboratório. A investigação revelou que as crianças obesas diferem de forma significativa das crianças com peso normal apenas quando a mãe está no laboratório. As crianças com excesso de peso, na presença da mãe, comiam mais rápido e davam dentadas maiores na comida. Os mesmos autores interpretaram este estilo alimentar das crianças obesas como o resultado de reforços anteriores durante as refeições em família, onde a mãe poderia pedir à criança para comer tudo e de forma rápida.

Um outro estudo, de Johannsen e colaboradores (2006) procurou relacionar o efeito do comportamento alimentar dos pais, as práticas de alimentação infantil e o IMC dos filhos. Não foi encontrada nenhuma relação significativa entre as variáveis. Contudo, foram observadas algumas associações, nomeadamente, pais que relataram estar acima do peso tinham crianças mais pesadas.

Por fim, a investigação tem ainda demonstrado que as mães tendem a lidar com a alimentação dos filhos do mesmo modo que fazem com a sua alimentação (Viana *et al.*, 2009), salientando-se o ambiente familiar como o principal contexto da emergência de padrões alimentares pela criança.

5.2. Envolvimento dos pais no tratamento da obesidade infantil

A promoção de padrões alimentares mais saudáveis nas crianças requer uma abordagem multifacetada dirigida às crianças, pais, famílias e escolas (Patrick & Nicklas, 2005). Como os pais são responsáveis por muitos dos hábitos alimentares das crianças, muitas vezes são o foco das

intervenções destinadas a melhorar a dieta das crianças e, assim, reduzir a prevalência da obesidade infantil (Clark, Goyder, Bissel, Blank, & Peters, 2007).

A possibilidade de os pais inadvertidamente promoverem o ganho excessivo de peso na infância, através de um comportamento alimentar infantil inadequado, levam ao desenvolvimento de intervenções para aumentar a consciência das possíveis consequências de comportamentos alimentares infantis inadequados (Clark *et al.*, 2007).

Um dos primeiros passos para iniciar uma mudança nas práticas alimentares é fornecer aos pais informações de forma a mudar as suas percepções e preocupações em relação à ameaça que a obesidade representa para o crescimento saudável dos seus filhos, com orientações sobre estratégias de alimentação alternativas que podem ser eficazes na promoção de um peso saudável (Savage *et al.*, 2007).

A investigação também tem enfatizado a importância do desenvolvimento de programas de intervenção que forneçam informação aos pais sobre o conteúdo, tamanho e tempo das refeições, e detalhes sobre o quanto podem ser prejudiciais práticas de alimentação coercivas (Birch & Davison, 2001; Scaglioni *et al.*, 2008). Os pais devem ser orientados na instrução de informações sobre o desenvolvimento de padrões alimentares da criança no contexto familiar e na promoção de preferências alimentares saudáveis nas crianças (Scaglioni *et al.*, 2008).

Golan e colaboradores (1998) desenvolveram uma investigação onde os pais eram os principais agentes de mudança no tratamento da obesidade infantil. Os resultados evidenciaram que o tratamento da obesidade infantil onde os pais foram os principais agentes de mudança, conduziu a maiores mudanças comportamentais, bem como a uma maior perda de peso, em relação às intervenções onde a criança é o principal agente de mudança.

6. A intervenção psicológica na obesidade infantil

A obesidade nas crianças e adolescentes representa uma das doenças mais frustrantes e de difícil tratamento (Fonseca & Matos, 2005) constituindo-se como um dos mais difíceis desafios pediátricos (Golan & Crow, 2003). Muitas abordagens distintas têm sido estudadas sobre o tratamento da obesidade, incluindo componentes como a dieta, o exercício, a terapia comportamental, a cirurgia e a medicação (Flodmark *et al.*, 2004).

A terapia comportamental tem sido muito utilizada no tratamento da obesidade (Flodmark *et al.*, 2004). De acordo com os mesmos autores, através de uma revisão da literatura, verificaram que a terapia cognitivo-comportamental é eficaz em crianças pequenas e a terapia familiar é mais eficaz em adolescentes.

A terapia comportamental é projetada para ensinar novos comportamentos (Epstein *et al.*, 1998). A literatura propõe que o estabelecimento de objetivos, a monitorização do comportamento (Epstein *et al.*, 1998; Epstein & Wing, 1987; Michie, Abraham, Whittington, McAteer, & Gupta, 2009; Pratt, Stevens, & Daniels, 2008), o *feedback* e a revisão de objetivos importantes através de *feedback* são

fundamentais para a auto-gestão e controlo comportamental (Epstein & Wing, 1987; Michie *et al.*, 2009), de forma a reforçar a eficácia das intervenções destinadas a promover uma alimentação saudável e a atividade física (Michie *et al.*, 2009).

Os três maiores componentes do tratamento comportamental na obesidade infantil são a dieta, o exercício físico e a modificação comportamental (Braet *et al.*, 2003; Epstein *et al.*, 1998; Epstein & Wing, 1987; Limbers, Turner, & Varni, 2008).

Ao nível da dieta os principais objetivos são a diminuição do consumo de calorias, redução do consumo de gorduras e reestruturação de hábitos alimentares, resultando num aumento da densidade de nutrientes (Epstein *et al.*, 1998). Contudo, quando falamos em dieta, em crianças obesas, é necessário ter em atenção que estas crianças precisam de ter uma dieta equilibrada com as calorias suficientes para promover o seu crescimento, mas também com um consumo restrito para produzir mudanças no peso (Epstein & Wing, 1987).

A promoção do aleitamento materno, a promoção da atividade física, a redução do tempo em frente à televisão, as estratégias alimentares, o aumento do consumo de fruta e legumes e a redução do consumo de bebidas açucaradas são estratégias a ter em consideração para tentar prevenir ou tratar o excesso de peso nas crianças (Sherry, 2005). É, ainda, importante que as crianças sejam encorajadas a beber água (Braet *et al.*, 2004). Estes mesmos autores desenvolveram um programa para crianças obesas contemplando essencialmente três componentes: hábitos alimentares saudáveis (e.g. encorajamento para beber água e comer fruta), exercício físico (e.g. incentivo ao exercício antes ou depois da escola) e técnicas cognitivas comportamentais (e.g. técnicas de autoinstrução), onde as crianças que usufruíram deste tratamento, em contexto hospitalar, perderam uma quantidade significativa do seu peso.

Torna-se ainda relevante aliar a intervenção ao nível da alimentação com o exercício físico, visto que o aumento da atividade física sem uma intervenção ao nível da alimentação, e vice-versa, não apresenta resultados eficazes (Epstein *et al.*, 1998). Aumentar os níveis de atividade física é outra componente importantíssima nos programas de controlo de peso na obesidade, de forma a aumentar a energia dispendida e produzir ou aumentar um balanço energético negativo (Epstein *et al.*, 1998). A atividade física pode ser aumentada através do uso de estratégias comportamentais, como o estabelecimento de objetivos, auto-monitorização e reforço positivo (Epstein, Saelens, Myers, & Vito, 1997). Desta forma, os mesmos autores criaram um programa onde participaram 34 crianças obesas, entre os 8 e os 12 anos, tendo os resultados sugerido que o reforço diminui a preferência e o gosto por atividades sedentárias e aumenta a atividade física.

Outras componentes têm vindo a ser integradas em programas de intervenção na obesidade, de forma a melhorar a eficácia dos mesmos e a manter os ganhos adquiridos. De acordo com Van der Akker e colaboradores (2007) programas de grupo cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes podem ser eficazes na redução do peso, através do desenvolvimento da autoestima, de uma imagem positiva e adoção de um estilo de vida saudável. Introduzir uma abordagem que ajude a

criança a lidar com situações de *stress*, nomeadamente estratégias de *coping*, pode ajudar a manter os resultados a longo prazo (Braet *et al.*, 2003).

O envolvimento dos pais na intervenção com crianças obesas tem vindo a suscitar cada vez mais o interesse dos investigadores. Nesse âmbito, alguns estudos desenvolveram tratamentos para a obesidade infantil onde os pais eram os únicos agentes de mudança, verificando-se maiores mudanças comportamentais e uma maior perda de peso, comparando com as intervenções onde a criança é o agente exclusivo da mudança (Golan *et al.*, 1998; Golan & Crow, 2004).

Contudo, nenhum dos métodos anteriores é muito eficaz como ferramenta exclusiva no tratamento da obesidade infantil. Estas evidências levaram à criação de programas multidisciplinares, envolvendo as famílias (Flodmark *et al.*, 2004).

Há evidências dos benefícios do envolvimento dos pais no tratamento da obesidade pediátrica (Epstein, Paluch, Rocmmich, & Beecher, 2007; Golan & Crow, 2004). Torna-se, assim, essencial envolver os pais na intervenção com crianças e adolescentes obesos de forma a ajudarem as crianças a: adotar novos estilos de vida (Braet *et al.*, 2003); não neutralizarem a eficácia do tratamento já que muitos pais servem de modelo e suportam o comportamento da criança (Epstein, & Wing, 1987); produzir o máximo de mudança comportamental na criança, que poderá implicar estratégias de mudanças específicas pelos pais (Epstein, 1985 *cit in* Epstein, & Wing, 1987), bem como manter os objetivos de diminuição de peso e de manutenção desta diminuição (Van den Akker *et al.*, 2007; Braet *et al.*, 2003). Como o desenvolvimento de comportamentos inadequados pela criança pode, ainda, estar associado a comportamentos inadequados face à alimentação pelos pais (Klesges *et al.*, 1984) é muito importante ter a colaboração dos mesmos no tratamento.

A literatura mostra que os procedimentos mais eficazes para lidar com a obesidade são aqueles que envolvem um trabalho de equipas multidisciplinares (Carvalho *et al.*, 2005), tornando-se uma prioridade a aplicação de programas multidisciplinares no tratamento da obesidade (Nemet *et al.*, 2005). Tratamentos mais longos estão também associados a melhores resultados, tanto em adultos como em crianças (Goldfied, Raynor, & Epstein, 2002 *cit in* Epstein *et al.*, 2007). No entanto, tratamentos mais longos exigem mais desafios para manter os participantes em tratamento (Epstein *et al.*, 2007).

Em suma, a obesidade é muito resistente ao tratamento, sendo que os bons resultados quando se conseguem são pouco persistentes (Viana, 2002), visto que alcançar e manter um peso saudável ao longo da vida é um desafio que exige um acompanhamento constante de forma a assegurar uma alimentação saudável e a prática de exercício regular (Limbers *et al.*, 2008).

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

1. Objetivos e Hipóteses

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar a eficácia de um programa de intervenção psicológica de grupo na obesidade infantil. Os objetivos mais específicos são os seguintes: 1)

Caracterizar o padrão alimentar das crianças e pré-adolescentes¹ obesos ou com excesso de peso; 2) Avaliar a eficácia da intervenção relativamente ao IMC; 3) Avaliar a eficácia da intervenção em termos de mudança e/ou manutenção de padrões e atitudes alimentares; 4) Avaliar a eficácia da intervenção relativamente ao auto-conceito e estratégias de *coping*; e 5) Perceber de que modo as atitudes alimentares destas crianças estão associados às atitudes alimentares dos pais.

As hipóteses a serem testadas neste estudo referem-se aos objetivos anteriores e são as seguintes:

H₁- Há diferenças significativas entre o GE e o GC dos momentos pré para o pós-intervenção ao nível do IMC, ao nível dos padrões alimentares, ao nível das atitudes alimentares das crianças, ao nível do auto-conceito e ao nível das estratégias de *coping*.

H₂- Há diferenças significativas entre o GE e o GC ao nível do IMC, ao nível das atitudes alimentares das crianças, ao nível do auto-conceito e ao nível das estratégias de *coping* no pós-teste.

H₃- Há diferenças significativas entre o GE e o GC dos momentos pré para o pós-intervenção ao nível do comportamento alimentar dos pais.

H₄- Há diferenças significativas entre o GE e o GC ao nível das atitudes alimentares dos pais no pós-teste.

H₅- Há relação entre as atitudes alimentares das crianças e as atitudes alimentares dos pais.

2. Método

2.1. Participantes

Obteve-se a autorização de aproximadamente 70 crianças para participar no estudo, acabando apenas 39 por completar a participação no mesmo. A amostra é, assim, constituída por 39 crianças, e seus progenitores, distribuídos por dois grupos, 19 (48.7%) do grupo experimental e 20 (51.3%) do grupo de controlo (Tabela 1). Os critérios de inclusão para o Grupo de Controlo (GC) foram: a criança ser acompanhada na consulta de Gastrenterologia e Nutrição Pediátrica no Hospital Escala Braga; ter entre 8 e 12 anos e ter o diagnóstico clínico de obesidade ou excesso de peso². O Grupo Experimental (GE) incluía os mesmos critérios de inclusão do GC com o acréscimo de ter participado num programa de intervenção psicológica de grupo na obesidade infantil. Apresenta-se em seguida a tabela 1 com a caracterização demográfica dos participantes.

Tabela 1. Caracterização demográfica dos participantes do GE e do GC

Grupo	Total		Sexo Feminino		Sexo Masculino		Idade	IMC
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	Média (DP)	Média (DP)
Experimental	19	48.7	11	57.9	8	42.1	9.95 (1.35)	25.21 (2.51)
Controlo	20	51.3	12	60.0	8	40.0	10.40(1.35)	26.92 (3.90)
Total	39	100.0	23	59.0	16	41.0	10.18(1.32)	26.09 (3.37)

Relativamente à idade das crianças, a idade média no grupo experimental é de 9.95 anos (DP = 1.35) e no grupo de controlo é de 10.40 anos (DP = 1.35). Em relação ao sexo das crianças no grupo

¹ Daqui em diante utilizar-se-á apenas o termo criança para nos referirmos a crianças e pré-adolescentes.

² Daqui em diante utilizar-se-á apenas o termo obesidade para a designação de excesso de peso e/ou obesidade.

experimental, 11 (57.9%) são do sexo feminino e 8 (42.1%) são do sexo masculino. A amostra do grupo de controlo é constituída por 12 (60.0%) crianças do sexo feminino e 8 (40.0%) crianças do sexo masculino. No que concerne ao Nível Sócio-Económico, tendo por base a classificação de Graffar, no GE 26.3% pertence à classe alta/média-alta, 36.8% à classe média e 36.8% à classe média-baixa/baixa; no GC 15% pertence à classe alta/média-alta, 25% à classe média e 60% à classe média-baixa/baixa. Relativamente ao IMC, o IMC médio no grupo experimental é de 25.21 kg/m² (DP=2.51), enquanto o IMC médio no grupo de controlo é de 26.92 kg/m² (DP=3.90) (tabela 1). A tabela 2 apresenta a distribuição do IMC pelos percentis, considerando a idade e o sexo, para cada um dos grupos.

Tabela 2. Distribuição do IMC do GE e do GC por idades e sexo

I D A D E	GE						GC					
	Sexo Feminino			Sexo Masculino			Sexo Feminino			Sexo Masculino		
(n)	IMC Média (DP)	Perce ntil	(n)	IMC Média (DP)	Perce ntil	(n)	IMC Média (DP)	Perce ntil	(n)	IMC Média (DP)	Perce ntil	
8	1	23.47 (-)	P>95	3	25.80 (2.29)	P>95	0	(-)	P>95	2	26.12 (1.59)	P>95
9	2	24.49 (2.66)	P>95	0	(-)	P>95	1	29.93 (-)	P>95	1	23.31 (-)	P>95
10	5	24.12 (3.63)	P>95	2	24.52 (.24)	P>95	5	26.49 (2.73)	P>95	2	27.35 (.76)	P>95
11	2	28.51 (1.47)	P>95	1	25.49 (-)	P>95	3	24.73 (1.48)	P>95	1	22.37 (-)	90<P<95
12	1	24.45 (-)	90<P<95	2	26.33 (1.96)	P>95	3	28.08 (5.22)	P>95	2	32.47 (8.52)	P>95

As crianças de ambos os grupos encontram-se de forma maioritária acima do percentil 95, apresentando um diagnóstico clínico de obesidade.

2.1.1. Caracterização dos participantes quanto às variáveis relativas à obesidade

Relativamente à obesidade apresenta-se a tabela 3 com as categorias utilizadas para a caracterizar.

Tabela 3. Caracterização de variáveis referentes à obesidade no GE e no GC

	GE		GC			GE		GC	
	(n)	%	(n)	%		(n)	%	(n)	%
Obesidade					Frequentam consulta de gastroenterologia				
▪ Menos de um ano	1	5.6	1	5.0	▪ Menos de um mês	1	5.6	4	20.0
▪ 2 a 3 anos	2	11.1	8	40.0	▪ 2 a 3 meses	1	5.6	2	10.0
▪ 4 a 5 anos	0	0.0	3	15.0	▪ 4 a 5 meses	2	11.1	1	5.0
▪ Mais de 5 anos	8	44.4	3	15.0	▪ Mais de 5 meses	14	77.8	13	65.0
▪ Desde sempre	7	38.9	5	25.0					
Problemas associados à obesidade					Obesidade nos pais				
▪ Sim	3	16.7	2	10.0	▪ Pai	5	26.3	4	20.0
▪ Não	15	83.3	18	90.0	▪ Mãe	6	31.6	7	35.0
					▪ Pai e Mãe	4	21.1	3	15.0
					▪ Nenhum	4	21.1	6	30.0

Na tabela 3 são de assinalar os seguintes aspectos: 1) relativamente ao GE, 44.4% dos participantes têm obesidade há mais de 5 anos e 38.9% desde sempre; 77.8% das crianças frequentam a consulta de

gastroenterologia com o objetivo de perder peso há mais de cinco meses; 83.3% não apresentam problemas de saúde associados à obesidade; e 78.9% das crianças tem o pai, a mãe ou ambos com obesidade; 2) no que diz respeito ao GC, 40.0% têm obesidade acerca de 2-3 anos e 25.0% desde sempre; 65.0% dos participantes frequentam a consulta de gastroenterologia há mais de cinco meses; 90.0% não têm problemas associados à obesidade; 70.0% dos pais têm obesidade (pai, mãe ou ambos).

2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário sócio-demográfico

O questionário foi elaborado tendo em consideração as seguintes variáveis: idade, sexo, peso (Kg), altura (m), profissão/escolaridade dos pais, há quanto tempo têm obesidade e frequentam as consultas de gastroenterologia pediátrica, se os pais têm obesidade e se há problemas associados à obesidade.

2.2.2. Questionário alimentar (QCS; Adaptado de MyIntyre & Araújo-Soares, 1996)

Foi adaptado o QCS, de forma a perceber o padrão alimentar de cada criança (número de refeições efetuadas, número de vezes que come entre refeições, se toma o pequeno-almoço, bem como a frequência do consumo de carne, peixe, frutas, legumes, refrigerantes e água).

2.2.3. Escala auto-conceito para Crianças e Pré-adolescentes de Susan Harter

A Escala de auto-conceito para Crianças (SPPC: *Self Perception Profile for Children*, Harter, 1985; versão portuguesa traduzida e adaptada por Martins, Peixoto, Mata, & Monteiro, 1995) é usada para avaliar a auto-percepção e autoestima da criança. Este instrumento é constituído por 36 itens que avaliam a autoestima global, bem como cinco áreas de percepção de competência em diferentes domínios da vida (competência escolar, aparência física, aceitação social, competência atlética e atitude comportamental), estando recomendado para uma população entre os 8 e os 12 anos.

A adaptação à população portuguesa revelou que a Escala de auto-conceito para Crianças e Pré-adolescentes apresenta propriedades psicométricas aceitáveis, com exceção da subescala Aceitação Social, cuja consistência interna é manifestamente baixa (Martins *et al.*, 1995).

2.2.4. Inventário de estratégias de coping (SCSI)

O inventário de estratégias de coping (SCSI: *Schoolagers' Coping Strategies Inventory*, Ryan-Wenger, 1990; versão portuguesa traduzida e adaptada por Lima, Lemos, & Guerra, 2002) é um instrumento de auto-registo destinado a crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos de idade, que avalia a percepção da criança acerca da sua utilização de estratégias de coping durante um acontecimento stressante definido pela criança (Lima *et al.*, 2002). Este instrumento é constituído por 21 itens com respostas do tipo *Likert*, numa escala de 0 a 3, que avaliam a frequência e a eficácia da utilização de diferentes tipos de estratégias durante a ocorrência de um acontecimento stressante (Lima *et al.*, 2002). A cotação do instrumento é feita separadamente para a escala de Frequência e para a escala de Eficácia, sendo que cada escala é formada por três subescalas: estratégias de distração cognitiva e comportamental; comportamentos de *acting out* e estratégias ativas. A adaptação à

população portuguesa revelou propriedades psicométricas satisfatórias, apresentando um *alpha de Cronbach* para a escala de frequência e de eficácia de 0.77 (Lima *et al.*, 2002).

2.2.5. Teste de Atitudes Alimentares em Crianças

O Teste de Atitudes Alimentares em Crianças (ChEAT; *Children's Eating Attitude Test*, Maloney, McGuire, & Daniels, 1988; versão portuguesa traduzida e adaptada por Santos & Baptista, 2001) é um instrumento de auto-relato que avalia as atitudes e comportamentos associados à alimentação e ao controlo de peso. Este instrumento é constituído por 26 itens com respostas do tipo *Likert*, numa escala de 1 (“sempre”) a 6 (“nunca”) e é destinado a avaliar crianças e pré-adolescentes. Os 26 itens estão divididos em três subescalas: cumprimento da dieta; preocupação com a comida e bulimia; e controlo da ingestão alimentar. O método de cotação implica a recodificação de cada item, em escalas do tipo *Likert* atribuindo-se pontos de 0 a 3 (sempre= 3 pontos; muito frequentemente= 2 pontos; frequentemente= 1 ponto; algumas vezes, raramente e nunca= 0 pontos). A pontuação total do ChEAT varia entre 0 e 78, onde valores mais elevados correspondem a maior presença de sintomatologia, sendo os valores acima de 20 sugestivos de perturbação do comportamento alimentar. A adaptação e validação para a população portuguesa revelou uma aceitável consistência interna (*alpha de Cronbach* de .70) (Brasil, Santos, & Baptista, 2008).

2.2.6. Teste de Atitudes Alimentares (TAA)

O TAA (EAT; *Eating Attitudes Test*, Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982; versão portuguesa traduzida e adaptada por Pereira *et al.*, 2006) é o instrumento estandardizado mais amplamente utilizado não só na avaliação das atitudes e comportamentos alimentares de doentes com Distúrbios do Comportamento Alimentar, como ainda de populações não clínicas. Pelo seu interesse, os autores foram desenvolvendo sucessivamente várias versões. A necessidade de um instrumento adequado e breve, levou os autores a desenvolverem uma versão reduzida, selecionando os itens que apresentavam elevados pesos fatoriais na versão de 40 itens, surgindo o EAT-26. Seguindo uma metodologia idêntica e com os mesmos objetivos, Pereira e colaboradores (2006) desenvolveram a versão portuguesa reduzida, constituída por 25 itens. O instrumento apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=.84$) (Pereira *et al.*, 2006).

2.3. Procedimentos

Inicialmente, foi necessário adquirir a autorização do Hospital para a realização do estudo. Procedeu-se uma reunião com os responsáveis onde foi explicado os objetivos do estudo, o processo de recolha de dados e entregues todos os materiais a utilizar durante o decorrer do mesmo. Após o consentimento do Hospital, seguiu-se a seleção dos participantes na consulta de Gastrenterologia e Nutrição Pediátrica no Hospital Escala Braga. As crianças que preenchiam os critérios de inclusão, e os respetivos pais, eram informados pela pediatra responsável pela consulta e pelas psicólogas dos objetivos e procedimentos do estudo. Os pais interessados em participar assinaram um consentimento informado a autorizar a participação dos filhos no respetivo estudo.

A seleção dos participantes para o GE e para o GC foi feita consoante a disponibilidade dos pais e crianças para participar na intervenção.

O primeiro momento de avaliação (pré-teste), quer para o GE quer para o GC, teve lugar uma semana antes do início da intervenção psicológica. O segundo momento de avaliação (pós-teste) foi realizado após o término da intervenção (cinco semanas após o primeiro momento de avaliação). O GC completou as avaliações nos mesmos momentos temporais que o grupo experimental, tendo os questionários sido entregues ao GC num envelope pré-pago para o retorno dos mesmos.

2.3.1. Intervenção Psicológica de grupo na Obesidade infantil: “Aprender a ser saudável”

O programa de intervenção psicológica foi destinado a crianças obesas, entre os 8 e os 12 anos, que frequentam a consulta de Gastrenterologia e Nutrição Pediátrica do Hospital Escala Braga. Realizou-se no Serviço de Psicologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, durante o mês de março, e contou com 5 sessões de grupo de 60 minutos (sessão semanal), com aproximadamente 6 crianças/adolescentes por grupo, sendo que a última sessão incluiu a presença do pai/mãe. Subjacente à construção deste programa estiveram as *NICE clinical guideline 43* (December 2006), bem como programas desenvolvidos por outros autores (e.g. Braet *et al.*, 2004; Epstein *et al.*, 1998; Epstein & Wing, 1987; Limbers *et al.*, 2008; Pereira, 2004; West *et al.*, 2010).

O programa, denominado “Aprender a ser saudável” tinha como objetivos centrais: aumentar nestas crianças e adolescentes a compreensão acerca da obesidade infantil e suas consequências; promover um estilo de vida mais saudável, aumentando os níveis de atividade física e melhorando o seu comportamento alimentar; trabalhar a autoestima e desenvolver uma imagem mais positiva de si próprio, salientando as suas competências e qualidades; ajudar a desenvolver estratégias de *coping* de forma a encontrarem soluções alternativas para os problemas com que se deparam; promover o suporte social pelos outros, nomeadamente os pais. O programa incluiu uma combinação de técnicas cognitivo-comportamentais, como: auto-monitorização, estabelecimento de objetivos, controlo de estímulos e reestruturação cognitiva de forma a levar a mudanças no estilo de vida destas crianças/adolescentes. As sessões distribuíram-se da seguinte forma: Sessão I – A obesidade infantil e as suas consequências; Sessão II – Reeducação Alimentar; Sessão III – Diminuição do sedentarismo e promoção da prática de exercício físico; Sessão IV – Aprender a dizer NÃO e a reconhecer qualidades e competências; Sessão V – Manutenção dos hábitos saudáveis e ganhos adquiridos até ao momento. No final das sessões, cada participante recebeu um panfleto informativo que enfatizava os principais tópicos abordados nas sessões, sendo ainda, encorajados a influenciar o comportamento dos seus pais, face ao seu papel crucial na acessibilidade e preparação dos alimentos consumidos.

2.4. Procedimentos estatísticos

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa SPSS – versão 19.0.

Procedeu-se a uma Análise Exploratória de Dados (AED) para examinar se as variáveis intervalares em estudo eram adequadas para o uso de estatística paramétrica. Após serem avaliados os três pressupostos subjacentes ao uso de estatística paramétrica – (a) variável ser intervalar, (b) normalidade da distribuição da variável intervalar e (c) homogeneidade das variâncias – recorreu-se a testes paramétricos quando os três pressupostos estavam cumpridos (Martins, 2011). Quando isso não se sucedia, com o intuito de a variável passar a cumprir os pressupostos, recorreu-se a transformações matemáticas da variável intervalar em questão através da função logarítmica, raiz quadrada e função inversa, respetivamente. No caso de a nova variável também não cumprir os pressupostos subjacentes ao uso de testes paramétricos foram realizados os testes paramétricos e os testes não paramétricos equivalentes, como aconselhado por Fife-Schaw (2006 *cit in* Martins, 2011). Quando as conclusões tiradas em ambos os testes foram as mesmas, optou-se por apresentar os resultados dos testes paramétricos, dada a sua robustez e capacidade de análises multivariadas (Martins, 2011). No entanto, quando as conclusões de ambos os testes eram diferentes, optou-se por apresentar os resultados dos testes não paramétricos.

Foi realizada uma análise preliminar, através de testes de associação (*Qui-quadrado*) e testes de diferenças (Teste T para Amostras Independentes) de forma a avaliar a equivalência entre o GE e o GC antes da intervenção psicológica (momento de pré-teste).

Para analisar a eficácia do programa foi necessário analisar as diferenças entre o GC e o GE no momento pré para o pós-intervenção e no momento pós-intervenção. Desta forma, tendo em consideração a existência de duas variáveis independentes (VI) com um *design* misto, o tempo (VI intra-sujeitos) e o grupo (VI inter-sujeitos) para cada variável dependente realizou-se a ANOVA Mista Bifatorial (2-Way-Mixed ANOVA) para as variáveis que cumpriam os pressupostos subjacentes ao uso de estatística paramétrica. Quando os mesmos pressupostos não estavam cumpridos, utilizou-se estatística não paramétrica, nomeadamente testes de Wilcoxon de forma a comparar as médias dos *scores* da variável dependente (VD) no momento pré-teste com as médias dos *scores* da mesma VD no momento pós-teste, em ambos os grupos; e teste de Mann-Whitney de forma a analisar se existiam diferenças ao nível da VD entre o GE e o GC no momento pós-teste.

3. Apresentação dos resultados

3.1. Caracterização dos padrões alimentares das crianças

Para analisar os padrões alimentares das crianças antes do programa de intervenção, apresenta-se uma tabela com todas as categorias utilizadas para as avaliar.

Tabela 4. Caracterização de variáveis referentes aos padrões alimentares no GE e no GC

Variáveis Comportamentais	GE		GC		Variáveis Comportamentais	GE		GC	
	(n)	%	(n)	%		(n)	%	(n)	%
Número de refeições					Comer entre refeições				
▪ Mais de 3	17	89.5	13	65.0	▪ 1 a 3 vezes por dia	16	84.2	17	85.0
▪ 3 ou menos de 3	2	10.5	7	35.0	▪ Raramente, nunca	3	15.8	3	15.0
Consumo fruta					Consumo vegetais				
▪ 1 a 3 vezes por dia	17	89.5	18	90	▪ 1 a 3 vezes por dia	13	68.4	14	70.0
▪ Por vezes, raramente ou nunca	2	10.5	2	10	▪ Por vezes, raramente ou nunca	6	31.6	6	30.0
Acrescentar sal					Evitar alimentos com gordura				
▪ De vez em quando a frequentemente	3	15.8	4	20.0	▪ Sim	11	57.9	12	60.0
▪ Raramente ou nunca	16	84.2	16	80.0	▪ Não	8	42.1	8	40.0
Consumo de doces					Pequeno-almoço				
▪ Todos os dias	1	5.3	2	10.0	▪ Todos os dias	16	84.2	18	90.0
▪ Por vezes, raramente ou nunca	18	94.7	18	90.0	▪ Às vezes, raramente ou nunca	3	15.8	2	10.0
Consumo de carne					Consumo de peixe				
▪ Pelo menos 1 vez por dia	15	78.9	16	80.0	▪ Pelo menos 1 vez por dia	11	57.9	10	50.0
▪ Por vezes, raramente ou nunca	4	21.1	4	20.0	▪ Por vezes, raramente ou nunca	8	42.1	10	50.0
Consumo “Cola”					Consumo de água				
▪ Uma por dia	1	5.3	0	0.0	▪ Menos de 1 litro	17	89.5	17	85.0
▪ Raramente, nunca	18	94.7	20	100	▪ Mais de 1 litro	2	10.5	3	15.0

Na tabela 4 são de assinalar os seguintes aspetos: 1) relativamente ao GE, 89.5% faz mais de 3 refeições por dia; 15.8% raramente ou nunca come entre refeições; 10.5% das crianças refere não comer ou comer apenas por vezes fruta; 31.6% refere raramente ou nunca consumir vegetais; 15.8% acrescentam por vezes ou de forma frequente sal à comida; 42.1% não evita comer alimentos com gordura; 5.3% refere o consumo de doces todos os dias; 15.8% refere não tomar ou tomar o pequeno-almoço apenas às vezes; 21.1% não consome carne ou come apenas às vezes; 42.1% das crianças raramente ou nunca consomem peixe; e 89.5% bebe menos de um litro de água por dia; 2) quanto ao GC, 65.0% faz mais de 3 refeições por dia; 15% raramente ou nunca come entre refeições; 10.0% das crianças refere não comer ou comer apenas por vezes fruta; 30.0% refere raramente ou nunca consumir vegetais; 20.0% acrescentam por vezes ou de forma frequente sal à comida; 40.0% não evita comer alimentos com gordura; 10.0% refere o consumo de doces todos os dias; 10.0% refere não tomar ou tomar o pequeno-almoço apenas às vezes; 20.0% não consome carne ou come apenas às vezes; 50.0% das crianças raramente ou nunca consomem peixe; e 85.0% bebe menos de um litro de água por dia

3.2. Diferenças entre o Grupo Experimental e o Grupo de Controlo no Pré-teste

3.2.1. Diferenças entre Grupos no Pré-teste nas variáveis relativas aos Padrões Alimentares

Face à natureza não intervalar das variáveis utilizou-se o teste de Qui-Quadrado para verificar as associações entre grupos nos padrões alimentares. Os resultados dos testes χ^2 demonstraram que os grupos são semelhantes entre si no que respeita aos padrões alimentares avaliados, uma vez que não há uma associação significativa entre o grupo e as variáveis comportamentais, nomeadamente: número de

refeições (Teste de Fisher, $p = .127$); tomar pequeno-almoço (Teste de Fisher, $p = .661$); comer entre refeições (Teste de Fisher, $p = 1.000$); consumo de doces (Teste de Fisher, $p = 1.000$); consumo de carnes (Teste de Fisher, $p = 1.000$); consumo de peixe ($\chi^2(1) = .244$, $p = .621$); consumo de fruta (Teste de Fisher, $p = 1.000$); consumo de vegetais ($\chi^2(1) = .011$, $p = .915$); evitar alimentos com gordura ($\chi^2(1) = .018$, $p = .894$); acrescentar sal à comida (Teste de Fisher, $p = 1.000$); consumo de cola (Teste de Fisher, $p = .487$) e consumo de água (Teste de Fisher, $p = 1.000$).

3.2.2. Diferenças entre os dois grupos no Pré-teste ao nível das medidas dependentes

Recorreu-se ao Teste T para Amostras Independentes para verificar se existiam diferenças entre grupos, no momento do pré-teste ao nível das medidas dependentes.

Tabela 5. Média, Desvio Padrão (DP) e valores do Teste T para Amostras Independentes para as medidas dependentes: Diferenças entre as crianças do GE e do GC no pré-teste

	GE ($n = 19$) Média (DP)	GC ($n = 20$) Média (DP)	$t(37)$
IMC	25.21 (2.51)	26.92 (3.90)	.23
Atitudes e comportamentos alimentares das crianças (score total)	11.37 (6.38)	12.00 (7.29)	.29
Auto-conceito (score total)	97.63 (17.33)	91.55 (14.99)	-1.17
Frequência das estratégias de coping (score total)	23.47 (8.89)	26.55 (9.22)	1.06
Eficácia das estratégias de coping (score total)	30.89 (10.57)	36.15 (8.88)	1.69

Verificou-se que não há diferenças significativas entre as crianças do GE e as crianças do GC ao nível das medidas dependentes no momento de pré-teste, nomeadamente: IMC ($t(37) = -1.63$, $p = .637$); atitudes e comportamentos alimentares da criança ($t(37) = .29$, $p = .551$); auto-conceito ($t(37) = -1.17$, $p = .861$); frequência das estratégias de coping ($t(37) = 1.06$, $p = .920$); e eficácia das estratégias de coping ($t(37) = 1.69$, $p = .517$) (tabela 5).

3.2.3. Diferenças entre os dois grupos no Pré-teste ao nível das subescalas das atitudes e comportamentos alimentares da criança, do auto-conceito e das estratégias de coping

Recorreu-se à MANOVA para cada subescala de forma a estudar as diferenças entre os dois grupos para cada uma das subescalas.

Tabela 6. Média, DP e valores dos testes univariados das subescalas das medidas dependentes: Diferenças de acordo com a variável grupo, no pré-teste

Subescalas		GE (n = 19) Média (DP)	GC (n = 20) Média (DP)	F (3,35)
Atitudes e comportamentos alimentares	Cumprimento da Dieta	8.26 (4.78)	9.15 (5.46)	.290
	Preocupação com a comida e Bulimia	.95 (2.20)	.60 (1.39)	.35
	Controlo da Ingestão Alimentar	2.16 (1.83)	2.25 (2.40)	.02
Subescalas		GE (n = 19) Média (DP)	GC (n = 20) Média (DP)	F (1,37)
Auto-conceito	Competência Escolar	16.11 (4.61)	14.60 (4.84)	.99
	Aceitação Social	18.21 (4.70)	16.75 (4.35)	1.02
	Competência Atlético	13.84 (2.65)	12.05 (2.54)	4.64*
	Aparência Física	13.84 (3.42)	13.20 (3.00)	.39
	Atitude Comportamental	18.16 (2.46)	18.40 (3.35)	.07
	Autoestima Geral	17.47 (4.05)	16.55 (4.07)	.50
Frequência das estratégias de Coping	Estratégias distração cognitiva comportamental	13.16 (5.70)	15.20 (5.70)	1.20
	Comportamentos de <i>Acting out</i>	2.32 (2.00)	2.65 (2.48)	.15
	Estratégias ativas	8.00 (3.15)	8.70 (3.15)	.50
Eficácia das estratégias de Coping	Estratégias distração cognitiva comportamental	16.95 (6.82)	20.80 (5.64)	3.71 [†]
	Comportamentos de <i>Acting out</i>	3.16 (2.73)	3.05 (2.24)	.02
	Estratégias ativas	10.79 (2.92)	12.30 (3.01)	2.53

* $p < .05$; [†] $p < .10$.

Para as subescalas do ChEAT verificou-se, através do teste MANOVA, que não há diferenças multivariadas ao nível das dimensões do ChEAT em função do grupo (Wilks' Lambda = .98, $F(3, 35) = .24$, $p = .866$). Relativamente às subescalas do auto-conceito, através do teste MANOVA verificou-se que não há diferenças multivariadas ao nível das dimensões do auto-conceito em função do grupo (Wilks Lambda = .85, $F(6,32) = .93$, $p = .486$). No entanto testes univariados revelaram diferenças entre grupos ao nível da competência atlética ($F(1,37) = 4.64$, $p = .038$). O grupo experimental percebe-se com maior competência atlética do que o grupo de controlo (tabela 6). No que diz respeito às subescalas da frequência das estratégias de *coping*, através do teste MANOVA verificou-se que não há diferenças multivariadas ao nível das dimensões do *coping* em função do grupo (Wilks' Lambda = .97, $F(3,35) = .39$, $p = .762$). No que diz respeito às subescalas da eficácia das estratégias de *coping*, através do teste MANOVA verificou-se que não há diferenças multivariadas ao nível das dimensões do *coping* em função do grupo (Wilks Lambda = .85, $F(3,35) = 2.14$, $p = .113$). No entanto, testes univariados revelaram diferenças marginalmente significativas entre grupos ao nível das estratégias de distração cognitiva e comportamental ($F(1,37) = 3.71$, $p = .062$). O GC tende a perceber-se como mais eficaz nas estratégias de distração cognitiva e comportamental do que o GE (tabela 6).

3.2.4. Diferenças entre grupos, no Pré-teste, no Teste de Atitudes Alimentares dos pais

Como as atitudes alimentares das crianças estão muitas vezes associadas às atitudes alimentares dos pais, o comportamento alimentar dos pais foi uma das variáveis consideradas neste estudo.

Tabela 7. Média, DP e valores do Teste T para Amostras Independentes para as atitudes e comportamentos alimentares dos pais: Diferenças entre o GE e o GC, no pré-teste

	GE	GC	<i>t</i> (36)
	Média (DP)	Média (DP)	
Atitudes e comportamentos alimentares da mãe (score total)	(<i>n</i> = 18) 4.94 (4.96)	(<i>n</i> = 20) 13.45 (8.90)	4.23***
Atitudes e comportamentos alimentares do pai (score total)	(<i>n</i> = 17) 3.12 (3.79)	(<i>n</i> = 18) 8.17 (6.13)	3.00***

*** $p < .001$.

Verificou-se que há diferenças significativas entre as mães das crianças do GE e as mães das crianças do GC ao nível das atitudes e comportamentos alimentares no momento de pré-teste, $t(36) = 4.23$, $p < .001$. As mães do GE apresentam menor *score* total nas atitudes e comportamentos alimentares do que as mães do GC. Verificou-se, ainda, que também há diferenças significativas entre os pais das crianças do GE e os pais das crianças do GC ao nível das atitudes e comportamentos alimentares no momento de pré-teste, $t(33) = 3.00$, $p < .001$. Os pais do GC apresentam maior *score* total de atitudes e comportamentos alimentares do que os pais do GE (tabela 7).

Em suma, pode-se concluir que não há diferenças significativas entre os grupos, no pré-teste, quanto aos comportamentos e atitudes alimentares das crianças, ao auto-conceito e às estratégias de *coping*. Apenas foram encontradas diferenças significativas ao nível da subescala competência atlética do auto-conceito e diferenças marginalmente significativas ao nível da subescala da eficácia das estratégias de *coping* de distração cognitivo e comportamental. Os grupos são, assim, semelhantes no momento de pré-teste relativamente às dimensões avaliadas.

Em relação aos pais das crianças, já não podemos dizer que se tratam de grupos semelhantes, uma vez que diferem de forma significativa nas atitudes e comportamentos alimentares.

3.3. Efeitos da Intervenção

3.3.1. Efeitos da Intervenção: Padrões alimentares das crianças

Tendo em consideração a natureza não intervalar das variáveis recorreu-se ao teste de Wilcoxon para avaliar a existência de diferenças entre os dois momentos de avaliação ao nível dos padrões alimentares das crianças, em cada um dos grupos. No que se refere ao GE, os testes de Wilcoxon revelaram que não há diferenças significativas ao nível de algumas variáveis, nomeadamente: número de refeições ($Z = -.58$, $p = .564$); comer entre refeições ($Z = -.58$, $p = .564$); pequeno-almoço ($Z = -1.00$, $p = .317$); doces ($Z = .00$, $p = 1.00$); carne ($Z = -.45$, $p = .655$); peixe ($Z = -.45$, $p = .655$); fruta ($Z = -1.41$, $p = .157$); vegetais ($Z = -1.13$, $p = .257$); evitar gorduras ($Z = -1.34$, $p = .180$); e cola ($Z = -1.00$, $p = .317$). Contudo, também revelaram diferenças significativas ao nível do consumo de água ($Z = -2.12$, $p = .034$). As crianças do GE bebem mais água no pós-teste do que no pré-teste. Existem, ainda, diferenças marginalmente significativas ao nível do acréscimo de sal à comida ($Z = -1.73$, $p = .083$). As crianças do GE tendem a acrescentar mais sal à comida no pós-teste do que no pré-teste.

Em relação ao GC, os testes de Wilcoxon revelaram que não há diferenças significativas ao nível de algumas variáveis do pré para o pós-teste, nomeadamente: pequeno-almoço ($Z = -1.00, p = .317$); doces ($Z = -.58, p = .564$); carne ($Z = -1.00, p = .317$); peixe ($Z = -1.34, p = .180$); fruta ($Z = -1.41, p = .157$); vegetais ($Z = -1.00, p = .317$); evitar gorduras ($Z = -.45, p = .655$); acrescentar sal à comida ($Z = -1.41, p = .157$); cola ($Z = .00, p = 1.000$); e água ($Z = -1.41, p = .157$). Contudo, também revelaram diferenças marginalmente significativas ao nível da variável comer entre refeições ($Z = -1.73, p = .083$). As crianças do GC tendem a comer menos vezes entre refeições no pós-teste do que no pré-teste. Há, ainda, diferenças significativas ao nível do número de refeições ($Z = -2.00, p = .046$). Assim, as crianças do GC fazem menos refeições no pós-teste do que no pré-teste.

3.3.2. Efeito da intervenção psicológica ao nível do IMC, das atitudes e comportamentos alimentares das crianças, do auto-conceito e das estratégias de *coping*

De modo a estudar o efeito da intervenção psicológica ao nível das variáveis, mas simultaneamente procurar saber se o efeito é diferente para o GC e o GE, utilizou-se a ANOVA Mista Bifatorial.

Tabela 8. Média e DP para o IMC em função do grupo

	GE (n=19) Média (DP)	GC (n=20) Média (DP)	Total (n=39) Média (DP)
IMC, pré-teste	25.21 (2.51)	26.92 (3.90)	26.09 (3.37)
IMC, pós-teste	24.93 (2.60)	26.93 (3.86)	25.96 (3.42)

Em relação ao IMC, há o efeito da interação tempo*grupo no IMC ($F(1,37) = 3.57, p = .067$) (gráfico 1). Verificam-se diferenças multivariadas ao nível do IMC em função do momento de avaliação ($F(1,37) = 50759, p < .001$). As crianças apresentam um IMC menor no pós-teste do que no pré-teste (tabela 8). Conclui-se também que há o efeito da variável grupo no IMC entre o GC e o GE ($F(1,37) = 3.80, p = .059$). As crianças do GE apresentam menor IMC do que as crianças do GC (tabela 8).

Gráfico 1: Gráfico do efeito da interacção tempo*grupo ao nível do IMC

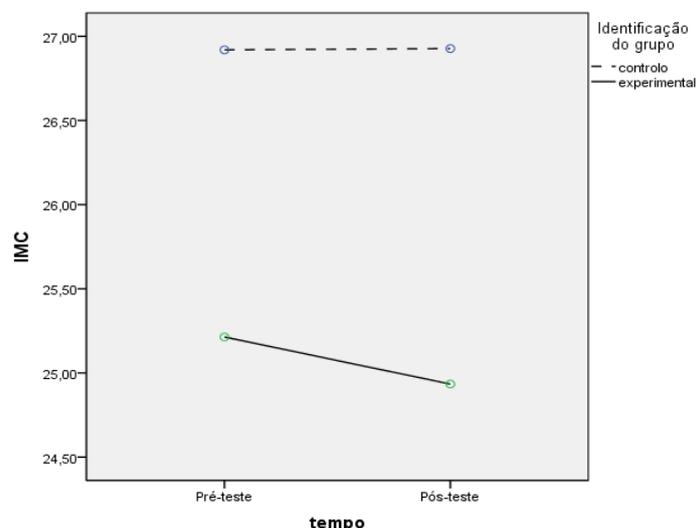


Tabela 9. Média e DP para as atitudes e comportamentos alimentares da criança (*score total*) em função do grupo

	GE (n=19) <i>Média (DP)</i>	GC (n=20) <i>Média (DP)</i>	Total (n=39) <i>Média (DP)</i>
Atitudes e comportamentos alimentares, pré-teste	11.37 (6.38)	12.00 (7.29)	11.69 (6.78)
Atitudes e comportamentos alimentares, pós-teste	12.47 (8.79)	11.05 (6.24)	11.74 (7.52)

Em relação à variável, atitudes e comportamentos alimentares não há o efeito da interação tempo*grupo nas atitudes alimentares disfuncionais ($F(1,37) = .09, p = .764$). Contudo verificam-se diferenças multivariadas ao nível das atitudes e comportamentos alimentares das crianças em função do momento de avaliação ($F(1,37) = 92.33, p < .001$). As crianças apresentam um *score total* de atitudes e comportamentos alimentares maior no pós-teste do que no pré-teste (tabela 9). Conclui-se, ainda, que não há o efeito da variável grupo nas atitudes e comportamentos alimentares entre o GC e o GE ($F(1,37) = .08, p = .786$).

Tabela 10. Média e DP para o auto-conceito (*score total*) em função do grupo

	GE (n=19) <i>Média (DP)</i>	GC (n=20) <i>Média (DP)</i>	Total (n=39) <i>Média (DP)</i>
Auto-conceito, pré-teste	97.63 (17.33)	91.55 (14.99)	94.51 (16.25)
Auto-conceito, pós-teste	97.89(13.23)	91.55 (16.20)	94.64 (14.99)

Relativamente ao auto-conceito, também não há o efeito da interação tempo*grupo no auto-conceito ($F(1,37) = .01, p = .917$). Não se verificam diferenças multivariadas ao nível do auto-conceito das crianças em função do momento de avaliação ($F(1,37) = .01, p = .917$). Conclui-se também que não há o efeito da variável grupo no auto-conceito entre o GC e o GE ($F(1,37) = 1.67, p = .205$).

Tabela 11: Média e DP para as estratégias de *coping* (*score total*) em função do grupo

	GE (n=19) <i>Média (DP)</i>	GC (n=20) <i>Média (DP)</i>	Total (n=39) <i>Média (DP)</i>
Frequência estratégias de <i>coping</i>, pré-teste	23.47 (8.89)	26.55 (9.22)	25.05 (9.08)
Frequência estratégias de <i>coping</i>, pós-teste	22.21 (9.85)	25.40 (5.04)	23.85 (7.83)
Eficácia estratégias de <i>coping</i>, pré-teste	30.39 (10.57)	36.15 (8.88)	33.59 (9.97)
Eficácia estratégias de <i>coping</i>, pós-teste	26.79 (9.89)	33.80 (4.62)	30.38 (8.34)

Relativamente às estratégias de *coping*, também não há o efeito da interação tempo*grupo na frequência das estratégias de *coping* ($F(1,37) = .002, p = .966$). Também não se verificam diferenças multivariadas ao nível da frequência das estratégias de *coping* em função do momento de avaliação ($F(1,37) = .84, p = .367$). Conclui-se, ainda, que não há o efeito da variável grupo na frequência das estratégias de *coping* entre o GC e o GE ($F(1,37) = 1.77, p = .192$). Em relação à eficácia das estratégias de *coping* os resultados não revelaram o efeito da interação tempo*grupo na eficácia das estratégias de *coping* ($F(1,37) = .44, p = .513$). Também não se verificaram diferenças multivariadas ao nível da eficácia das estratégias de *coping* em função do momento de avaliação ($F(1,37) = 5.91, p = .120$). No entanto, verificou-se o efeito da variável grupo na eficácia das estratégias de *coping* entre

o GC e o GE ($F(1,37) = 6.16, p = .018$). As crianças do GC percebem de forma mais eficaz as estratégias de *coping* do que as crianças do GE (tabela 11).

3.3.3. Efeito da intervenção psicológica ao nível das subescalas atitudes e comportamentos alimentares das crianças, das subescalas do auto-conceito e das subescalas da frequência e eficácia das estratégias de *coping*

Visto vez que os pressupostos para a utilização de estatística paramétrica não estavam cumpridos, mesmo após a transformação de variáveis, optou-se pela utilização de: 1) três testes de Mann Whitney de modo a estudar as diferenças entre os dois grupos ao nível das subescalas das atitudes e comportamentos alimentares da criança no momento do pós-teste, e três testes de Wilcoxon de modo a estudar as diferenças entre os momentos do pré e pós-teste, para cada um dos grupos, para as subescalas dos comportamentos alimentares disfuncionais da criança; 2) para as subescalas do auto-conceito foram realizados seis testes de Mann Whitney de modo a estudar as diferenças entre os dois grupos no momento do pós-teste, e seis testes de Wilcoxon de modo a estudar as diferenças entre os momentos do pré e pós-teste, para cada um dos grupos; 3) os mesmos procedimentos estatísticos descritos na alínea 1) para as subescalas da frequência e eficácia das estratégias de *coping*.

Tabela 12. Ordem média e valores do Teste de Mann-Whitney para as subescalas das medidas dependentes: Diferenças entre grupos no pós-teste

Subescalas		GE (n=19) Ordem média	GC (n=20) Ordem média	U
Atitudes e comportamentos alimentares	Cumprimento da Dieta	19.29	20.68	-.38
	Preocupação com a comida e Bulimia	20.32	19.70	-.24
	Controlo da Ingestão Alimentar	22.87	17.27	-1.56
Auto-conceito	Competência Escolar	22.13	17.98	-1.14
	Aceitação Social	20.29	19.73	-.16
	Competência Atlético	23.92	16.27	-2.11*
	Aparência Física	23.11	17.05	-1.67 [†]
	Atitude Comportamental	20.71	19.33	-.38
	Auto-estima Geral	20.58	19.45	-.31
Frequência das estratégias de coping	Estratégias distração cognitiva comportamental	18.24	21.68	-.95
	Comportamentos <i>Acting out</i>	19.71	20.27	-.16
	Estratégias ativas	17.79	22.10	-1.19
Eficácia das estratégias de coping	Estratégias distração cognitiva comportamental	17.16	22.70	-1.53
	Comportamentos <i>Acting out</i>	18.00	21.90	-1.09
	Estratégias ativas	16.74	23.10	-1.76 [†]

* $p < .05$; [†] $p < .10$.

No que concerne às subescalas das atitudes e comportamentos alimentares da criança para o GE os testes de Wilcoxon revelaram que: não há diferenças significativas ao nível do cumprimento de dieta ($Z = -.11, p = .913$) e da preocupação com a comida e bulimia ($Z = -.69, p = .493$) no pré-teste e no pós-teste; mas revelaram que há diferenças marginalmente significativas ao nível do controlo da ingestão alimentar no pré e no pós-teste ($Z = -1.78, p = .076$). O controlo da ingestão alimentar das crianças do GE tende a ser mais elevado no pós-teste do que no pré-teste. Relativamente ao GC os testes de Wilcoxon revelaram que não há diferenças significativas ao nível das subescalas das atitudes

e comportamentos alimentares no pré-teste e no pós-teste, nomeadamente: cumprimento de dieta ($Z = -.32, p = .752$), preocupação com a comida e bulimia ($Z = -1.19, p = .236$) e controlo da ingestão alimentar ($Z = -.85, p = .398$). Por sua vez, testes de Mann Whitney revelaram que não há diferenças significativas entre o GE e o GC ao nível das subescalas das atitudes e comportamentos alimentares, nomeadamente: cumprimento de dieta ($U = -.38, p = .703$), preocupação com a comida e bulimia ($U = -.24, p = .811$) e controlo da ingestão alimentar ($U = -1.56, p = .118$) (tabela 12).

Em relação às subescalas do auto-conceito para o GE testes de Wilcoxon revelaram que não há diferenças significativas ao nível das subescalas no pré-teste e no pós-teste, nomeadamente: competência escolar ($Z = -.20, p = .842$), aceitação social ($Z = -1.40, p = .161$), competência atlética ($Z = -1.60, p = .109$), aparência física ($Z = -.61, p = .545$), atitude comportamental ($Z = -.58, p = .564$) e autoestima geral ($Z = -1.09, p = .277$). No que diz respeito ao GC, os testes de Wilcoxon também revelaram que não há diferenças significativas ao nível das subescalas do auto-conceito no pré-teste e no pós-teste, nomeadamente: competência escolar ($Z = -.21, p = .836$), aceitação social ($Z = -.28, p = .777$), competência atlética ($Z = -.88, p = .377$), aparência física ($Z = -1.17, p = .241$), atitude comportamental ($Z = -.05, p = .957$) e autoestima geral ($Z = -.50, p = .620$). Testes de Mann Whitney revelaram que não há diferenças significativas entre o GE e o GC ao nível de algumas das subescalas do auto-conceito no pós-teste, nomeadamente: competência escolar ($U = -1.14, p = .253$), aceitação social ($U = -.16, p = .876$), atitude comportamental ($U = -.38, p = .702$) e autoestima geral ($U = -.31, p = .756$). No entanto, revelaram diferenças significativas entre o GE e o GC ao nível da competência atlética, $U = -1.67, p = .035$. As crianças do GE percecionam-se com maior competência atlética do que as crianças do GC. O teste de Mann Whitney revelaram, ainda, diferenças marginalmente significativas entre o GE e o GC ao nível da aparência física, $U = -1.67, p = .095$. As crianças do GE tendem a relatar maior perceção positiva da aparência física do que as crianças do GC (tabela 12).

Relativamente às subescalas da Frequência das estratégias de *coping* para o GE os testes de Wilcoxon revelaram que não há diferenças significativas ao nível das subescalas no pré-teste e no pós-teste, nomeadamente: estratégias de distração cognitiva e comportamental ($Z = -.18, p = .861$), comportamentos de *acting out* ($Z = -1.59, p = .112$) e estratégias ativas ($Z = -.26, p = .793$). No que diz respeito ao GC, os testes de Wilcoxon também revelaram que não há diferenças significativas ao nível das subescalas no pré-teste e no pós-teste, nomeadamente: estratégias de distração cognitiva e comportamental ($Z = -.26, p = .797$), comportamentos de *acting out* ($Z = -1.28, p = .202$) e estratégias ativas ($Z = -.05, p = .958$). Testes de Mann Whitney também revelaram que não há diferenças significativas entre o GE e o GC ao nível das subescalas da frequência, nomeadamente: estratégias de distração cognitiva e comportamental ($U = -.95, p = .345$), comportamentos de *acting out* ($U = -.16, p = .874$) e estratégias ativas ($U = -1.19, p = .235$) (tabela 12).

No que diz respeito às subescalas da eficácia das estratégias de *coping* para o GE os testes de Wilcoxon revelaram que: não há diferenças significativas ao nível das estratégias de distração cognitiva e comportamental no pré e no pós-teste ($Z = -.91, p = .362$), mas que há diferenças

significativas ao nível das subescalas da eficácia das estratégias de *coping* no pré-teste e no pós-teste, nomeadamente: comportamentos de *acting out* ($Z = -2.10, p = .036$) e estratégias ativas ($Z = -2.17, p = .030$). As crianças do GE percecionam os comportamentos de *acting out* e as estratégias ativas no pós-teste como menos eficazes do que no pré-teste. Relativamente ao GC, os testes de Wilcoxon revelaram que não há diferenças significativas ao nível das subescalas da eficácia das estratégias de *coping* no pré-teste e no pós-teste, nomeadamente: estratégias de distração cognitiva e comportamental ($Z = -1.26, p = .207$), comportamentos de *acting out* ($Z = -.06, p = .950$) e estratégias ativas ($Z = -1.23, p = .218$). Por sua vez, testes de Mann Whitney revelaram que não há diferenças significativas entre grupos ao nível de algumas subescalas da frequência das estratégias de *coping*, nomeadamente: estratégias de distração cognitiva e comportamental ($U = -1.53, p = .127$) e comportamentos de *acting out* ($U = -1.09, p = .278$). Contudo, revelaram diferenças marginalmente significativas entre grupos ao nível da subescala estratégias ativas no pós-teste ($U = -1.76, p = .079$). As crianças do GC tendem a apresentar uma maior perceção de eficácia das estratégias ativas do que o GE (tabela 12).

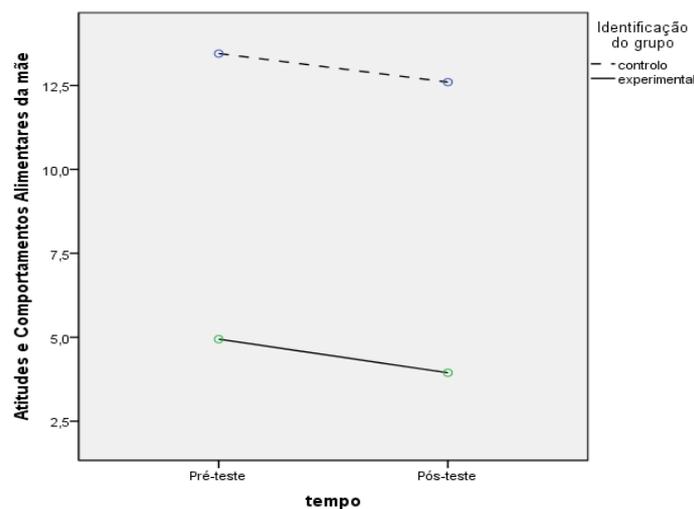
3.3.4. Efeito da intervenção psicológica ao nível das atitudes e comportamentos alimentares das mães e dos pais

Com o intuito de analisar o efeito da intervenção psicológica ao nível das atitudes e comportamentos alimentares das mães, mas juntamente procurar saber se o efeito é diferente para o GC e o GE, utilizou-se a Anova Mista Bifatorial.

Tabela 13. Média e DP para as atitudes e comportamentos alimentares da mãe (*score* total) em função do grupo

	GE (n=18) Média (DP)	GC (n=20) Média (DP)	Total (n=38) Média (DP)
Atitudes e comportamentos alimentares da mãe, pré-teste	4.94 (4.96)	13.45 (8.90)	9.42 (8.40)
Atitudes e comportamentos alimentares da mãe, pós-teste	3.94 (4.44)	12.60(10.32)	8.50 (9.11)

No que diz respeito às mães, o teste Anova Mista Bifatorial revelou que há o efeito da interação tempo*grupo nas atitudes e comportamentos alimentares das mães ($F(1,36) = 13.40, p < .001$) (gráfico 2). Verificam-se diferenças multivariadas ao nível das atitudes e comportamentos alimentares das mães em função do momento de avaliação, $F(1,36) = 37.82, p < .001$. As mães apresentam um *score* total de atitudes e comportamentos alimentares menor no pós-teste do que no pré-teste. Conclui-se também que há o efeito da variável grupo nas atitudes e comportamentos alimentares das mães entre o grupo de controlo e o grupo experimental, $F(1,36) = 15.68, p < .001$. As mães do GE apresentam um *score* total de comportamentos alimentares disfuncionais menor do que as mães do GC (tabela 13).

Gráfico 2: Gráfico do efeito da interação tempo*grupo ao nível das atitudes e comportamentos alimentares da mãe**Tabela 14.** Média e DP para as atitudes e comportamentos alimentares do pai (*score* total) em função do grupo

	GE (n=17) Média (DP)	GC (n=18) Média (DP)	Total (n=35) Média (DP)
Atitudes e comportamentos alimentares do pai, pré-teste	3.12 (3.79)	8.17 (6.13)	5.71 (5.67)
Atitudes e comportamentos alimentares do pai, pós-teste	3.47 (5.88)	6.94 (5.04)	5.26 (5.66)

Relativamente aos pais, os resultados revelaram que não há o efeito da interação tempo*grupo nas atitudes e comportamentos alimentares do pai ($F(1,33) = 1.97, p = .170$). Também não se verificaram diferenças multivariadas ao nível das atitudes e comportamentos alimentares do pai em função do momento de avaliação, $F(1,33) = .60, p = .444$. No entanto, verificou-se o efeito da variável grupo nas atitudes e comportamentos alimentares do pai entre o GC e o GE, $F(1,33) = 6.28, p = .017$. Os pais do GE apresentam um *score* total de atitudes e comportamentos alimentares menor do que os pais do GC (tabela 14).

3.4. Associação das atitudes e comportamentos alimentares da criança e as atitudes e comportamentos alimentares dos pais

Tendo em consideração a natureza intervalar das variáveis, bem como o facto de estarem cumpridos os pressupostos subjacentes ao uso de estatística paramétrica, esta hipótese foi trabalhada com recurso ao Coeficiente de Correlação de Pearson.

Tabela 15. Correlações entre os *score* total das atitudes e comportamentos alimentares da criança e os *scores* totais das atitudes e comportamentos alimentares dos pais

	Atitudes e comportamentos alimentares da mãe	Atitudes e comportamentos alimentares do pai
Atitudes e comportamentos alimentares da criança	-.01	.29 [†]

[†] $p < .10$.

Tal como pode ser observado na tabela 15, o teste de correlação de Pearson revela que não há uma associação significativa entre as atitudes e comportamentos alimentares da criança e as atitudes e comportamentos alimentares da mãe ($r = -.01, p = .966$). No entanto, o teste de correlação de Pearson também revelou uma associação positiva significativa entre as atitudes e comportamentos alimentares da criança e as atitudes e comportamentos alimentares do pai ($r = .29, p = .092$). Maior *score* total nas atitudes e comportamentos alimentares da criança está associado a maior *score* total de atitudes e comportamentos alimentares do pai.

4. Discussão dos Resultados

4.1. Efeito da Intervenção ao nível do IMC

Ao nível do IMC confirmou-se o efeito do Programa de Intervenção Psicológica em grupo na obesidade infantil, visto que os resultados evidenciaram o efeito da interação tempo*grupo. As crianças do GE apresentaram um IMC menor após a intervenção. Foi, assim, alcançado o objetivo de perda de peso pelas crianças que participaram no programa. Este resultado está em consonância com outros estudos (e.g. Braet *et al.*, 2003; Braet *et al.*, 2004; Epstein *et al.*, 2007; Pereira, 2004) que revelaram também resultados satisfatórios, mas com um investimento mais elevado, visto que eram compostos por um número maior de sessões e com momentos temporais mais alargados entre os momentos pré-teste e pós-teste. Foram, ainda, encontrados resultados similares em estudos onde os pais eram os únicos agentes de mudança no tratamento da obesidade infantil (e.g. Golan *et al.*, 1998; Golan & Crow, 2004). Contudo, apesar de terem sessões e durações diferentes, os estudos referidos tinham um objetivo em comum de diminuir o IMC.

4.2. Efeito da Intervenção ao nível dos padrões alimentares, atitudes e comportamentos alimentares

Em relação aos padrões alimentares das crianças, após a intervenção observaram-se ganhos no pós-teste para o GE. As crianças deste grupo aumentaram, de forma significativa, o seu consumo de água. Durante a sessão dedicada à reeducação alimentar enfatizou-se a importância de consumir água em abundância diariamente, uma vez que é um bem imprescindível à vida (Tauber, 2010). Também se verificaram, no GE, mudanças não previstas ao nível do acréscimo de sal à comida. Esta mudança pode ser entendida tendo por base a faixa etária dos participantes, uma vez que é no início da adolescência e adolescência que os jovens consomem em excesso gorduras saturadas, colesterol e sal (Vereecker, Ojala, & Jordan, 2004). Ao nível das variáveis tomar o pequeno-almoço, consumir frutas e vegetais o GE já apresentava no pré-teste bons hábitos alimentares (ver tabela 3). Relativamente ao GC, observou-se uma diminuição ao nível do número de refeições e ao nível da variável comer entre refeições. Estas mudanças não foram necessariamente um espelho de melhorias nos padrões alimentares, visto que é preciso considerar o seu conteúdo e a natureza dos alimentos (Tauber, 2010).

Relativamente às atitudes e comportamento alimentar da criança os resultados revelaram que não há o efeito da intervenção ao nível desta variável, visto que não se verificou o efeito da interação tempo*grupo. Contudo, verificou-se que a média das atitudes e comportamentos alimentares aumentou no GE e diminuiu no GC. Tendo em consideração o diagnóstico clínico de obesidade, é necessária alguma atenção na forma como se lê estes resultados, já que é esperado que após a intervenção as crianças tenham mais comportamentos de controlo em relação à comida, sendo compreensível este aumento por parte do GE. Estes resultados são similares aos encontrados por Edwards e colaboradores (2006), onde o *score* total do ChEAT também aumentou no pós-teste no GE. Em relação às subescalas do ChEAT, no GE foram encontradas diferenças marginalmente significativas do pré para o pós-teste ao nível da subescala controlo da ingestão alimentar, sendo que as crianças do GE tendem a ter um maior controlo sobre os alimentos que comem no pós-teste. Tendo em consideração o diagnóstico clínico de obesidade, este aumento sobre o controlo alimentar não implica uma maior disfuncionalidade na criança ao nível do comportamento alimentar, dado que as crianças que participaram na intervenção psicológica aprenderam a ter um maior auto-controlo em relação aos alimentos e aos ambientes que estimulam a ingestão alimentar e preenchem um registo alimentar de forma a se auto-monotorizarem. Relativamente à subescala, cumprimento de dieta, apesar de se ter enfatizado a importância de ter uma dieta saudável, os resultados revelaram que o programa não teve efeito ao nível desta variável. O facto de não ter sido transmitida a ideia de que as crianças tinham de ter uma recusa patológica a alimentos de elevado teor calórico, até porque, como já foi referido anteriormente, estas crianças necessitam de uma dieta equilibrada com as calorias suficientes para promover o seu crescimento (Epstein & Wing, 1987), bem como a resistência à mudança podem estar implicados nestes resultados, dado que trabalhar um tema não implica necessariamente mudanças ao nível do mesmo. Num estudo de Edwards e colaboradores (2006) onde realizaram uma intervenção na obesidade baseada na família, encontraram resultados que contrapõem os encontrados pelo nosso estudo, visto que encontraram resultados significativos para a subescala cumprimento de dieta.

Em relação às atitudes e comportamentos alimentares da mãe e do pai, no que diz respeito ao pai, os resultados revelaram que não há o efeito da interação tempo*grupo, não se verificando o efeito do programa ao nível desta variável, apesar de um dos objetivos da intervenção ter sido a transmissão de ensinamentos aos pais pelas crianças, através de panfletos. Pretendia-se, ainda, que a intervenção junto das crianças tivesse implicações ao nível dos comportamentos alimentares dos pais. Era um objectivo altamente ambicioso mas pretendia-se que as mudanças nos comportamentos alimentares das crianças levassem a mudanças nos comportamentos alimentares dos pais. Apesar de existirem diferenças entre grupos no pós-teste, estas não se devem a um efeito direto do programa, até porque os grupos não eram semelhantes no pré-teste. Em relação à mãe, apesar de haver diferenças entre grupos no pré-teste, os resultados revelaram que há o efeito da interação tempo*grupo ao nível das atitudes e comportamentos alimentares das mesmas. Uma possível explicação para estes resultados prende-se

com o facto de terem sido as mães, de forma maioritária, a participar conjuntamente com as crianças na intervenção, podendo levar a um maior envolvimento pelas mesmas.

No que concerne à associação entre as atitudes e comportamentos alimentares das crianças e as atitudes e comportamentos alimentares dos pais, um resultado que suscitou alguma curiosidade foi o facto de as atitudes e comportamentos alimentares das crianças não se encontrarem associadas às atitudes e comportamentos alimentares da mãe. A relação entre as atitudes e comportamentos alimentares apenas foi visível entre a criança e o pai. Estes resultados não são congruentes com alguns estudos que evidenciam que a mãe e criança tendem a ter estilos alimentares semelhantes, uma vez que é a mãe quem mais intervém e modela as experiências alimentares dos filhos (Johannsen *et al.*, 2006). Os resultados encontrados no nosso estudo levam-nos a pensar numa determinada desajustabilidade social, onde as mães se vêem como as principais responsáveis pela alimentação dos filhos e onde não podem descurar determinados comportamentos alimentares. Já de acordo com outros autores não existe esta diferenciação entre mães e pais, evidenciando que os padrões alimentares das crianças se encontram relacionados com as crenças e atitudes dos pais face à comida (Birch, & Fisher, 1998; Savage *et al.*, 2007). Brown e Ogden (2004), num estudo onde compararam atitudes e comportamentos alimentares entre pais e crianças, encontraram uma associação significativa entre os pais e as crianças ao nível do consumo de alimentos e ao nível da insatisfação corporal. De facto, os pais desempenham um papel de modelagem face às atitudes e comportamentos alimentares das crianças, assumindo um papel importante no desenvolvimento do comportamento alimentar dos filhos.

4.3. Efeito da Intervenção ao nível das estratégias de *coping*

Relativamente às variáveis frequência e eficácia das estratégias de *coping* não se verificou o efeito da intervenção, uma vez que não se verificou o efeito da interação tempo*grupo para estas variáveis, apesar de se terem verificado diferenças entre grupos ao nível da eficácia das estratégias de *coping*, sendo que as crianças do GC percecionaram como mais eficazes as estratégias de *coping* do que as crianças do GE. Em relação às subescalas da frequência das estratégias de *coping* também não se verificou o efeito do programa. Tendo em conta a sessão direccionada ao *coping*, era esperado que a frequência de estratégias cognitivo - comportamentais fosse significativamente superior no GE no pós-teste. Contudo, não foram esses os resultados encontrados, levando-nos a pensar numa resistência à mudança por parte destas crianças ao nível do *coping*, podendo, ainda, o curto espaço de tempo entre os dois momentos de avaliação também ter contribuído para estes resultados. Comparativamente a outros programas na obesidade infantil, não foram encontrados estudos que avaliassem de forma específica as estratégias de *coping*, sendo por isso um bom ponto de partida para novos estudos nesta área, já que as crianças com diagnóstico de obesidade tendem a usar menos, e também a percecionarem como menos eficazes as estratégias de *coping* (Silva, 2009), além de que, segundo Stauber e colaboradores (2004) em crianças obesas a ingestão compulsiva de alimentos encontra-se relacionada com estratégias de *coping* pobres. Em relação às subescalas da eficácia das estratégias de *coping*, do

pré para o pós-teste no GE há diferenças significativas ao nível dos comportamentos de *acting out* e ao nível das estratégias ativas, sendo que as crianças do GE percecionam este tipo de estratégias como menos eficazes no pós-teste. Foram, ainda, encontradas diferenças significativas entre grupos no pós-teste ao nível das estratégias ativas, percecionando-as como mais eficazes o GC em relação ao GE. De facto, na intervenção psicológica à qual este grupo foi submetido não foram contempladas estas estratégias, tendo sido abordadas estratégias mais cognitivo - comportamentais. Em relação às estratégias cognitiva e comportamental, no pré-teste os grupos diferiam entre si, sendo que o GC percecionava estas estratégias como mais eficazes em relação ao GE, mas no pós-teste esta diferença deixou de existir. Estes resultados levam-nos a pensar com cautela em relação ao efeito ou não do programa nesta variável, sendo necessários novos estudos nesta área tão pouco desenvolvida, uma vez que apesar da escassez de estudos neste campo, um estudo de Graves, Meyers e Clark (1988) mostrou que a perda de peso se mantinha mais em crianças que tinham recebido treino de estratégias de *coping* durante o tratamento.

4.4. Efeito da Intervenção ao nível do auto-conceito

Os resultados do nosso estudo revelaram que não há o efeito da intervenção psicológica ao nível do auto-conceito. Visto que o módulo da intervenção que abrangeu esta componente se focou essencialmente sobre a autoestima e qualidades físicas, não foi necessariamente eficaz no aumento direto do auto-conceito. Estes resultados são similares aos resultados encontrados por Huang e colaboradores (2007), onde uma intervenção comportamental também revelou a falta de efeitos sobre a autoestima de jovens obesos. Relativamente às subescalas do auto-conceito não mostraram diferenças significativas do pré para o pós-teste em ambos os grupos. Contudo, revelaram diferenças significativas entre o GE e o GC no pós-teste ao nível das subescalas aparência física e competência atlética. Esta diferença ao nível da aparência física pode dever-se ao facto de as crianças do GE terem perdido peso, e de certa forma sentirem-se mais satisfeitas com o seu corpo e com a sua imagem, bem como ao facto de terem aprendido a valorizar outras características físicas além do peso, nomeadamente os olhos, o sorriso, entre outros. Em relação à variável competência atlética, no momento pré-teste já existiam diferenças marginalmente significativas entre grupos. No entanto, apesar de haver diferenças entre grupos, não existem diferenças em função do momento de avaliação levando-nos a hipotetizar que a intervenção não teve efeito ao nível das variáveis psicossociais avaliadas. Um estudo de Braet e colaboradores (2004) onde avaliaram a eficácia de um programa de intervenção psicológica na obesidade infantil encontraram, no entanto, diferenças significativas do pré para o pós-teste ao nível das subescalas aparência física e competência atlética, mas também diferenças significativas na autoestima global. Estes resultados podem estar relacionados com a resistência à mudança e ter, ainda, em consideração que estas crianças podem necessitar de mais tempo para alterar a imagem que têm de si próprias, fundamentada e corroborada por experiências pessoais e interpessoais ao longo do tempo. Além disso, de acordo com Strauss (2000) o início da

adolescência é um período crítico para o desenvolvimento da autoestima para obesos. Seria, assim, interessante voltar a avaliar estas crianças um ano após a intervenção (*follow-up*) para observar se existiam resultados diferentes, nomeadamente ao nível desta subescala. Em relação às restantes subescalas do auto-conceito o programa de intervenção também não produziu um efeito direto sobre as mesmas.

5. Conclusão

A obesidade infantil atingiu proporções de epidemia a nível global e todas as evidências sugerem que a situação tende a piorar (OMS, 2011). Além da prevenção, também se torna necessário o seu tratamento de forma a evitar sequelas e consequências negativas associadas à obesidade. Contudo a eficácia dos tratamentos na obesidade infantil fica muitas vezes aquém do esperado.

Os resultados deste estudo empírico demonstram ser importantes a nível científico, mas essencialmente ao nível da prática clínica. Os resultados do nosso estudo sugerem que uma intervenção psicológica de grupo na obesidade infantil, aliada a uma intervenção médica, é mais eficaz ao nível da diminuição do IMC, aumento do consumo de água e maior controlo sobre a comida das crianças do que uma intervenção exclusivamente médica. As crianças que participaram na intervenção “Aprender a ser Saudável” provavelmente aumentaram a adesão ao tratamento médico, uma vez que lhes foi prestado apoio de forma a se adaptarem às situações pelas quais estão a passar. A auto-monitorização também ajudou a alcançar os objectivos estabelecidos. Contudo, não se verificou o efeito da intervenção psicológica de grupo ao nível da autoestima e das estratégias de *coping*, podendo estas variáveis ser alvo de estudos futuros, preferencialmente com um maior número de participantes.

Existem, ainda, algumas limitações que devem ser consideradas na análise dos resultados apresentados, nomeadamente: reduzido número de participantes; período de tempo entre o pré e o pós-teste; amostra não aleatória, uma vez que a selecção foi feita consoante a disponibilidade dos pais e da criança para participar, o que pode influenciar os resultados, já que os que participaram no programa poderiam estar mais motivados e menos resistentes à mudança. Outra limitação é a ausência de *follow-up*. Apesar de alguns resultados serem congruentes com a revisão de literatura, tornam-se necessárias mais investigações nesta área de forma a se obter resultados mais consistentes no tempo. É ainda importante referir a ausência de estudos que avaliem as estratégias de *coping* no tratamento da obesidade infantil, pelo que futuras investigações nesta área seriam fundamentais para melhor compreender a forma como influenciam a eficácia do tratamento.

Apesar das limitações acima mencionadas, este estudo contribuiu para a compreensão do tratamento da obesidade infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aycan, Z. (2009). Obesity in Childhood: definition and epidemiology. *Journal of Turkish Pediatric Endocrinology and Diabetes Society, 1*, 44-53.
- Baigrie, S., & Giráldez, S. (2008). Examining the Relationship between Binge Eating and Coping Strategies and the Definition of Binge Eating in a Sample of Spanish Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology, 11* (1), 172-180.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of the thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- *Becker, B. (1999). *Manual de Psicologia aplicada ao Exercício & Esporte*. Porto Alegre: Edelbra.
- Birch, L., & Davison, K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioural controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America, 48*, 893-907.
- Birch, L., & Fisher, J. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics, 101*, 539-549.
- Boynton-Jarrett, R., Thomas, T., Peterson, K., Wiecha, J., Sobol, A., & Gortmaker, S. (2003). Impact of Television Viewing Patterns on Fruit and Vegetable Consumption Among Adolescents. *Pediatrics, 112* (6), 1321-1326.
- Braet, C., Mervield, I., & Vandereycken, W. (1997). Psychological Aspects of Childhood obesity: A Controlled Study in a Clinical and Nonclinical Sample. *Journal of Pediatric Psychology, 22* (1), 59-71.
- Braet, C., Tanghe, A., Decaluwé, V., Moens, E., & Rosseel, Y. (2004). Inpatient Treatment for Children With Obesity: Weight Loss, Psychological Well-being, and Eating Behavior. *Journal of Pediatric Psychology, 29* (7), 519-529.
- Brasil, R., Santos, I., & Baptista, A. (2008). Teste de Atitudes Alimentares em Crianças: estudo das qualidades psicométricas para a População Portuguesa. In Congresso XIII Conferência Internacional Avaliação psicológica: Formas e Contextos. Braga, 2008.
- Brown, R., & Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behavior: a study of the modeling and control theories of parental influence. *Health Education Research, 19* (3), 261-271.
- Byrne, B. M. (1984). The general/academic self-concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of Educational Research, 54*, 427-456.
- Campbell, K., Crawford, D., Salmon, J., Carver, A., Garnett, S., & Baur, L. (2007). Associations Between the Home Food Environment and Obesity-promoting Eating Behaviors in Adolescence. *Obesity, 15* (3), 719-730.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., & Galvão-Teles, A. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity reviews, 7*, 233-237.
- Carvalho, A., Cataneo, C., Galindo, E., & Malfará, C. (2005). Auto conceito e imagem corporal em crianças obesas. *Paidéia, 15* (30), 131-139.

- Cash, T., Morrow, J., Hrabosky, J., & Perry, A. (2004). How Has Body Image Changed? A Cross-Sectional Investigation of College Women and Men From 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72* (6), 1081–1089.
- Cataneo, C., Carvalho, A., & Galindo, E. (2005). Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-Conceito, Locus de Controle e Ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18* (1), 39-46.
- Chen, J., & Kennedy, C. (2005). Cultural variations in children's coping behaviour, TV viewing time, and family functioning. *Int Nurs Rev, 52*, 186-195.
- Christoffel, K., & Ariza, A. (1998). The epidemiology of overweight in children: Relevance for clinical care. *Pediatrics, 101* (1), 103-105.
- Clark, H., Goyder, E., Bissel, P., Blank, L., & Peters, J. (2007). How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal of Public Health, 29* (2), 132-141.
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ, 320*, 1240-1243.
- Compas, B., Banez, G., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues, 47*, 23-34.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127* (1), 87-127.
- Edwards, C., Nicholls, D., Croker, H., Van Zyl, S., Viner, R., & Wardle, J. (2006). Family-based behavioural treatment of obesity: acceptability and effectiveness in the UK. *European Journal of Clinical Nutrition, 60*, 587–592
- *Epstein, L. (1985). Family-based treatment for pré-adolescent obesity. In M. Wolraich & D. Routh (Eds), *Advances in developmental and behavioral pediatrics* (pp.1-39). Greenwich, CT: JAI Press.
- Epstein, L., Gordy, C., Raynor, H., Beddome, M., Kilanowski, C., & Paluch, R. (2001). Increasing Fruit and Vegetable Intake and Decreasing Fat and Sugar Intake in Families at Risk for Childhood Obesity. *Obesity Research, 9* (3), 171-178.
- Epstein, L., Myers, M., Raynor, H., & Saelens, B. (1998). Treatment of Pediatric Obesity. *Pediatrics, 101*, 554-570.
- Epstein, L., Paluch, R., Rocmmich, J., & Beecher, M. (2007). Family-Based Obesity Treatment, Then and Now: Twenty-Five Years of Pediatric Obesity Treatment. *Health Psychology, 26* (4), 381-391.
- Epstein, L., Saelens, B., Myers, M., & Vito, D. (1997). Effects of Decreasing Sedentary Behaviors on Activity Choice in Obese Children. *Health Psychology, 16* (2), 107-113.
- Epstein, L., & Wing, R. (1987). Behavioral Treatment of Childhood Obesity. *Psychological Bulletin, 101* (3), 331-342.

- Faith, M., Leone, M., Ayers, T., Heo, M., & Pietrobelli, A. (2002). Weight Criticism During Physical Activity, Coping Skills, and Reported Physical Activity in Children. *Pediatrics, 110* (2), 1-8.
- Ferrante, M., Fiore, M., Sciacca, G., Leon, L., Sciacca, S., Castaing, M., & Modonutti, G. (2010). The role of weight status, gender and self-esteem in following a diet among middle-school children in Sicily (Italy). *BMC Public Health, 10*, 1-9.
- *Fife-Schaw, C. (2006). Levels of Measurement. In G. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. Smith (Eds), *Research Methods in Psychology* (3.ºEd.). London: Sage.
- Flodmark, C. (2005). The happy obese child. *International Journal of Obesity, 29*, 31-33.
- Flodmark, C., Lissau, I., Moreno, L., Pietrobelli, A., & Widhalm, K. (2004). New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *International Journal of Obesity, 28*, 1189-1196.
- Fonseca, H., & Matos, M. (2005). Perception of overweight and obesity among Portuguese adolescents: an overview of associated factors. *European Journal of Public Health, 15*(3), 323-328.
- Francis, L., Ventura, A., Marini, M., & Birch, L. (2007). Parent Overweight Predicts Daughters' Increase in BMI and Disinhibited Overeating from 5 to 13 Years. *OBESITY, 15* (6), 1544-1553.
- Franklin, J., Denyer, G., Steinbeck, K., Caterson, I., & Hill, A. (2006). Obesity and Risk of Low Self-esteem: A Statewide Survey of Australian Children. *Pediatrics, 118* (6), 2481-2487.
- French, S., Story, M., & Jeffery, R. (2001). Environmental influences on eating and physical activity. *Annu. Rev. Public Health, 22*, 309-335.
- * Garmezy, N. (1983). Stressors of childhood. In *Stress, Coping, and Development in Children*, ed. N. Garmezy, M. Rutter. Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ.
- Garner, M., Olmsted, P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine, 12*, 871-416.
- Golan, M., & Crow, S. (2004). Targeting Parents Exclusively in the Treatment of Childhood Obesity: Long-Term Results. *Obesity Research, 12* (2), 357-361.
- Golan, M., Fainaru, M., & Weizman, A. (1998). Role of behavior modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change. *International Journal of Obesity, 22*, 1217-1224.
- * Goldfield, G., Raynor, H., & Epstein, L. (2002). Treatment of pediatric obesity. In A. Stunkard, & T. Wadden (Eds). *Obesity: Theory and therapy*. New York: Guilford Press.
- Goosens, L., Braet, C., Vlierberghe, L. V., & Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review, 17*(1), 68-78.
- Graves, T., Meyers, A., & Clark, L. (1988). An Evaluation of Parental Problem-Solving Training in the Behavioral Treatment of Childhood Obesity. APA PsycNET. Acedido em 23 de Setembro de 2011, em: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/56/2/246/>.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development, 53*, 87-97.

- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. Denver: University of Denver.
- Hesketh, K., Wake, M., & Waters, E. (2004). Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *International Journal of Obesity*, 28, 1233-1237.
- Huang, J., Norman, G., Zabinski, M., Calfas, K., & Pattrick, K. (2007). Body Image and self-esteem among adolescents undergoing an Intervention targeting dietary and physical activity behaviors. *J Adolesc Health*, 40 (3), 245-251.
- Jebb, S., & Lambert, J. (2000). Overweight and obesity in European children and adolescents. *Eur J Pediatr*, 159 (1), 2-4.
- Johannsen, D., Johannsen, N., & Specker, B. (2006). Influence of Parents' Eating Behaviors and Child Feeding Practices on Children's Weight Status. *OBESITY*, 14 (3), 431-439.
- Kiess, W., Reich, A., Muller, G., Meyer, K., Galler, A., Bennek, J., & Kratzsch J. (2001). Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence – diagnosis, treatment and prevention. *International Journal of Obesity*, 25 (1), 75-79.
- Klaczynski, P., Goold, K., & Mudry, J. (2004). Culture, obesity Stereotypes, self-Esteem, and the “Thin Ideal”: A Social Identity Perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (4), 307-317.
- klesges, R., Coates, T., Moldenhauer, L., Holzer, B., Gustavson, J., & Barnes, J. (1984). An observational system for assessing physical activity in children and associated parent behavior. *Behavioral Assessment*, 6, 333-345.
- Laessle, R., Lindel, B., & Muller, A. (2001). Parental influences on laboratory eating behavior in obese and non-obese children. *International Journal of Obesity*, 25 (1), 60-62.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lima, L., Lemos, M., & Guerra, M. (2002). Estudo das qualidades psicométricas do SCSI (Schoolagers' Coping Strategies Inventory) numa população portuguesa. *Análise Psicológica*, 4 (XX), 555-570.
- Limbers, C., Turner, E., & Varni, J. (2008). Promoting healthy lifestyles: Behavior modification and motivational interviewing in the treatment of childhood obesity. *Journal of Clinical Lipidology*, 2, 169-178.
- Lobstein, T., & Frelut, M. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity reviews*, 4, 195-200.
- Lowry, K., Sallinen, B., & Janicke, D. (2007). Self-Esteem in Pediatric Overweight Populations: Self Esteem in Overweight Children. *Journal of Pediatric Psychology*. 32 (10), 1179-1195.
- Maffeis, C. (2000). Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. *Eur J Pediatric*, 159 (1), 35-44.
- Maloney, M., McGuire, J., & Daniels, S. (1988). Reliability testing of a children's version of the Eating Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 541-543.

- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Martins, M., Peixoto, F., Mata, L., & Monteiro, V. (1995). Escala de auto-conceito para crianças e pré-adolescentes de Susan Harter. *Provas Psicológicas em Portugal, I*, 79-89.
- Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J., & Gupta, S. (2009). Effective Techniques in Healthy Eating and Physical Activity Interventions: A Meta-Regression. *Health Psychology, 28* (6), 690-701.
- Nemet, D., Barkan, S., Epstein, Y., Friedland, O., Kowen, G., & Eliakim, A. (2005). Short- and Long-Term Beneficial Effects of a Combined Dietary-Behavioral- Physical Activity Intervention for the Treatment of Childhood Obesity. *Pediatrics, 115* (4), 443- 449.
- NICE clinical guideline 43 (December 2006). *Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nielsen, S., & Popkin, B. (2004). Changes in Beverage Intake Between 1977 and 2001. *Am J Prev Med, 27* (3), 205-210.
- Odoms-Young, A., & Fitzgibbon, M. (2008). Familial and environment factors that contribute to pediatric overweight in African American populations: Implications for prevention and treatment. *Progress in pediatric Cardiology, 25* (2), 147-151.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2004). Prevalence of Overweight and Obesity in 7-9-Year-Old Portuguese Children: Trends in Body Mass Index From 1970-2002. *American Journal of Human Biology, 16*, 670-678.
- Pais-Ribeiro, J., & Ribeiro, L. (2003). Estudo de validação de uma escala de auto-conceito físico para homens jovens adultos. *Análise Psicológica, 4*(XXI), 431-439.
- Patrick, H., & Nicklas, T. (2005). A Review of Family and Social Determinants of Children's Eating Patterns and Diet Quality. *Journal of the American College of Nutrition, 24* (2), 83-92.
- Paxton, H. (2005). *The effects of childhood obesity on self-esteem*. Dissertação de Pós-Graduação em Especialista Escolar em Psicologia da Educação, Marshall University.
- Pereira, S. (2004). *Projecto de intervenção em crianças e adolescentes obesos*. O portal dos psicólogos.
- Pereira, A., Soares, M., Maia, B., Bos, S., Macedo, A., Marques, M., Ferreira, C., & Azevedo, M. (2006). O Teste de Atitudes Alimentares: Versões Portuguesas. In *XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga, 2006.
- Phillips, R., & Hill, A. (1998). Fat, plain, but not friendless: self-esteem and peer acceptance of obese pre-adolescent girls. *Int J Obes Relat Metab Disord, 22*, 287-293.
- Pratt, C., Stevens, J., & Daniels, S. (2008). Childhood Obesity Prevention and Treatment. *American Journal of Preventive Medicine, 35* (3), 249-252.

- Ryan-Wenger, N. (1990). Development and psychometric properties of the schoolagers' coping strategies inventory. *Nursing Research*, 39 (6), 344-349.
- Rocha, A., Castro, C., & Santiago, L. (2007). Obesidade Infantil: que consequências?. *Referência*, II (5), 59-68.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University
- Russo, R. (2005). Imagem corporal: construção através do belo. *Movimento & Percepção*, 5(6), 80-90.
- Savage, J., Fisher, J., & Birch, L. (2007). Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence. *J Law Med Ethics*, 35 (1), 22-34.
- Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, 99 (1), 22-25.
- Schwartz, M., & Puhl, R. (2003). Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obesity reviews*, 4, 57-71.
- Sérgio, A., Correia, F., Breda, J., Medina, J., Carvalheiro, M., Almeida, M., & Dias, T. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Sherry, B. (2005). Food behaviors and other strategies to prevent and treat pediatric overweight. *International Journal of Obesity*, 29, 116-126.
- Silva, D. (2009). *Variáveis Psicossociais na Obesidade Infantil*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Simões, D., & Meneses, R. (2007). Auto-Conceito em Crianças Com e Sem Obesidade. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 20 (2), 246-251.
- Sisto, F., Bartholomeu, D., Rueda, F., & Fernandes, D. (2004). Auto-conceito e emoções. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (v.10, 68-74). Braga: Psiquilíbrios.
- Skinner, E., & Zimmer-Gembeck, M. (2007). The Development of Coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.
- Soares, V. (2006). *Promoção de Comportamentos Alimentares Saudáveis e do Exercício Físico na Adolescência: A Relevância dos Modelos de Mudança do Comportamento*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Stauber, T., Petermann, F., Korb, V., Bauer, A., & Hampel, P. (2004). *Obesity and coping in childhood*. PubMed. Acedido em 21 de Setembro de 2011, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15112845>.
- Strauss, R. (2000). Childhood Obesity and Self-Esteem. *PEDIATRICS*, 105 (1), 1-5.
- Tauber, M. (2010). *Compreender a Obesidade infantil*. Porto: Porto Editora.
- *Tavares, M. (2003). *Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento*. São Paulo: Manole.
- Ternouth, A., Collier, D., & Maughan, B. (2009). Childhood emotional problems and self-perceptions predict weight gain in a longitudinal regression model. *BMC Medicine*, 7 (46), 1-9.

- Trost, S., Kerr, L., Ward, D., & Pate, R. (2001). Physical activity and determinates of physical activity in obese and non-obese children. *International Journal of Obesity*, 25, 822-829.
- Van den Akker, E., Puiman, P., Groen, M., Timman, R., Jongeman, M., & Trijsburg, W. (2007). A cognitive behavioral therapy program for overweight children. *The journal of Pediatrics*, 151 (3), 1062-1067.
- Vereecker, C., Ojala, K., & Jordan, M. (2004). Eating habits. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. Rasmussen (Eds.). *Young people's health and health-related behaviour* (pp. 110-119). World Health Organization: Europe.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (XX), 611-624.
- Viana, V., Candeias, L., Rego, C., & Silva, D. (2009). Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana*, 15 (1), 9-16.
- Viana, V., & Sinde, S. (2008). O comportamento alimentar em crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 111-120.
- Viana, V., Sinde, S., & Saxton, C. (2008). Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. *British Journal of Nutrition*, 100, 445-450.
- Vos, R., Wit, J., Pijl, H., kruytt, C., & Houdikk, E. (2011). The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment in children with obesity: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 12, 1-12.
- Wabitsch, M. (2000). Overweight and obesity in European children: definition and diagnostic procedures, risk factors and consequences for later health outcome. *Eur J Pediatr*, 159 (1), 8-13.
- Wadden, T., Foster, G., Brownell, K., & Finley, E. (1984). Self-Concept in Obese and Normal-Weight Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (6), 1104-1105.
- Wardle, J., Guthrie, C., Sanderson, S., Birch, L., & Plomin, R. (2001). Food and activity preferences in children of lean and obese parents. *International Journal of Obesity*, 25, 971-977.
- West, F., Sanders, M., Cleghorn, G., & Davies, P. (2010). Randomized clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. *Behaviour Research and Therapy*, XXX, 1-10.
- Wille, N., Erhart, M., Petersen, C., & Ravens-Sieberer, U. (2008). The impact of overweight and obesity on health-related quality of life in childhood – results from an intervention study. *BMC Public Health*, 8, 1-9.
- World Health Organization (2011). *Obesity and overweight*. Acedido em 11 de Junho de 2011: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

*Referências secundárias.